

С. И. Дорошенко, Е. А. Кульгинский, Ю. И. Бабаскин, Ю. В. Иевлева, А. В. Стороженко, Е. В. Дорошенко
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии
Киевский медицинский университет
Украинской ассоциации народной медицины

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗАЧАТКОВ ЗУБОВ И КОМПЛЕКСНАЯ ИХ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Окончание. Начало в № 3, 2011

Материал и методы исследования

Нами принято на лечение и обследовано 97 пациентов с врожденным отсутствием зачатков зубов в возрасте от 5 до 18 лет, из них 43 (44,3%) лиц женского пола и 54 (55,7%) мужского. Пациенты были распределены на 3 клинические группы с учетом количества отсутствующих зубов, не включая третьих моляров, т.е. зубов мудрости. Первую группу составили 58 (59,8%) человек

с частичной адентией, т.е. с врожденным отсутствием до 3 зубов и каждый из них расположен в различных участках зубных дуг. Во вторую группу было включено 33 (34,0%) пациента с множественной адентией, т.е. с отсутствием более трех зубов. Третью группу составили 6 (6,2%) лиц с полной адентией на обеих или на одной челюсти (а на другой множественная адентия). Все пациенты обследовались по общепринятой методике с использованием как клинических,

так и дополнительных методов исследования (биометрия диагностических моделей, панорамная и телерентгенография и др.). Рентгенография проводилась только после 7—8 лет. Три пациента 3 группы 5—6 лет имели панорамные снимки, полученные ранее в других клиниках. При клиническом обследовании изучали не только топографо-анатомические особенности полости рта пациента и количество отсутствующих зубов, их форму, положение, но и состояние других производных эктодермы, а именно: волосяного покрова головы (волосы редкие или полностью отсутствуют; кожного покрова лица и рук (сухость, мацерация и др.), (рис. 1).

Наряду с этим выявляли наиболее характерные лицевые признаки данной зубочелюстной аномалии («старческое лицо»: укорочение нижней части лица, выступающий подбородок, углубление носогубных складок, пролабирование губ; крючкообразный или седловидный нос; размеры ушных раковин и др.). Особое внимание уделяли функциональному состоянию слюнных (гипосаливация — сухость в полости рта), а также потовых желез. Пациентов с множественной и полной адентией направляли к соответствующим специалистам для взятия на диспансерный учет и систематическое наблюдение.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные нами исследования показали, что главной причиной врожденного отсутствия зачатков зубов является наследственная предрасположенность. У 79 (81,4%) пациентов отмечены случаи адентии у родственников (рис. 2), преимущественно матерей — у 59 (74,7%) пациентов, у отцов — 11 (13,9%) человек и дальних родственников — у 7 (8,9%) лиц. Остальные 18 (18,6%) пациентов такой информацией не располагали и у них наблюдалось отсутствие одичных зубов, чаще верхних латеральных резцов и нижних премоляров. Все сказанное выше подтверждает мнение других исследователей [2, 6, 7 и др.], указывающих на то, что носителем гена

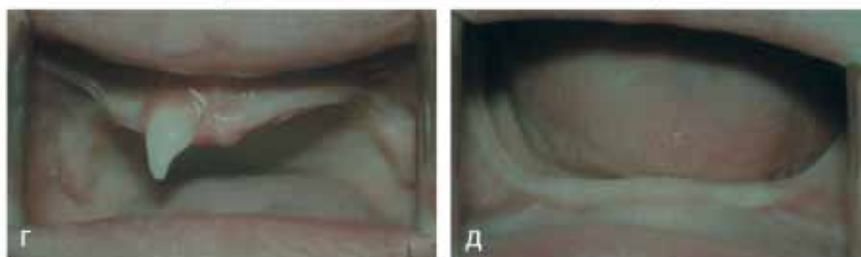


Рис. 1. Фото пациента, 7 лет, с множественной адентией на верхней челюсти и полной на нижней при синдроме Криста-Сименса-Турена: а, б — фас и профиль лица; в — кисти рук; г, д — состояние верхней и нижней челюстив

адентии является женщина, а более выраженные поражения производных эктодермы проявляются у мужчин.

По нашим данным среди пациентов, принятых нами на лечение, как уже упоминалось выше, преобладали лица

мужского пола — в 1,3 раза. Причем, у них чаще наблюдалась множественная и полная адентия (рис. 3).

Адентию, как сопутствующий симптом заболевания, мы наблюдали у 2 пациентов. У молодого человека

16 лет с синдромальной патологией — ЕЕС — синдромом, который сочетался с несращением неба, эктродактилией (отсутствием некоторых пальцев) и множественной адентией (рис. 4). У пациентки 14 лет с множественной адентией был выявлен ранний врожденный сифилис, для которого характерны также лицевые признаки: поражение носовых хрящей с их деформацией (западение спинки носа), деформация постоянных зубов («тауродонтизм») тогда как временные не претерпевали изменений в форме, поражение глаз и всего скелета (рис. 5).

Клинические наблюдения показали, что чем больше у пациента врожденно отсутствующих зачатков зубов, тем более выраженное нарушение других производных эктодермы. Поэтому при множественной и, особенно, полной адентии, у пациентов был скудный волосной покров головы — тонкие пушкообразные волосы, редкие брови и ресницы, а иногда их полное отсутствие. Кроме того, сухость и мацерация кожных покровов, особенно открытых, из-за аплазии потовых и сальных желез. Пациенты плохо переносили жару из-за нарушения потовыделения, у некоторых бывали случаи потери сознания в летнее время. У них, как правило, были большие иногда деформированные ушные раковины; седловидный нос, полные, сухие, мацерированные вывернутые губы с нечетко отграниченной красной каймой; высокий лоб с выступающими надбровными дугами; укорочение нижней части лица с выступающим подбородком (рис. 6).

