

КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Дорошенко С.И., Кульгинский Е.А.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии Киевского Медицинского Университета Украинской Ассоциации Народной Медицины

Ключевые слова: ретенция, прорезывание, этиология, клиника, диагностика.

Keywords: delay, eruption, etiology, clinic, diagnostic.

В специальной литературе ретенция рассматривается как нарушение процесса прорезывания зубов. Некоторые авторы считают ретенированным тот зуб, который не прорезался после окончания срока своего физиологического прорезывания с завершением формированием корня и периодонта [1, 2, 3, 4].

Другие клиницисты к ретенированным относят те зубы, которые не прорезались на протяжении двух лет после установленного срока их физиологического прорезывания [5, 6, 7].

Прорезывание зубов — показатель правильного развития ребенка. Согласно данным массовых осмотров детей и подростков ретенция зубов составляет от 0,8% до 8%, а по данным клинических наблюдений — от 3,5% до 17,4%, что определенным образом свидетельствует о нарушении физиологических процессов в организме ребенка [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

В ретенции могут находиться как отдельные зубы, так и группа зубов, среди которых временные, постоянные и сверхкомплектные. Ретенция отдельных зубов встречается гораздо чаще, чем множественная, которая обусловлена наличием системных заболеваний организма человека [15, 8].

Определение диагноза «ретенция зубов» — сложный клинико-диагностический процесс, который имеет не только прикладное, а и прогностическое значение. Специалистами сделан значительный вклад в разработку методов диагностики ретенции зубов. Детально изучены и определены её клинические формы в

зависимости от положения ретенированных зубов в челюстных костях относительно осей их прорезывания [16], а также глубины расположения [4]. Тем не менее выделенные авторами формы ретенции зубов касаются преимущественно ретенции одиночных зубов. Вместе с тем, ретенция значительного количества зубов остается и в настоящее время без внимания стоматологов. Еще недостаточно освещены вопросы особенностей проведения дифференциальной диагностики ретенции зубов не только с учетом их положения в челюстных костях, но и количества.

За последние годы в ортодонтической практике участились случаи обращения пациентов с такой тяжелой зубочелюстной аномалией, как множественная и полная ретенция зубов, которые являются одним из симптомов наследственных и системных заболеваний организма человека, имеющих свои характерные клинические проявления в зубочелюстно-лицевом отделе, в частности в полости рта, что важно учитывать при проведении их дифференциальной диагностики. Это даст возможность в дальнейшем избрать адекватные и наиболее рациональные методы лечения пациентов с данной зубочелюстной аномалией.

Учитывая изложенное выше, целью проведенного нами исследования стала разработка алгоритма проведения дифференциальной диагностики различных форм ретенции зубов на основании тщательного изучения особенностей их клиники.

Материал и методы исследования

На ортодонтическом лечении находилось 148 пациентов с ретенцией зубов в возрасте от 2 до 17 лет. Общая характеристика

больных по полу и возрасту представлена в табл. 1.

Данные, приведенные в табл. 1, свидетельствуют о том, что ретенция зубов чаще встречается у детей старшего возраста, т.е. в период постоянного прикуса, и касается в основном постоянных зубов, достигая наивысшего значения (14,19%) к 15 годам. И это не считая возможной ретенции третьих моляров — зубов мудрости. После чего наблюдается некоторое снижение этого показателя.

При сборе анамнестических данных выясняли наличие системных заболеваний и ретенции зубов у близких родственников пациента.

При клиническом обследовании обращали внимание на причины возникновения ретенции зубов, как общие, так и местные, в частности: воспалительные процессы и преждевременное удаление временных зубов, аномалии размера и формы зубов, наличие сверхкомплектных зубов и задержавшихся временных зубов в зубной дуге или их раннее удаление, травматические повреждения зубочелюстной области и хирургические вмешательства, наличие кист, дефицит места в зубной дуге, несоответствие между величиной зубов и величиной челюстей, скученность зубов, деформация зубного ряда и т.п. Кроме того, изучали количество ретенированных зубов, форму и размеры, групповую принадлежность, положение их в зубной дуге. Наряду с этим определяли форму зубных дуг и вид прикуса, состояние слизистой оболочки полости рта, а также тип лица, его пропорциональность и размеры. Межальвеолярное пространство по вертикали измерялось с помощью окклюзионного оттиска на участке ретенированного зуба.

Для изучения степени сформир-

рованности или резорбции корней зубов, а также состояния периодонта, проводились рентгенографические исследования (прицельная и аксиальная рентгенография, ортопантомография, компьютерная томография и телерентгенография по показаниям). Всего было получено 160 рентгенограмм.

На ортопантомограммах изучался угол наклона продольной оси ретеннированных зубов относительно плоскости основания челюсти (MP и SpP): на нижней челюсти (MP) — от наиболее низкой костной точки угла нижней челюсти (Go-гонион) к наиболее низкой точке подбородка (Gn-гнатион) вдоль нижнего края тела нижней челюсти; на верхней челюсти (SpP) — от «spa» — точки пересечения носовой перегородки (соответственно срединно-медиальной плоскости) в проекции передней носовой ости (spina nasalis anterior) к точке «snp» (spina nasalis posterior) вдоль тела верхней челюсти, соответственно спинальной плоскости (SpP) — по Schwarz (1962). Углы наклона продольных осей ретеннированных зубов к базальным плоскостям челюстей измерялись открытыми мезиально, т.е. к срединно-медиальной плоскости (рис. 1).

Расшифровку телерентгенограмм проводили по методу Schwarz (1962).

Изучение формы зубных дуг и прикуса, а также наличие места в зубной дуге для них проводилось как в полости рта, так и на диагностических моделях. Ширина зубной дуги определялась по методу Долгополовой, Пона, а длина — по методу Коркгауза. При постановке диагноза, т.е. вида патологического прикуса, использовались классификации А. Angle и А.И. Бетельмана. Всего было получено 105 пар диагностических моделей, на которых проведено 568 антропометрических измерений.

При установлении диагноза форм ретенции зубов пользовались классификациями Неспрядько В.П. (1985), Ф.Я. Хорошилкиной, Е.Ф. Проскурина (1977) и Дорошенко С.И. (1991).

Результаты исследования и их обсуждение

Ретенция зубов, как показали исследования, полиэтиологичес-

кое заболевание, тяжесть которого зависит от количества ретеннированных зубов, глубины их залегания в челюстных костях, степени сформированности корня, направления оси прорезывания, наличия общесоматических и системных заболеваний организма пациента.

