

С. И. Дорошенко, Е. А. Кульгинский, Ю. И. Бабаскин, Ю. В. Ивлева, 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

Врожденное отсутствие зачатков зубов, т.е. адентия, является спутником многих наследственных системных заболеваний, которые в специальной литературе получили общее название — эктодермальные дисплазии. Специалисты различают три основные формы эктодермальных дисплазий: ангидротическую, гипогидротическую и гидротическую. В симптома-комплекс каждой из них входят различной степени выраженности нарушения некоторых морфологических структур в организме человека, в том числе и челюстно-лицевой области, а именно: зубов, слизистой оболочки полости рта, кожи, волос и др. Поэтому характерным признаком врожденного отсутствия зачатков зубов клиницисты считают так называемую «триаду», которая включает: адентию — отсутствие зубов, атрихию — отсутствие волос и ангидроз — отсутствие потовых желез. Кроме того наблюдается гипосаливация, т.е. нарушение слюновыделения. Количественные проявления этих нарушений находятся в прямопорциональной зависимости от тяжести заболевания [1, 2, 3, и др.].

Изучая тип наследования перечисленных выше форм эктодермальной дисплазии, специалистами установлено, что ангидротическая форма наследуется преимущественно по Х-сцепленному рецессивному типу, а гипогидротическая и гидротическая — по аутосомно-доминантному [3 и др.]. Однако адентия постоянных зубов, как подчеркивают М.А. Колесов и соавт. [3], наиболее характерна для ангидротической формы эктодермальной дисплазии, а при гидротической форме она встречается гораздо реже.

Некоторые ученые различают только два типа эктодермальной дисплазии: гипогидротическую или Х-сцепленную, и ангидротическую или синдром Криста-Сименса-Турена [1, 2], а другие считают, что это одна и та же форма патологии. В частности, D. Bikler et D.K. Khartsfield [4] подчеркивают, что наиболее распространенной является именно Х-сцепленная гипогидротическая дисплазия (ХГЕД). Вместе с тем, все приведенные выше формы эктодермальной дисплазии имеют один общий признак — адентию, что для стоматолога, в частности ортодонта, яв-

ляется самым важным диагностическим критерием. Отсутствие зубов — основная причина функциональных нарушений со стороны жевательного аппарата, особенно у детей. Тяжесть нарушений зависит, в первую очередь, от количества врожденно отсутствующих зубов.

В.М. Арутюнян, С.Х. Агаджанян [5] пациентов с врожденным отсутствием зубов предлагают разделять на такие две группы: 1 — с отсутствием до 10 зубов; 2 — с адентией более 10 зубов, которую, в свою очередь, делит на две подгруппы (а — без аномалий развития производных эктодермы и б — с наличием таковых).

С.И. Дорошенко и соавт. [6, 7] считают, что целесообразней выделять такие три основных формы адентии с учетом количества отсутствующих зубов (не считая зубов мудрости, т.е. третьих моляров): частичную — отсутствие до 3^х зубов по одному в различных участках зубных дуг и челюстей; множественную — отсутствие от 4^х зубов и более; полную адентию. Именно такая классификация клинических форм адентии отвечает степени нарушения и производных эктодермы, что подтверждено исследованиями и других специалистов [8]. Данная классификация форм адентии может служить подспорьем в практической работе врача-ортодонта в плане выбора более рационального метода лечения пациентов с данной зубочелюстной аномалией.

Лечение пациентов с врожденным отсутствием зачатков зубов довольно сложный, иногда трудоемкий процесс, который зависит, в первую очередь, от количества отсутствующих зубов, степени выраженности при этом морфологических, функциональных и эстетических нарушений в организме пациента в частности, в зубочелюстно-лицевом комплексе, в том числе и полости рта. Такое лечение, как отмечают многие клиницисты, должно проводиться комплексно при участии специалистов разного профиля (стоматологов, педиатров, дерматологов и др.).

Основными методами стоматологического лечения и реабилитации пациентов с различными формами адентии являются ортопедический и ортодонтический, т.е. изготовление съемных пластиночных

протезов либо протезов-аппаратов для одновременного возмещения дефекта зубного ряда, а также коррекции положения зубов и межокклюзионных взаимоотношений [6, 7, 8 и др.].