У пациентов 2 и 3 групп, т.е. с множественной и полной адентией наблюдался кроме того так называемый «сухой рот» — выраженная сухость во рту в результате нарушения слюновыделения, слюна в малом количестве и вязкая. Родители отмечали, что ребенок при еде запивает сухую пищу водой, «плачет без слез», любит мыться лишь в чуть теплой воде (не выше 37°C). При осмотре полости рта на месте отсутствующих зубов альвеолярный отросток был недоразвитым или полностью отсутствовал. Имеющиеся зубы при множественной адентии имели, как правило, конусо- или шиповидную форму, особенно на фронтальном участке. Боковые зубы без выраженного экватора. Поэтому такие зубы было трудно отличить — временные они или постоянные. Тем более, что процесс прорезывания и его сроки нарушались. Дефекты зубных рядов ограничивались как постоянными, так и временными зубами. В этих случаях ориентировались на возраст пациента и данные рентгенографических исследова-



Рис. 2. Пример унаследования адентии по материнской линии. Фото сына и матери: фас (а) и профиль (б) лица, полость рта (с, д) сына и полость рта матери (б)

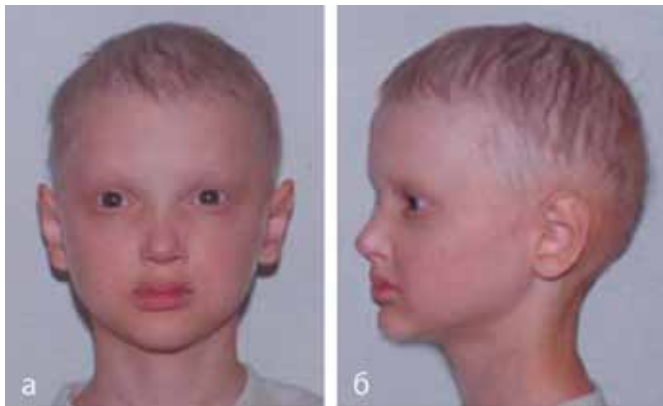


Рис. 3. Фото пациента, 7 лет, с множественной (вс) и полной (нч) адентией: а, б — фас и профиль лица; в — полость рта

дований. На верхней челюсти у 19 пациентов 2 группы и у всех пациентов 3 группы наблюдали выраженный торус и плоское небо, очень мелкие дно

и преддверие полости рта, глубина которых определялась с трудом из-за значительного недоразвития альвеолярного отростка, а альвеолярный гребень

представлял собой дубликатуру слизистой оболочки.

У пациентов 1 группы, т.е. с частичной адентией, внеротовые и внутриротовые

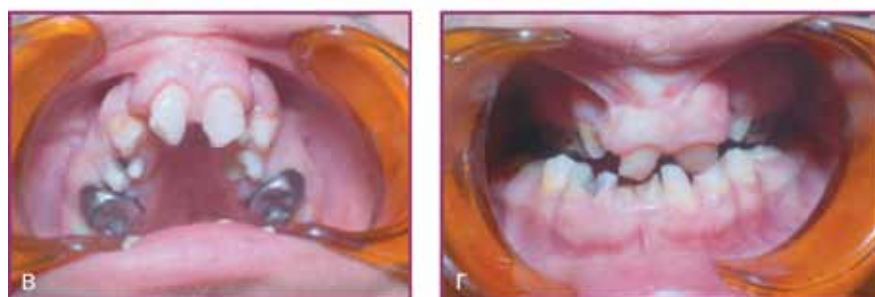


Рис. 4. Фото пациента с множественной, адентией при синдроме ЕЕС: фас (а) та профиль (б) лица, состояние верхней челюсти (в), а также прикуса (з), фото кистей обеих рук (д)



Рис. 6. Фото пациента Зах-ко А., 6 лет, с множественной адентией временных и постоянных зубов при синдроме Криста-Сименса-Турена



Рис. 5. Фото пациентки, 14 лет, с множественной адентией на фоне раннего врожденного сифилиса: а — фас; б — полость рта

признаки эктодермальной дисплазии были выражены незначительно, а иногда отсутствовали. У них превалировала адентия верхних латеральных резцов — 41 (70,7%) пациента и вторых премоляров у 32 (55,1%) лиц. На верхней челюсти чаще отсутствовали резцы, а на нижней — премоляры. Адентия других зубов, не считая зубов мудрости, встречалась реже. Адентия временных зубов была выявлена у 8 (13,8%) пациентов этой группы, тогда как во второй группе — у 14 (42,4%) лиц.

Клинические наблюдения показали, что в зависимости от сроков удаления временных зубов, в связи с осложненным кариесом и резорбцией их корней, образовавшиеся промежутки между постоянными зубами сохранялись или закрывались в результате перемещения зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, либо их зачатков на этапе прорезывания (рис. 7, 8).