Основным диагностическим критерием мы избрали количество ретеннированных зубов. Поэтому, принятые нами на лечение

148 детей и подростков возрастом от 2,5 до 17 лет были распределены на 3 основные клинические группы с учетом количества ретеннированных зубов (табл. 2).

Первую группу (109 человек) составили пациенты с ретенцией одиночных зубов (не больше трех и расположенных в разных участках зубной дуги, согласно классификации С.И. Дорошенко).

Во вторую группу вошли пациенты с множественной ретенцией

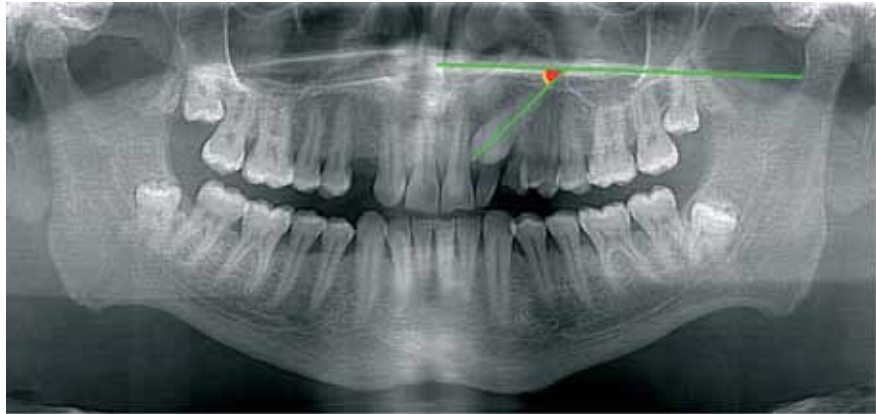


Рис. 1. Измерение на ортопантомограмме угла наклона продольной оси ретеннированного 23 зуба

Таблица 1.

Общая характеристика детей и подростков с учетом пола и возраста, которые были взяты на лечение

Возраст, лет	Общее количество	Пол			
		мужской		женский	
		абсолютно	отн. (%)	абсолютно	отн. (%)
2	2 (1,35%)	-	-	2	100,00
3	1 (0,68%)	1	100,00	-	-
4	3 (2,03%)	1	33,33	2	66,67
5	2 (1,35%)	-	-	2	100,00
6	8 (5,41%)	3	37,50	5	62,50
7	6 (4,05%)	2	33,33	4	66,67
8	7 (4,73%)	4	57,14	3	42,86
9	11 (7,43%)	2	18,18	9	81,82
10	5 (3,38%)	1	20,00	4	80,00
11	8 (5,41%)	2	25,00	6	75,00
12	12 (8,11%)	9	75,00	3	25,00
13	17 (11,49%)	6	35,29	11	64,71
14	15 (10,14%)	5	33,33	10	66,67
15	21 (14,19%)	8	38,10	13	61,90
16	18 (12,16%)	7	38,89	11	61,11
17	12 (8,11%)	5	41,67	7	58,33
Всего	148	56	37,84	92	62,16

Таблица 2.

Характеристика пациентов, которые находились на лечении согласно групповой принадлежности, возраста и пола

Групповое распределение	Форма ретенции зубов	Общее кол-во	Пол			
			мужской		женский	
			абс.	отн. (%)	абс.	отн. (%)
I	Частичная	109 (73,65%)	44	40,37	65	59,63
II	Множественная	36 (24,32%)	11	30,56	25	69,44
III	Полная	3 (2,02%)	1	33,33	2	66,67
Всего		148	56	37,84	92	62,16

зубов — 36 человек с ретенцией от 4-х до 9-ти и более зубов.

Третью группу составили 3 пациента, которые имели полную ретенцию зубов.

Приведенные в табл. 2. данные свидетельствуют о том, что частичная ретенция, т.е. одиночных зубов, есть наиболее распространенной (73,65%) формой

данной зубочелюстной аномалии.

Вторым диагностическим критерием ретенции зубов служило размещение их в челюстных костях. При этом использовались классификации Ф.Я. Хорошилкиной, Е.Ф. Проскурина (1977) и В.П. Неспрядько (1985). Учитывая то, что первая клиническая степень (форма) ретенции зубов

у обоих авторов по своей характеристике идентичны, мы посчитали целесообразным их объединить и выделить следующие 4 формы (степени):

I форма — условная (идиопатическая) или простая ретенция зубов, при которой зубы находятся в челюстных костях с правильным наклоном оси прорезывания к альвеолярному гребню, и такой зуб в дальнейшем может прорезаться самостоятельно при условии устранения преграды в виде сверхкомплектного зуба, временного зуба, которые задержались в зубном ряду, а также дефицита места в зубной дуге, обусловленным преждевременным удалением временных зубов или несоответствием между величиной челюстей и зубов, и т.п. (рис. 2).

II форма — с отклонением продольной оси ретенированного зуба от правильной оси его прорезывания более 15° (рис. 3). При этом различали следующие степени наклона зубов:

- 1 — от 15° до 45° ;
- 2 — от 46° до 89° (почти горизонтальное положение);
- 3 — от 90° и больше, т.е. в про-

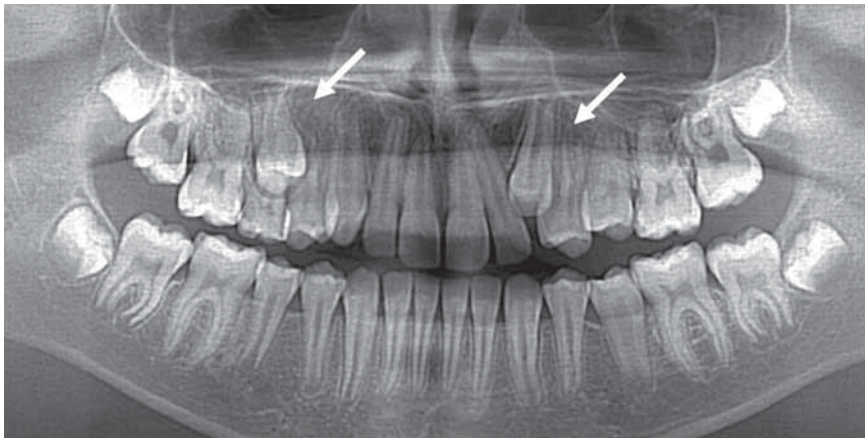


Рис. 2. Ортопантомограмма пациентки Ш-р А., 14 лет, с ретенцией 15 и 23 зубов, обусловленной задержкой временного 55 зуба и дефицитом места для 23