При врожденном отсутствии обоих латеральных резцов или премоляров на одной из челюстей происходило значительное укорочение зубной дуги, что влекло за собой нарушение межжюклизонных взаимоотношений. Отсутствие этих зубов на верхней челюсти усугубляло мезиальную окклюзию, т.е. мезиальный прикус (III класс Энгля), а на нижней — дистальную окклюзию (II класс Энгля). Укорочение зубных дуг сопровождалось недоразвитием апикального базиса и в меньшей степени базальных дуг, т.е. тела челюстей. Ранее проведенными нами исследованиями

(С.И. Дорошенко и соавт., 1997), на основании данных расшифровки телерентгенограмм, было установлено, что врожденное отсутствие зачатков зубов не влияет существенно на развитие в длину тела челюстей. Это подтверждает тот факт, что рост базальных дуг челюстей генетически детерминирован, а формирование альвеолярных дуг связано процессу прорезывания зубов (рис. 9, 10).

На основании проведенных исследований нами был разработан алгоритм проведения дифференциальной диагностики клинических форм адентии (рис. 11), который позволяет облегчить постановку диагноза и избрать наибо-

лее рациональные методы лечения данной зубочелюстной аномалии, а также провести индивидуально адаптированную реабилитацию пациентов.

Лечение пациентов 1 группы, т.е. с частичной адентией планировалось с учетом клинической картины, общего состояния организма, а также согласия самого пациента и его родителей на проведение необходимых вмешательств. Последнее условие, как показала практика, является главным, т.к. от этого зависит общий успех лечения.

В случаях адентии верхних латеральных резцов тактика лечения была раз-

личной. При наличии всех остальных зубов и оптимального фиссурно-бугоркового контакта боковых зубов, промежутки не закрывались, а при необходимости, расширялись для искусственных резцов с последующим возмещением их мостовидными протезами, адгезивной техникой или имплантацией, с учетом показаний и возраста пациента. В более раннем возрасте нами применялись временные съемные протезы до завершающего протезирования. При наличии диастемы и трем использовались преимущественно съемные ортодонтические аппараты или аппараты-протезы с помощью которых одновременно можно было устранять диастему, дистализировать клыки и возместить дефект зубного ряда, сохраняя место в зубном ряду до финишного протезирования (рис. 12). Это позволяло в дальнейшем обеспечить эстетический «классический оптимум» ортодонтического и ортопедического лечения.

Клинические наблюдения показали, что нецелесообразно закрывать проме-



Рис. 7. Фото полости рта пациента Д-ко, 15 лет, с сохранившимися промежутками между центральными резцами и клыками при частичной адентии (12 и 22 зубов)



Рис. 9. Фото полости рта пациентки Г-к, 16 лет, с мезиальным прикусом (наследственным) на фоне частичной адентии верхних латеральных резцов



Рис. 8. Фото полости рта пациента В-о, 17 лет, с несохранившимися промежутками между центральными резцами и клыками при частичной адентии (12 и 22 зубов)

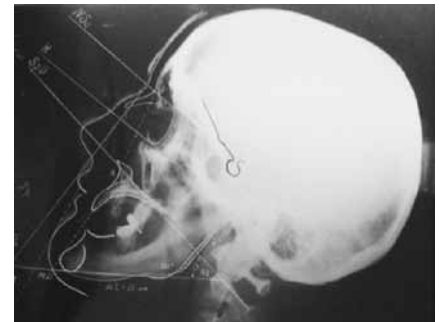


Рис. 10. Фото телерентгенограммы пациента А-в, 16 лет, с множественной адентией на фоне нормального развитых в длину базальных дуг (тела) челюстей

жутки при адентии верхних латеральных резцов, если у пациента мезиальный прикус (III класс Энгля). Укорочение верхнего зубного ряда, которое произойдет, нежелательно, т.к. клык, перемещенный на место отсутствующего латерального резца, осложнит ортодонтическую коррекцию «обратного» перекрытия зубов во фронтальном участке и при этом нарушится функция «клыкового ведения» (рис. 13). Лишь в случаях, когда клыки уже прорезались на место

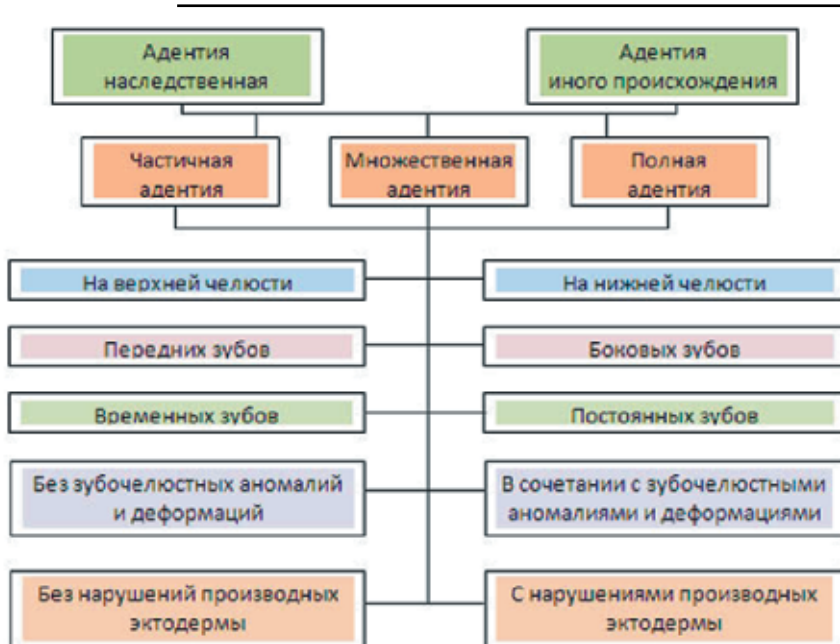


Рис. 11. Схема алгоритма проведения дифференциальной диагностики клинических форм адентии



Рис. 12. Фото полости рта пациентки А-ко, 17 лет, с адентией верхних латеральных резцов на этапе лечения (а-и)

отсутствующих латеральных резцов и промежутки при этом отсутствуют, а на нижней челюсти выявлена адентия премоляров, проводить реставрацию коронковой их части, соответственно формы резцов.

При адентии одного из латеральных резцов и коррекции положения зубов стремились соблюсти эстетический центр, т.е. совмещение центральных межрезцовых линий и их соответствие срединно-медиальной плоскости. При этом брали во внимание наличие третьих моляров, которые могли быть у пациента, несмотря на адентию латеральных резцов. Прорезывание зубов мудрости, как показали исследования, способствовало мезиальному сдвигу боковых зубов и закрытию промежутков, обусловленных врожденным отсутствием постоянных зубов, что особенно было важно при адентии вторых премоляров.

В случае адентии вторых премоляров тактика лечения также зависела от характера клинической картины. При двухстороннем отсутствии премоляров на обеих челюстях и оптимального соотношения фронтальных зубов промежутки закрывались с созданием правильного фиссурно-бугоркового контакта. Если на одной из челюстей, то промежутки сохраняли для последующего протезирования. Возмещение дефектов зубных рядов, обусловленных врожденным отсутствием латеральных резцов и премоляров, у детей осуществлялось преимущественно съемными пластиночными протезами и реже консольными конструкциями, мостовидными раздвижными протезами без препаровки опорных зубов. В старшем возрасте (после 16 лет) прибегали к изготовлению постоянных конструкций с использованием в том числе адгезивной техники (рис. 14) и имплантации (рис. 15).

В случаях задержавшихся временных вторых моляров на нижней челюсти при адентии вторых премоляров на обеих челюстях, временный моляр удалялся, а промежутки закрывались с использованием известных съемных ортодонтических аппаратов (В.С. Куриленко — с подвижными рычагами) и собственной конструкции (патент № 43071 от 27.07.2009 г.). Предложенный нами аппарат позволял эффективно осуществить перемещение дистально расположенного зуба, т.е. моляра, на место отсутствующего второго премоляра.

На рис. 16 представлен пример проведенного ортодонтического лечения пациентки В-ой.О., 16 лет с адентией всех вторых премоляров на обеих челюстях. У пациентки на нижней челюсти вре-



Рис. 13. Фото полости рта пациентки Д-к в 8 и 15 лет с частичной адентией на этапах лечения (а-с)

менные вторые моляры задержались в зубном ряду, а на верхней челюсти все дистально расположенные зубы сместились мезиально, полностью закрыв место отсутствующего. Пациентке были удалены задержавшиеся временные вторые моляры на нижней челюсти с последующим закрытием промежутков съемными аппаратом предложенной конструкции и дальнейшей коррекцией межжюкклюзионных взаимоотношений.

Таким образом, тактика комплексного лечения пациентов 1 группы, т.е. с частичной адентией, сводилась в основном к закрытию или сохранению промежутков, образовавшихся вследствие врожденного отсутствия зубов (как правило латеральных верхних резцов и вторых премоляров) с учетом возраста пациента, клинической ситуации, т.е. наличия сопутствующих зубочелюстных аномалий, состояния имеющихся зубов, топографии и локализации дефекта зубного ряда (на обеих или на одной из челюстей, на одной из сторон или с обеих сторон, во фронтальном или боковых участках), а также его величины (наличие места для искусственного зуба, его ограничение или полное отсутствие). Кроме того, наличия на стороне дефекта зубной дуги зачатка третьего моляра и отсутствия такового на противоположной челюсти.

Комплексное лечение состояло, в зависимости от показаний, в ортодонтической коррекции межжюкклюзионных и межчелюстных взаимоотношений, эндодонтического и протетического лечения с применением съемных и несъемных конструкций ортодонтических аппаратов и зубных протезов, а также с использованием адгезивной техники и имплантации.

Лечение пациентов 2 группы с множественной адентией, особенно при врожденном отсутствии большого количества зубов, имело свои сложности. Это было связано с тем, что зубы находящиеся в полости рта, как отмечалось выше, имели аномальную форму (шипо-, шило-, конусовидную) как временные, так и постоянные. Сроки прорезывания тех и других были нарушены. Поэтому их трудно было отличить друг от друга, даже рентгенологически. Аномалийная форма зубов и отсутствие у них экватора ухудшали условия фиксации частичных съемных протезов. Предложенные ранее авторами с этой целью металлические коронки со смоделированным экватором, а также проволочные кламмера не имели надлежащего эстетического вида (рис. 17). Недоразвитые, а иногда отсутствующие альвеолярные отростки не могли адекватно воспринимать функциональную нагрузку из-за

жесткой передачи жевательного давления, воспроизводимого пластмассовым базисом на подлежащие ткани протезного ложа. Поэтому дети отказывались от пользования такими протезами. Кроме того, сухость в полости рта из-за гипосаливации, ухудшала адгезию съемных пластиночных протезов.

Проведенными нами исследованиями морфоструктуры десны на электронномикроскопическом уровне было выявлено, что при множественной и полной адентии в зоне альвеолярного отростка наблюдается с одной стороны резкое снижение количества нервных волокон, а с другой — существенные изменения

в гемомикроциркуляторном русле. Обтурация просветов гемомикрососудов сладжами из эритроцитов, которая наблюдается у лиц с множественной и полной адентией, резко нарушает микроциркуляцию, создавая ишемическое состояние органа и способствует развитию гипоксии. Все приведенное выше свидетельствует о том, что при множественной и полной адентии ущербны не только функция и структура костной ткани, но и слизистая оболочка полости рта, не говоря уже о самих зубах.