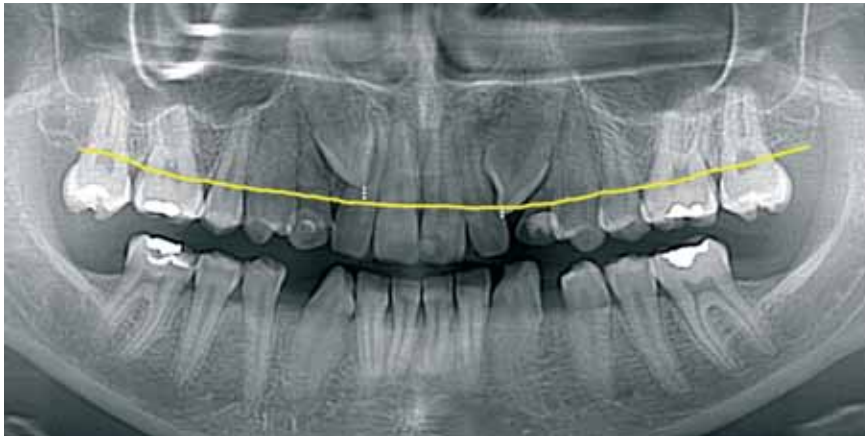


Рис. 4. Ортопантомограмма пациентки Ш-ло М., 16 лет, с различным уровнем расположения ретенированных 13, 23 зубов относительно альвеолярного гребня



Рис. 6. Ортопантомограмма пациента С-ч С., 16 лет, с множественной ретенцией зубов на фоне черепно-ключичного дизостоза (синдром Шейтхауэра-Мари-Сентона).

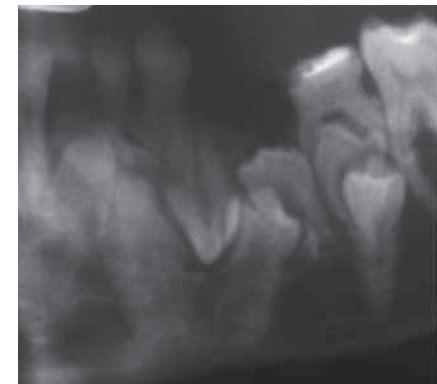


Рис. 3. Рентген-снимок пациента С-ч, К., 11 лет, с множественной формой ретенции зубов. Прорезывание 33 зуба в противоположном направлении



Рис. 5. Рентген-снимок пациента Г-и, Д., 15 лет, с незавершенным формированием корня ретенированного 45 зуба

тивоположном направлении прорезывания.

III форма — с разной степенью расположения ретенцированного зуба в челюстной кости относительно альвеолярного гребня по вертикали (рис. 4):

1 — высокое расположение — ближе к основанию челюстей;
2 — в альвеолярном отростке;
3 — под слизистой оболочкой (полуретенция).

IV форма — по состоянию корня ретенцированного зуба (рис. 5):

А — с несформированным корнем;
Б — со сформированным корнем на 1/2;
В — с полностью сформированным корнем;
Г — деформация корня;
Д — анкилозирование корня.

Следующим диагностическим критерием служило наличие у пациента общесоматических системных и генетических заболеваний (рис. 6):

А — фиброматоз десен;
Б — рахит;
В — синдромальная патология (черепно-ключичный дизостоз, хондродистрофия и др.).

Поэтому, учитывая вышеприведенное, при проведении дифференциальной диагностики разновидности ретенции зубов нами определялись не только количество ретенцированных зубов, расположение их в челюстных костях, состояние корней и пародонта, а и возможные причины их возникновения, что представлено в табл. 3.

Проведенный анализ причин ретенции зубов и клинических данных показал следующее.

У пациентов I группы, т.е. с ретенцией одиночных зубов, причиной данной аномалии прорезывания служил преимущественно дефицит места в зубной дуге, который был обусловлен не только ранней потерей временных зубов у 45 (41,28%) лиц, а и несоответствием между величиной зубов и челюстей — у 24 (22,02%) пациентов. Клинические наблюдения по-

казали, что при раннем удалении временных зубов, а также травматическом повреждении данного участка происходит утолщение костной прослойки над постоянным зубом, которая в дальнейшем может привести к его ретенции.

В случае ранней потери временного зуба и несвоевременной компенсации дефекта зубного ряда, зубы, которые ограничивали его



6

В

Рис. 7. Ортопантомограмма (а) и фото полости рта (б, в) пациентки К-й, В., 16 лет с ретенцией 23, 43 зубов вследствие раннего удаления временных зубов

Таблица 3.

Основные причины возникновения ретенции зубов у пациентов различных групп

Причины	I группа (109 человек)		II группа (36 человек)		III группа (3 мужчины)		Всего	
	Кол. лиц	%	Кол. лиц	%	Кол. лиц	%	Кол. лиц	%
1. Преждевременное удаление временного зуба	45	41,28					45	30,41
2. Несоответствие между величиной зубов и челюстей	24	22,02					24	16,22
3. Задержавшиеся в зубной дуге временные зубы	31	28,44	4	11,1			35	23,65
4. Аномалия закладки зубов	18	16,51	5	13,89	2	66,67	25	16,89
5. Неполноценное формирование ретенцированных зубов	11	10,09	4	11,1	2	66,67	17	11,49
6. Сверхкомплектные зубы	17	15,6	10	27,76			27	18,24
7. Аномалия формы коронковой части и корня ретенцированного зуба	4	3,67	2	5,56			6	4,05
8. Травматические повреждения зубо-челюстно-лицевой области	11	10,09	2	5,56			13	8,78
9. Оперативные вмешательства	6	5,5	2	5,56			8	5,41
10. Новообразование (одонтомы, кисты)	2	1,83	2	5,56			4	2,7
11. Анкилозирование	5	4,59					5	3,38
12. Фиброматоз десен			7	19,4			7	4,73
13. Рахит			5	13,89	2	66,67	6	4,05
14. Синдромальная патология			15	41,67	2	66,67	17	11,49

6

дистально, смещались мезиально вместе с зачатками постоянных, вследствие чего уменьшалась протяженность дефекта зубного ряда почти до полного его исчезновения, и укорачивалась длина зубного ряда на стороне удаления зубов (рис. 7).

Проведенные биометрические измерения показали, что у 85% пациентов наблюдался дефицит места для прорезывания ретенцированных постоянных зубов: для фронтальных зубов, преимущественно клыков и центральных резцов — от 2 мм до 8 мм и от 3 мм до 9 мм соответственно; а для боковых зубов, преимущественно премоляров — от 2 до 7 мм.