Учитывая вышеизложенное, нами был предложен «Способ протезирования детей с множественной адентией и конической формой зубов» (патент на полезную модель № 24736). Сущность способа заключалась в создании искусственного экватора из композитного материала на зубах конической формы и наложения мягкой силиконовой прокладки на внутреннюю поверхность съемного пластмассового протеза (рис. 18, 19).

Способ осуществлялся следующим образом. На опорных зубах конической формы моделировался искусственный экватор из композитного материала по цвету зуба с небольшим поднутрением (на верхней челюсти — над экватором, на нижней — под экватором). Далее получали оттиски с обеих челюстей для изготовления индивидуальных ложек и с помощью их рабочие оттиски. На отлитых моделях отмечали границы базиса протеза, изготавливали прикусные валики для определения центральной окклюзии. Затем изготавливали протезы из пластмассы, проводили их припасовку в полости рта. При этом в области опорных зубов с искусственным экватором в пришеечной их части делали (с помощью фиссурного бора или фрезы) люфт-зазор до 3 мм. После чего на внутреннюю поверхность готовых протезов наносили силиконовую массу, которая заходила в поднутрения на искусственном экваторе. После полимеризации силикона съемные протезы опять припасовывали в полости рта. С целью уменьшения токсического дей-



Рис. 14. Фото полости рта пациента 18 лет, с несохранившимися промежутками между центральными резцами и клыками при частичной адентии (12 и 22 зубов) на этапах комплексного лечения: а-д — до лечения; е, ж, з — с брекет-системой; и, й, к — с аппаратом-протезом; л, м, н — после аппаратной подготовки; п, р, с — после изготовления адгезивного мостовидного протеза



Рис. 15. Пример ортопедического лечения адентии 22 зуба при использовании имплантата и цельнокерамической коронки у пациентки 18 лет (а-д)