Среди пациентов I группы превалировала ретенция постоян-

ных клыков — 48% и центральных верхних резцов — 24%. Ретенцию постоянных верхних клыков можно объяснить, на наш взгляд, тем, что их зачатки анатомически располагаются значительно выше других зубов, почти возле орбит, и они прорезываются позднее (после 11 лет), чем первые премоляры. При ранней потере

временных моляров зачатки премоляров смещаются мезиально. Первый премоляр, который прорезывается раньше, оказывает давление на корень временного клыка, вызывая его резорбцию и раннюю потерю, и первым занимает место в зубной дуге, предвостороженное для постоянного клыка, что демонстрирует рис. 7.

Задержавшиеся в зубной дуге временные зубы часто были причиной ретенции как фронтальных, так и боковых постоянных зубов у 31 (28,44%) пациента (рис. 8). Преградой для прорезывания постоянных зубов служили также сверхкомплектные зубы — у 17 (15,6%) лиц.

Сверхкомплектные зубы встречались преимущественно во фронтальном участке челюстей — у 16 (94,1%) лиц, и были помехой для прорезывания комплектных постоянных зубов. Поскольку их зачатки располагались ближе к верхушке альвеолярного отростка, они прорезывались раньше комплектных, занимая их место в зубной дуге (рис. 9).

Травматические повреждения зубочелюстно-лицевой области также являлись причиной ретенции зубов у 11 (10,09%) лиц I группы. В большинстве случаев (10 лиц — 90,9%) это была перенесенная в раннем детстве травма фронтального участка с полным вколоченным вывихом временного зуба. При этом происходило травмирование зачатка постоянного зуба корнем временного. Такой зуб прорезывался медленно и имел деформированную коронковую часть, а иногда и корня с поражением твердых тканей (рис. 10).

Оперативные вмешательства также служили причиной задержки прорезывания постоянных зубов у 6 (5,5%) пациентов. Довольно раннее и травматическое удаление временных зубов приводило к ретенции постоянных у 5 (4,59%) пациентов.

У 5 (4,59%) лиц рентгенологически выявлено анкилозирование ретенированных зубов как следствие оперативных вмешательств. Вокруг таких зубов частично или полностью отсутствовала периодонтальная щель, зубы казались как бы замурованными в челюстных костях.

Вместе с тем у пациентов I группы встречалась аномалия формы коронковой части и корня ретенированного зуба у 4 (3,67%) лиц, которые также являлись причиной задержки их прорезывания. Деформация коронковой части или корня создавала значительную преграду для выхождения зуба из кости (рис. 11).

У пациентов II группы, т.е. с множественной ретенцией зубов (4 и больше) в анамнезе прева-



Рис. 8. Фото полости рта (а) и рентген-снимка (б) пациента К-го К., 13 лет, с ретенцией 45 зуба, обусловленной задержкой временного зуба



Рис. 9. Ортопантомограмма пациента И-ко В., 14 лет. Ретенция центральных верхних резцов, обусловленная наличием двух сверхкомплектных зубов



Рис. 10. Фото полости рта пациента, 12 лет, с частичной ретенцией зубов, обусловленной травмой зачатков 11, 21 зубов

лировала синдромальная патология у 15 (41,67%) лиц. У 7 (19,4%) пациентов причиной множественной ретенции зубов служил фиброматоз десен, а в 5 (13,89%) —

рахит, перенесенный в раннем детстве.

Сверхкомплектные зубы наблюдались у 10 (27,76%) пациентов II группы, также преимуще-

ственно у лиц с синдромальной патологией, в частности при черепно-ключичном дизостозе у 4 (10,26%) человек. В отличие от первой, во второй группе выявлено большее количество лиц со сверхкомплектными зубами — 10 (27,76%). Кроме того, у каждого из них было и большее количество сверхкомплектных зубов (от 4-х и более), преимущественно в боковых отделах, в то время, как у пациентов I группы с частичной ретенцией количество сверхкомплектных зубов не превышало 2-х с локализацией во фронтальном участке. Сверхкомплектные зубы у лиц второй группы чаще всего находились в стойкой ретенции и имели форму премоляров. Их иногда было трудно отличить от комплектных зубов (рис. 12).

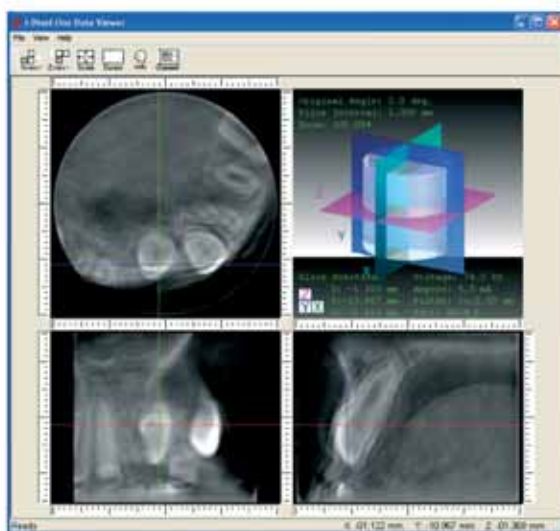
Задержавшиеся временные зубы в зубной дуге наблюдались у 6 (15,38%) пациентов второй группы, не учитывая тех, которые имели синдромальную патологию — черепно-ключичный дизостоз и др. Тем не менее утверждать тот факт, что задержавшиеся временные зубы в зубной дуге служили основной причиной ретенции постоянных зубов было бы ошибкой. Поскольку ретенированные постоянные зубы у этих пациентов оказались несостоятельными к прорезыванию вследствие их неполноценного формирования — у 4-х (11,1%) лиц. В отличие от пациентов первой группы, у которых в зубной дуге находились одиночные задержавшиеся временные зубы, у лиц второй группы таких зубов наблюдалось больше (от 3-х до 9-ти). Это обусловлено, на наш взгляд, наличием у таких пациентов системных заболеваний организма, при которых механизм прорезывания зубов не отвечает существующим закономерностям.

Аномалия закладки зубов у лиц с множественной ретенцией была выявлена у 5 (13,89%) пациентов. В отличие от пациентов первой группы, у которых данная аномалия проявлялась ретенцией одиночных зубов (1-2 зуба), преимущественно клыков, у лиц второй группы она сопровождалась множественной аномальной закладкой зубов с неполноценным формированием их корней — у 4 (11,1%) лиц (рис. 13).

Травматические повреждения зубочелюстной области фигури-



а



б

Рис. 11. Ортопантомограмма (а) и компьютерная томограмма (б) пациента, 15 лет, с ретенцией 21 зуба, обусловленной слиянием по вертикали комплектного 21 зуба со сверхкомплектным (*dens in dentes*)

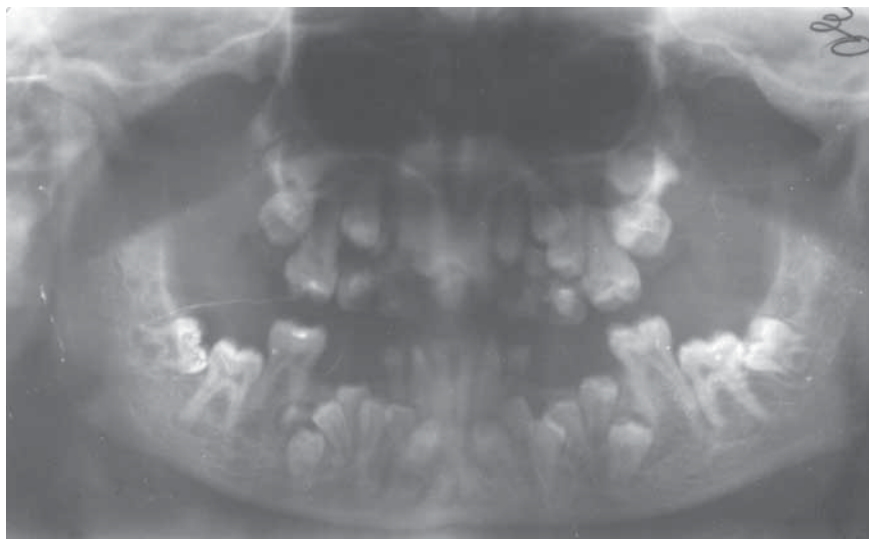


Рис. 12. Ортопантомограмма пациентки К-й, С., 14 лет, с множественной ретенцией зубов и наличием значительного количества ретенированных сверхкомплектных зубов на участке премоляров на фоне черепно-ключичного дизостоза

ровали в анамнезе у 2 (5,56%) пациентов с множественной ретенцией зубов. Оперативные вмешательства имели место также в 2 (5,56%) случаях. Кроме того, у 2 (5,56%) лиц были выявлены новообразования в виде одонтом и кист (рис. 14). Последние наблюдались у пациентов более старшего возраста при продолжительной ретенции зубов.

Наибольшее количество пациентов второй группы, как отмечалось выше, составили лица с синдромальной патологией — 15 (41,67%) человек, а также с фиброматозом десен — 7 (19,4%) и 5 (13,89%) лиц, которые болели рахитом в раннем детстве.

Проведенные клинические наблюдения за 5 пациентами, имею-



Рис. 13. Рентген-снимок пациента М-ка, М., 16 лет, с неполноценным формированием корня 43 зуба при множественной ретенции зубов

щими в анамнезе рахит, показали, что основным диагностическим симптомом этого заболевания является задержка прорезывания всех зубов, как временных, так и постоянных. Временные зубы у них начинали прорезываться после 2,5 и 3,5 лет, а у одного пациента — после 5 лет. Постоянные зубы прорезывались также с задержкой до 4-х лет с нарушением последовательности, парности и параллельности и в большинстве случаев с аномалиями структуры твердых тканей, обусловленных нарушением амело- и дентиногенеза (рис. 15). Кроме того, у пациентов, которые болели рахитом в раннем детстве, в посто-



Рис. 15. Фото полости рта пациентки Л-ц, М., 13 лет, с нарушенным амело- и дентогенезом на фоне множественной ретенции зубов

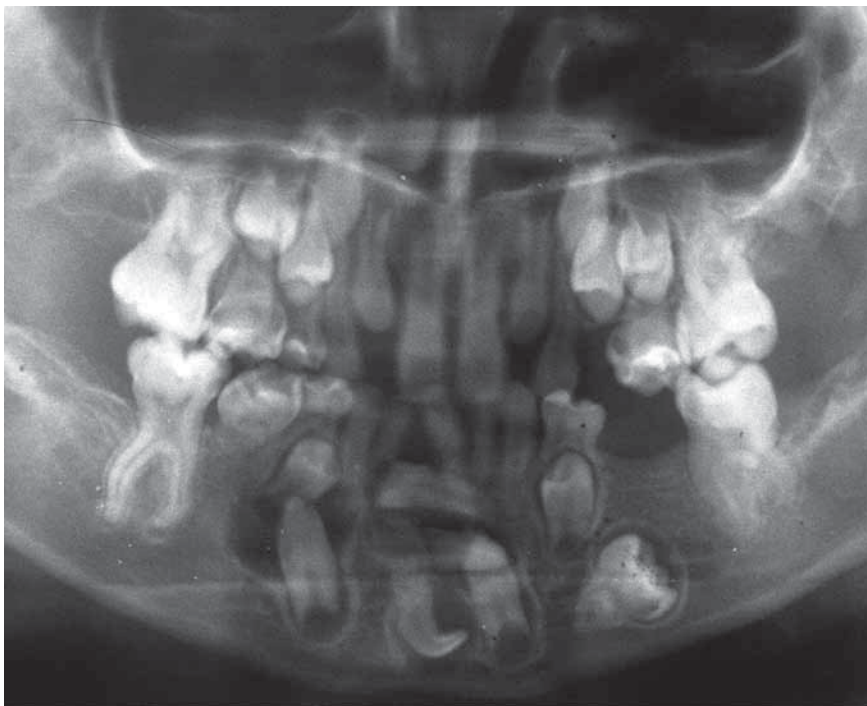


Рис. 14. Рентген-снимок пациентки В-ко С., 15 лет, с наличием кисты вокруг коронки ретенционного 43 зуба при множественной ретенции зубов

янном периоде прикуса наблюдалась деформация альвеолярных и зубных дуг с готическим небом, превалировал открытый прикус, осложненный двусторонним буккальным перекрестным прикусом. При этом постоянные моляры не имели места для прорезывания по вертикали из-за отсутствия или ограничения межальвеолярного пространства.

Ретенция большого количества зубов также является одним из основных симптомов такого заболевания, как фиброматоз десен или слоновость, которое было выявлено у 7 (19,4%) пациентов II группы. Фиброматоз проявлялся медленно прогрес-

сирующим невоспалительным фиброзным увеличением десен верхней и нижней челюстей. В большинстве случаев, как показал анализ анамнестических данных, заболевание проявлялось уже на первом году жизни. Фиброзные разрастания десен были несколько бледнее за окружающую слизистую оболочку полости рта, плотной консистенции, безболезненные, имели у 3 пациентов дольчатое строение, а у 4х лиц — в виде сплошного утолщения десен, которое покрывало коронки зубов на 2/3 или полностью. У четырех пациентов удалось установить наследственный характер заболевания по материнской линии. Поэтому есть все основания предполагать, что носителем гена данного заболевания является женщина. У всех пациентов с фиброматозом десен отмечалась ранняя подвижность временных зубов, несмотря на то, что сроки их замены

еще не настали. Рентгенологически выявлена преждевременная резорбция корней временных зубов. Почти у всех пациентов с фиброматозом десен наблюдался специфический тип лица

(«доисторического человека»), симптом наперстка при глотании, напряжение губ при смыкании, макроглотия, короткая уздечка языка и большие уши необычной формы (рис. 16). Постоянные

зубы прорезывались довольно поздно, хаотически, с замедленным формированием корней.