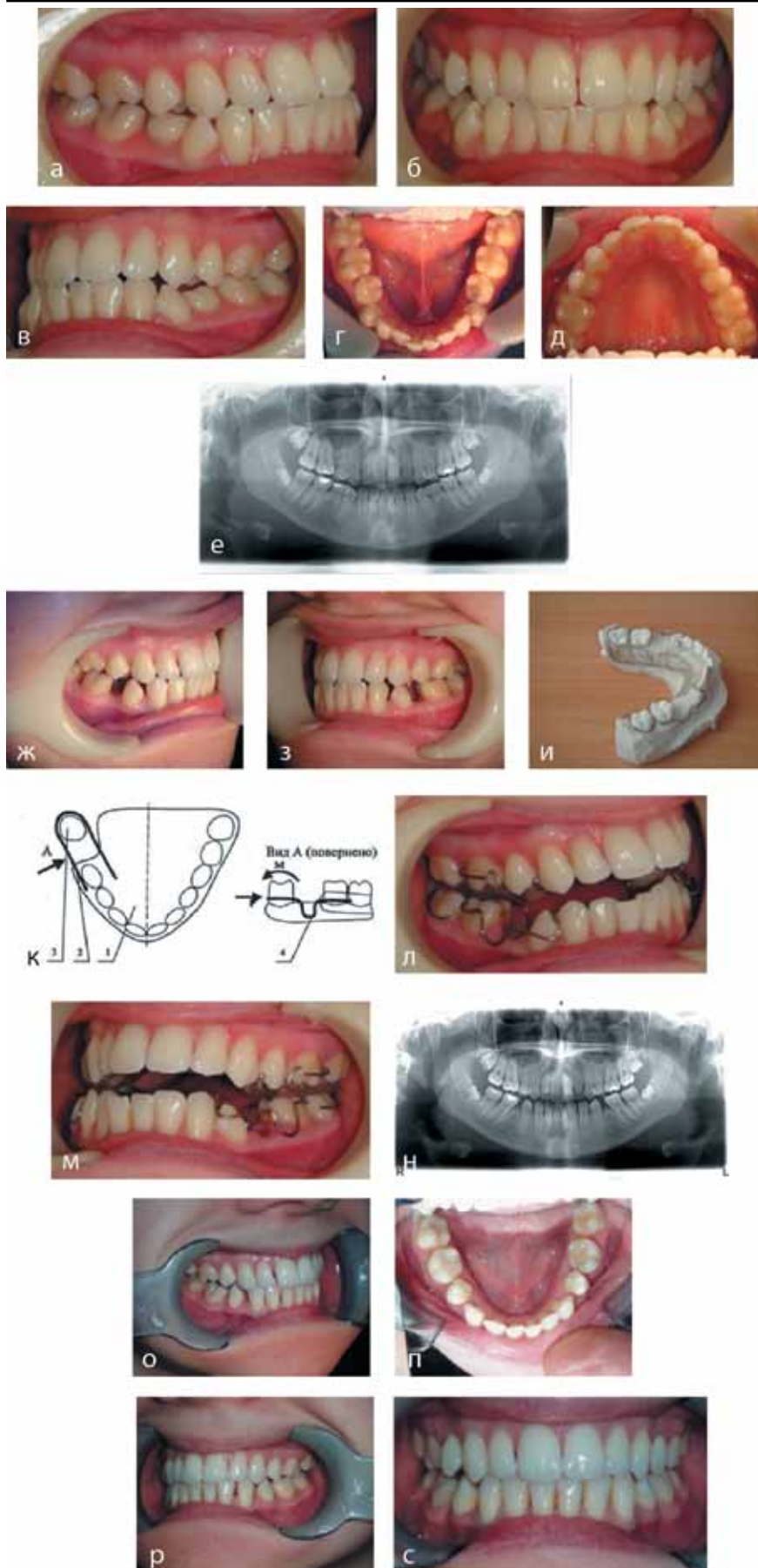


Рис. 16. Фото пациентки П-ко, 16 лет, с адентией верхних и нижних вторых премоляров: а, б, в, г, д — зубные ряды и их взаимоотношение, а также ортопантомограмма до лечения (е); ж, з — после удаления нижних временных моляров; и, к, л, м — с предложенным нами аппаратом и его схемой (для устранения или сведения промежутков); н, о, п, р, с — на этапах аппаратурной коррекции межжюккьюзионных взаимоотношений

ствия полимера в первые сутки, протезы помещали в воду на 24 часа, которую меняли 4—5 раз, а на следующий день проводили сдачу протезов пациенту.

Предложенный нами способ изготовления съемных протезов при множественной адентии позволял улучшить их фиксацию на опорных зубах, не нарушая минерального обмена его твердых тканей (т.к. большая часть поверхности зуба была свободной), а также улучшить адгезию протеза. Кроме того, мягкая си-

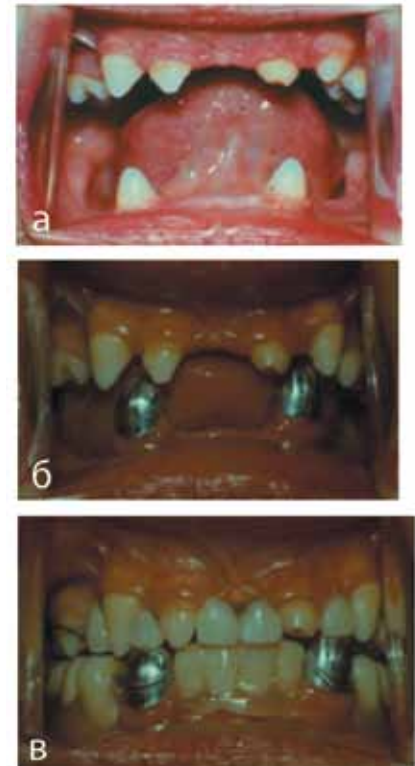


Рис. 17. Фото полости рта пациента Ш-на, 9 лет, с множественной адентией: а — до лечения, б — после изготовления индивидуальных тонкостенных коронок со смоделированным экватором на опорных зубах, в — после завершения ортопедического лечения

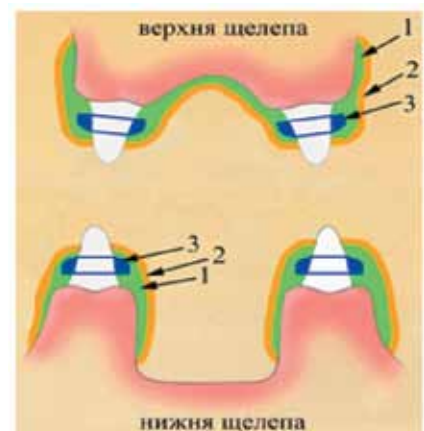


Рис. 18. Схема способа протезирования детей с множественной адентией и конечной формой зубов: 1 — силиконовая прокладка; 2 — пластмассовый базис протеза; 3 — искусственный экватор, изготовленный из композита



Рис. 19. Фото полости рта пациента 3-го, 6 лет, с множественной адентией временных и постоянных зубов на фоне синдрома Криста-Сименса-Турена, которому были изготовлены протезы с силиконовой прокладкой согласно разработанного нами способа протезирования детей с множественной адентией и конической формой зубов

ликоновая прокладка позволяла определенным образом амортизировать силу жевательного давления, равномерно распределить функциональную нагрузку на подлежащие ткани и тем самым уберечь их и альвеолярный отросток от травмирования. Данный способ изготовления частичных съемных протезов у детей с множественной адентией предусматривал одновременно его коррекцию в процессе биологического роста челюстей. С этой целью проводилась замена силиконовой прокладки каждые 4—6 месяцев. Это позволяло продлить срок использования уже адаптированного протеза и необходимость повторного изготовления нового, а также быть в случае замены промежуточным вариантом.

У лиц старшего возраста (17—18 лет), при наличии в полости рта временных и постоянных зубов, прибегали к изготовлению мостовидных протезов, используя под опору, как постоянные, так и временные зубы (рис. 20, 21). Стойкие временные зубы, не имеющие резорбции верхушечной части корня, депульпировали, каналы заполняли



Рис. 20. Фото полости рта пациентки, 17 лет, с множественной адентией до и после протезирования мостовидными протезами

пломбировочным материалом. При необходимости изготавливали штифтовые или культевые вкладки, либо реставрировали коронковую часть зуба композитом с учетом конечного уровня окклюзионной плоскости, согласно предложенного нами «Способа сохранения временных зубов при адентии» (патент на полезную модель № 30837 А, 1998 г.).