Наибольшее количество — 15 (41,67%) пациентов второй группы составили лица с синдромальной патологией — черепно-ключичным дизостозом или синдромом Шейтхауера-Мари-Стейнтона, который характеризовался разными клиническими и рентгенологическими проявлениями: аплазией или агенезией ключиц, черепными и костными изменениями, значительной задержкой временных зубов постоянными.

Череп у больных с ключично-черепным дизостозом брахицефалический, объем мозгового черепа увеличен по сравнению с лицевым, вследствие чего нарушаются их пропорции — большой и широкий лоб и маленькое лицо. Лобные и теменные кости выпуклые и утолщенные, наблюдается гипоплазия скуловых костей. Верхнечелюстные, фронтальные и сосцевидные синусы недостаточно пневматизированы. Средняя зона лица недоразвита. Носовые кости также недоразвиты, что предопределяет неправильную форму носа, широкую переносицу.

При этом синдроме отмечали отставание в росте. Кроме того, выявлялись аномалии и деформации других структур скелета. Вследствие гипоплазии и аплазии ключиц больной легко сводил плечи (до касания), чего не может сделать здоровый человек. Кроме того, наблюдалось: нарушение развития позвоночника (лордоз, кифоз), укорочение средних фаланг пальцев, уменьшение лопаток, недоразвитие длинных трубчатых костей, гипертелоризм и экзофтальм, разрез глаз антимонгоидный.

Недоразвитие верхней челюсти и средней части лица создавали прогенический профиль. У двух пациентов было выявлено несращение твердого нёба. Однако, основным стоматологическим симптомом данного синдрома была множественная ретенция зубов, а также множественное образование сверхкомплектных (рис. 17).

Корни зубов были укорочены и утончены, часто деформированы. Рассасывание корней временных зубов происходило замедленно. Нарушались процессы минерализации



а



б



в



г

Рис. 16. Фото пациентки М-р А., 6 лет, больной фиброматозом десен: фас (а) и профиль (б) лица, полости рта (в) и ортопантомограммы (г)

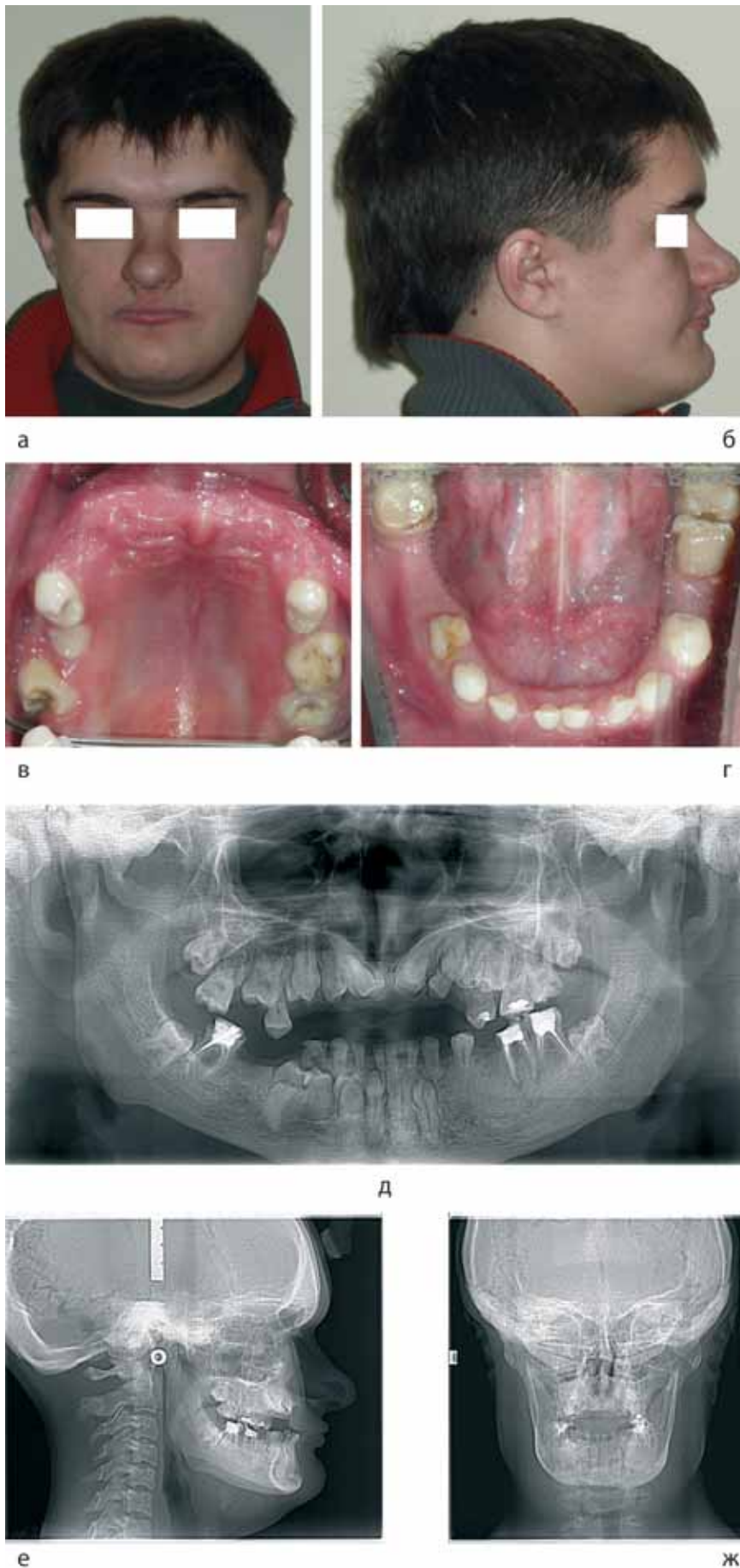


Рис. 17. Фото пациента М-ка М., 18 лет с черепно-ключичным дизостозом: фас (а), профиль (б) лица, состояние верхней (в) и нижней (г) челюсти, ортопантограмма (д), телерентгенограмма в боковой (е) и прямой (ж) проекции

зации коронок постоянных зубов. Наблюдалась гипоплазия эмали, а также участки микроскопической инвагинации эмали в дентин и дентиклы в пульпе.