У **пациентов 3 группы** с полной адентией постоянных зубов при наличии в полости рта задержавшихся временных зубов на одной или обеих челюстях тактика лечения также заключалась в сохранении временных зубов на более длительный срок, учитывая сложные условия в полости рта для фиксации полных съемных протезов. В этих случаях был применен разработанный нами «Способ ортопедического лечения множественной адентии» (патент № 33638 А, 2001 г.). Согласно способа, временные зубы депульпировались по показаниям с последующим пломбированием корневых каналов и изготовлением культевых вкладок, штифтовых конструкций.



Рис. 21. Фото полости рта пациента, 18 лет, с множественной адентией до (а) и после зубного протезирования несъемными зубными протезами на верхней челюсти и частично съемным на нижней челюсти (б, в)



Рис. 22. Фото пациента П-го, 12 лет с множественной адентией (20 постоянных зубов) при наличии в зубном ряду двух постоянных центральных резцов конической формы на верхней челюсти, 4х моляров аномальной формы и зачатков нижних клыков полости рта пациента: расшифрованной телерентгенограммы (а); полости рта до лечения (б), на этапе (в), после проведенного ортопедического лечения (г)

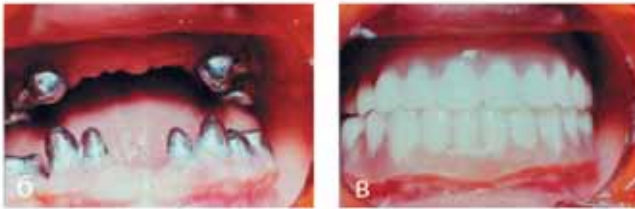


Рис. 23. Фото пациентки Б-кой, с частичной адентией временных зубов и с полной адентией постоянных зубов: а — телерентгенограмма с ретроположением верхней челюсти и антеположением нижней челюсти; б, в — полость рта с тонкостенными коронками и покрывными протезами в возрасте 10 лет; г, д, е, ж, з, и, к, л — состояние полости рта и рентгенограммы (панорамная и телерентгенограмма) через 15 лет

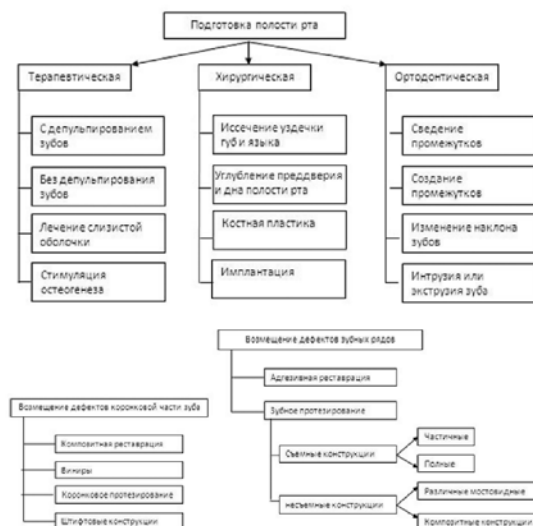


Рис. 24. Схема алгоритма проведения комплексного лечения пациентов с различными формами адентии

Затем все временные зубы как депульпированные, так и не депульпированные, покрывались тонкостенными коронками. После чего изготавливались покрывные съемные пластмассовые протезы с учетом величины межокклюзионного и межальвеолярного пространства в состоянии физиологического покоя. Предложенные нами способы показали положительные результаты при комплексном лечении пациентов с множественной и полной адентией, а также при их сочетании (рис. 22, 23). Отдаленные результаты лечения составили от 5 до 15 лет.

На основании проведенных исследований нами был разработан алгоритм комплексного лечения пациентов с различными формами адентии, что представлено на рис. 24.

Выводы

1. Адентия, т.е. врожденное отсутствие зачатков зубов, является наследственным системным заболеванием организма человека, обусловленное нарушением развития всех производных эктодермы. Носителем гена адентии является женщина, но более выраженные проявления эктодермальной дисплазии наблюдаются у лиц мужского пола.

2. Тяжесть нарушений у пациентов с данной зубочелюстной аномалией зависит, в первую очередь, от количества отсутствующих зубов, степени выраженности эктодермальных нарушений. В связи с этим целесообразно различать три основные формы адентии (без учета отсутствия третьих моляров): частичную — отсутствия одиночных зубов (до 3-х зубов), расположенных в разных участках зубных дуг; множественную — отсутствие более 3-х зубов; и полную адентию — отсутствие всех зубов.

3. Разработанные нами алгоритмы проведения дифференциальной диагностики и лечения пациентов с врожденным отсутствием зачатков зубов облегчают постановку диагноза и выбор рациональных методов и способов их лечения.