Временные зубы у таких пациентов, по данным анамнеза, начинали прорезываться еще до 1 года жизни, тем не менее, их замена на постоянные задерживалась на 15-18 лет, что предопределяло, на наш взгляд, множественную ретенцию постоянных зубов. Особенностью данного заболевания было наличие у пациентов большого количества сверхкомплектных зубов, преимущественно на боковых участках. В основном это премоляры, но иногда клыки и резцы на нижней челюсти. Сверхкомплектные зубы в челюсти располагались хаотически, в некоторых случаях в противоположном направлении оси прорезывания, что нуждалось в своевременном их выявлении и вмешательстве. Нередко корни ретенированных зубов были искривлены и уменьшены в размерах. Довольно часто вокруг ретенированных зубов формировались кисты больших размеров (рис. 18).

Очень часто над ретенированными комплектными и сверхкомплектными зубами определялась рентгенологически толстая костная прослойка, а также значительно уплотненная слизистая оболочка альвеолярного отростка, что затрудняло, а иногда делало невозможным прорезывание таких зубов (рис. 19).

В третью клиническую группу было включено 3 пациента с полной ретенцией зубов, а именно: 2 ребенка возрастом 3 и 5 лет, больных рахитом и 1 пациентка 14 лет с системным наследственным заболеванием — хондродистрофией.

В анамнезе пациентов, больных рахитом, фигурировал токсикоз матери во время беременности, а у одного из них — позднее (в 7 лет) прорезывание временных зубов у отца. Обследование детей генетиком и эндокринологом не выявило наследственной или эндокринной патологии.

Родители девочки 3 лет от зубного протезирования ребенка отказались. Клинические наблюдения за пациенткой проводились в течение 2 лет, но прорезывания временных зубов за этот период так и не произошло (рис. 20).

У пациентки 14 лет также на-

блюдалась полная ретенция зубов на фоне хондродистрофии. Хондродистрофия (ахондроплазия, хондродисплазия), как известно, наследственное системное заболевание, обусловленное пороками энхондрального окостенения, при котором происходит аномальное преобразование хряща в кость с преимущественным поражением эпифизов, т.е. проксимальных отделов конечностей. Рост эпифизов отстает и рано прекращается, что приводит

к развитию карликовости. Энхондральный рост костей нарушается вследствие недостаточного размножения росткового хряща еще в период бластогенеза. Поражаются только кости, которые растут по энхондральному типу. Плоские кости, свод черепа, ключицы и позвонки, для которых характерно эндостальное или пе-

риостальное окостенение, не поражены.

Для наглядности приводим краткую выписку из медицинской карточки №1319 (рис. 21). Пациентка Н-ко О., 12 лет, обратилась в клинику с жалобами на полное отсутствие зубов. При осмотре полости рта не выявлено ни одного прорезавшегося зуба. Альвео-



Рис. 18. Ортопантомограмма пациентки М-к С., с черепно-ключичным дизостозом и наличием кисты больших размеров на участке ретенированных зубов



Рис. 19. Ортопантомограмма пациента И-ко В., со значительной костной прослойкой над ретенированными 11 и 21 зубами



Рис. 20. Фото полости рта пациентки 5 лет с полной ретенцией зубов

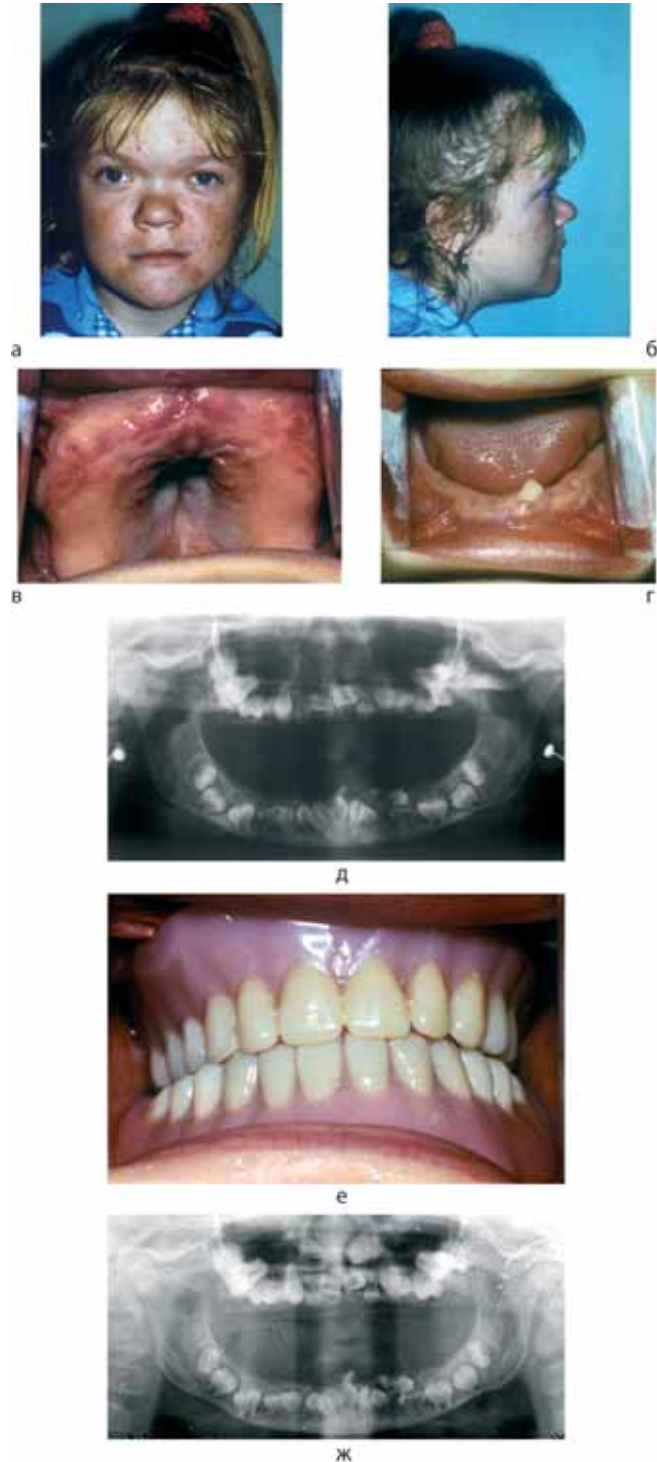


Рис. 21. Фото пациентки Н-ко О., 14 лет, больной хондродистрофией: фас (а), профиль (б) лица, состояние верхней (в) и нижней (г) челюсти, ортопантомограмма до лечения (д) и через два года (е), состояние полости рта после зубного протезирования полными съемными протезами (ж)

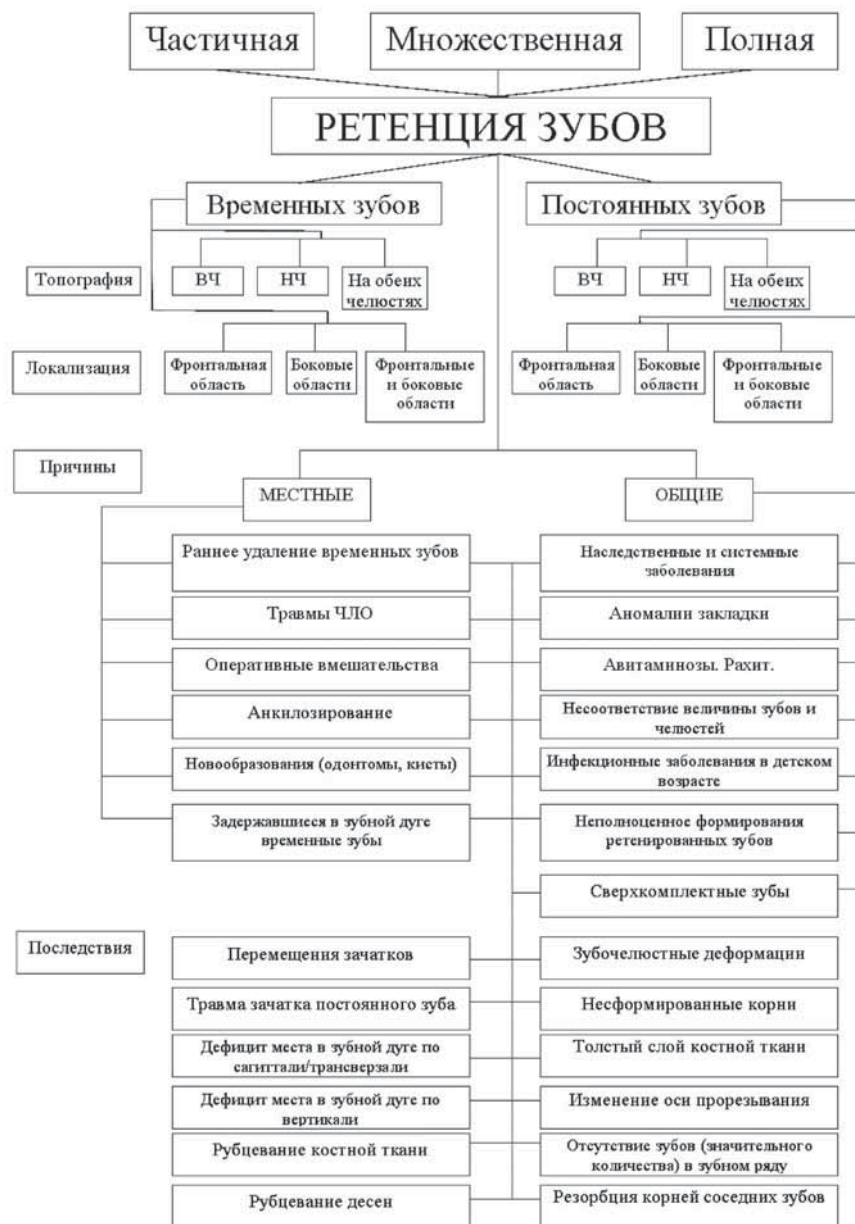


Рис. 22. Схема алгоритма проведения дифференциальной диагностики различных форм ретенции зубов

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий, Москва, Научно-издательский центр «Инженер». — 1998. — С.105-106.
2. Макеенко Д.В., Кедринская Н.Б. Двусторонняя ретенция центральных резцов верхней челюсти // Ортодонтия. — 2004. — №3-4 (27-28). — С.35-36.
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Книга IV. — М.: Медицина. — 2004. — 460 с.
4. Сысоев С.Н., Флис П.С. Особенности внутрикостного перемещения ретенционных зубов нижней челюсти съемной ортодонтической аппаратурой // Современная стоматология. — 2005. — №3. — С.154-157.
5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство». — 2006. — С.445-481.
6. Безруков В.М. Справочник по стоматологии. М.: Медицина. — 1998. — С.379-384.
7. Kavadia-Tsatara Smaragda, Tsalikis Lazaros, Kaklamanos Eleftherios and other. Ортодонтические и пародонтологические аспекты лечения зубов со значительной задержкой прорезывания. // ОРТО Ай Кью / Ежегодник по ортодонтии. — М.: «Индекс Медиа». — 2006. — №2. — С.48-55.
8. Дорошенко С.И. Подготовка полости рта и ортопедическое лечение при зубочелюстных деформациях. Клинико-экспериментальное исследование // Автореф. дис. докт. мед. наук. — Киев, 1991, 35 с.
9. Бардавил Дж., Тугарин В.А. Тактика ортодонта при ретенции отдельных зубов // Ортодент-инфо. — 2000. — №3. — С.43-48.
10. Аникиенко А.А., Камышева Л.И., Рогова М.Е. Клинические проявления и этиология нарушений прорезывания зубов. // Ортодент-инфо. — 2000. - № 1-2, — С.57-60
11. Пономарева К.Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов. Автореферат дисс. ... к. м. н., СПб. 2000. С.17.
12. Тугарин В.А. Применение элементов биопрогрессивной технологии при лечении пациентов с мезиальной окклюзией. // Ортодент-инфо. — 2001. — №1. — С.40-46.
13. Андреищев А.Р., Волков И.Г. Взаимосвязь прорезывания и формирования корней боковых зубов нижней челюсти. // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2002. — №1-2. — С.28-30.
14. Фетисова А.Л. Этиологические аспекты возникновения ретенции постоянных клыков верхней челюсти // Вісник Української медичної стоматологічної академії «Актуальні проблеми сучасної медицини». — 2007. — № 3(19). — Т.7. — В.4. — С.58-59.
15. Боечко Д.С., Гладкова Н.О. Двусторонні ретенвані зуби верхньощелепних пауз // Ринологія. — 2005. — № 3. — С.58-59.
16. Будкова Т.С., Жигурт Ю.И., Хорошилкина Ф.Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения // Новое в стоматологии. — 1997, №1(51). — С.46-53.