4. Предложенные нами способы подготовки зубов и полости рта к зубному протезированию (эндодонтическая, ортодонтическая, протетическая) позволяют провести адаптированное, в каждом конкретном случае, рациональное лечение пациентов с различными формами адентии, а также осуществить их комплексную реабилитацию с участием и других профильных специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарец Н.В. Стоматологическая реабилитация детей и подростков при врожденном частичном отсутствии зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 1990. — 25 с.
2. Беляков Ю.А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике. — М.: Ортодент-Инфо, 2000. — 294 с.
3. Арутюнян В.М., Агаджанян С.Х. Особенности формирования зубочелюстной системы при частичной и множественной адентии//Эксперим. и клиническая медицина. — 1987. — № 4. — С. 196—202.
4. Дорошенко С.І. Тактика зубного протезування осіб з природженою відсутністю зубів./Дорошенко С.І., Фліс П.С., Бабаскін Ю.І., Раценко Н.В.//Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. — 1999. — С. 444;
5. Дорошенко С.І. Найпоширеніші синдроми в ортодонтичній практиці, їх симптоматика та проблеми лікування//Наук. вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця. — К., 2007. — С. 72—76.
6. Бабаскін Ю.І. Особливості ортопедичного лікування дефектів зубних рядів при частковій адентії: дис. канд. мед. наук. — Київ, 2000. — 184 с.
7. Milar B.J., Taylor N.G. Lateral thinking: the management of missing upper lateral incisors//British Dental Journal. — 1995. — Vol. 179, № 3. — P.99—106.
8. Bakody R., Balaton P. [Isolated aplasia of the upper cuspids and its orthodontic management]//Fogorvosi Szemle. — 1992. — Vol.85, № 9. — P.271—273.
9. Евтушенко Л.Г. Корекція первинної адентії в комплексному лікуванні прогенії/Матеріали І (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. — 1999. — С. 444.
10. Mampoulou A., Hagg U., Schroder U. and Hansen K. Agensis of mandibular second premolars. Spontaneous space closure after extaction therapy: a 4-year follow-up//Europ.J. of Orthodontics. — 1996. — Vol. 18, № 6. — P.589—600.
11. Киликян Э.А. Dental prosthesis in patients, with partial (more than 10 dens) adentia./Киликян Э.А., Арутюнян В.М., Агаджанян С.Х.//Ереван. — 1986. — С. 6.
12. Villani S., Stellzig A., Komposch G. Hypodontia: considerations on orthodontic therapy in agensis of the permanent upper lateral incisor//Minerva Stomatologica. — 1995. — Vol.44, № 5. — P.211—222.
13. Драновский Г.Е. Аллотрансплантация зубных зачатков: автореф. дис. докт. мед. наук. — Москва, 1978. — 51 с.
14. Balshi T.J. Osseointegration and orthodontics: modern treatment for congenitally missing teeth//International Journal of Periodontis & Restorative Dentistry. — 1993. — Vol.13, № 6. — P.494—505.
15. Ненадова О.Б. Лечение адентии у детей и подростков с гипогидротической эктодермальной дисплазией методом дентальной имплантации/Ненадова О.Б.//Российский вестник дентальной имплантологии. — 2003. — № 3/4. — С. 62—64.
16. Bergendal B., Bergendal T., Hallonstem A.L., Koch G., Kuroi J., Kvint S. A multidisciplinary approach to oral rehabilitation with osseointegrated implants in children and adolescents with multiple aplasia//Europ.J. Ortodontics. — 1996. — Vol. 18, № 2. — P.119—129.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ

«Современная ортодонтия» на 2012 г.

Подписаться на журнал Вы можете во всех отделениях Укрпочты, подписной индекс – 99714

в офисе СП «Промед»: Украина, 01034, г. Киев, ул. Лысенко, 4а, тел. 0(44) 278-73-64.
НМУ, г. Киев, ул. Зоологическая, 1, «Дентальное депо», тел./факс 0(44) 361-81-16.

либо оплатив 180 грн. за годовую подписку (для Украины) на указанные ниже реквизиты и сообщив свой адрес по тел. 0(67) 449-31-24

Одержувач: ФО-П Сидоренко Виталий Сергеевич
Код ЕДРПОУ 2641700876

Банк одержувача: АКБ «Правекс-банк» г. Киев
Р/р 2600606420215
МФО 321983

Призначення платежу: передплата за журнал «Сучасна ортодонтія» за 2012 р.

ПОДПИСКА В СТРАНАХ СНГ:

Азербайджанская Республика

- ОАО «Гасид», г. Баку, ул. Джавадхана, 21, AZ-1102, тел.: (994-12) 493-14-06, 493-06-19;
- ПО «Азербметбуатяймы», г. Баку, ул. Джейхуна Гаджибейли, 30, AZ-1007, тел. (994-12) 440-27-85.

Республика Армения

- ЗАО «Армпечать», г. Ереван, Площадь Сасунци Давида, 2, 375005, тел. (3741) 45-82-00;
- ООО «Пресс-Агташе», г. Ереван, Проспект Маршала Баграмяна, 45-10, RA-0019, тел. (37410) 270-222.

Республика Молдова

- ГП «Пошта Молдовей», MD-2012, Республика Молдова, г. Кишинэу, Бульвар Стефан чел Маре, 134, тел. (373-22) 251-213;
- АО «Молпресса», MD-2012, Республика Молдова, г. Кишинэу, ул. 31 Аугуст, 85, тел. (373-22) 22-24-33;
- ТОВ «Vector V-N», MD-2001, Республика Молдова, г. Кишинэу, Привокзальная площадь, 2-А, тел. (373-22) 27-55-65;
- ГУЛ «ПОЧТА ПРИДНЕСТРОВЬЯ», MD-330, Приднестровская Молдавская Республика, г. Тирасполь, ул. Ленина, 17, тел.: (373-533) 8-97-09, 8-97-92.

Российская Федерация

- ЗАО «МК-Периодика», 111524, г. Москва, ул. Электродная, 10, Российская Федерация;
- ООО «Вся пресса», 127015, г. Москва, ул. Новодмитровская, 5а, оф. 807, тел. (495) 787-34-49.

Республика Беларусь

Каталог подписки РУП «Белпочта», раздел журналы Украины.
Подписной индекс для индивидуальных подписчиков — 99714, для предприятий и организаций — 997142.

Россия

«Роспечать» каталог «ГАЗЕТЫ. ЖУРНАЛЫ»
Подписной индекс — 49405.