Что касается лечения пациентов с врожденным отсутствием зубов как одиночных, т.е. с частичной адентией, так и множественной, то у специалистов нет единого мнения.

В. J. Milard, N. J. Taylor [9] предлагают различные варианты лечения при адентии латеральных резцов, а именно: 1 — не проводить лечения; 2 — проводить ортодонтическое закрытие промежутков; 3 — видоизменять анатомическую форму клыка эстетической реставрацией; 4 — исправлять недостаток зубным протезированием.

При адентии латеральных резцов R. Vacody, P. Balaton [10] также рекомендуют перемещать постоянные клыки верхней челюсти на место отсутствующих, а несоответствие их формы резцам устранять путем эстетической реставрации.

Л. Г. Евтушенко [11] при ортодонтическом лечении пациентов с прогенией, сочетающейся с врожденным отсутствием верхних латеральных резцов, рекомендует закрывать дефекты зубного ряда путем последовательного перемещения клыков, премоляров и моляров на место отсутствующих резцов с целью коррекции межокклюзионных взаимоотношений и нормализации прикуса со смыканием первых моляров по I классу Энгля.

Однако большинство авторов считают, что для обеспечения эстетического оптимума и сохранения правильных взаимоотношений между зубными рядами целесообразнее сохранять промежутки, обусловленные адентией латеральных резцов, а иногда, при необходимости, их расширять для создания места искусственным зубам с целью дальнейшего зубного протезирования.

При врожденном отсутствии одиночных постоянных зубов с одной или с обеих сторон зубных дуг, а таковыми чаще бывают не только латеральные резцы, а и первые премоляры, некоторые авторы также предлагают проводить закрытие промежутков за счет мезиального перемещения дистально расположен-

ных зубов. Так А. Mamoroulou, U. Hagg, U. Schroder and K. Hansen [12] считают, что при адентии премоляров необходимо прибегнуть к удалению зубов «предшественников», т.е. временных моляров, для того, чтобы переместить на их место дистально расположенные зубы — постоянные моляры, исключив таким образом необходимость в дальнейшем зубном протезировании, обеспечивая правильный фиссурно-бугорковый межокклюзионный контакт.

Другие клиницисты, наоборот, считают, что временные зубы нужно сохранять на определенное время и предлагают восстанавливать высоту их коронковой части путем реставрации композитами до уровня окклюзионной плоскости с целью предупредить снижение высоты прикуса [8, 4, 12 и др.]. Для сохранения в зубном ряду задержавшихся временных моляров на более длительный срок целесообразно их депульпировать и запломбировать корневые каналы до наступления резорбции корней, устранив таким образом действие пульпы, как резорбционного органа [8].

Однако наибольшие проблемы возникают при проведении лечения у пациентов с множественной и полной адентией, которое включает, кроме зубного протезирования, комплекс других мероприятий с участием специалистов разного профиля, т.е. комплексную реабилитацию больных. Изучением данной проблемы занимались многие известные ученые [1, 2, 7, 9 и др.).

Ортопедическую помощь при множественной адентии (более 10 зубов), как отмечают Э.А. Киликян, В.М. Арутюнян, С.Х. Агаджанян [13], необходимо оказывать с 2—3 и 5-летнего возраста. Основным видом помощи больным является зубное протезирование съемными конструкциями, которое по показаниям следует сочетать с исправлением положения отдельных зубов, уменьшением глубины резцового перекрытия, повышением высоты прикуса и перестройкой миотатического рефлекса.

Возмещение дефектов зубных рядов у лиц с адентией, особенно множественной, имеет свои особенности. Сложные топографо-анатомические условия полости рта, обусловленные уменьшением количества опорных зубов, аномалией их формой с отсутствием экватора, выраженным недоразвитием альвеолярных отростков, наличием плоского неба с выраженным торусом, а также сопутствующих при этом деформации зубных рядов, нефиксированной окклюзией, нарушением слюновыделения (гипосаливация), создают неблагоприятные условия для зубного протезирования, особенно для фиксации съемных протезов [6, 8 и др.].

Для уменьшения функциональной нагрузки на опорные зубы у лиц с мно-

жественной адентией Ю.И. Бабаскин [8] предложил новую конструкцию «Съемного зубного детского протеза» (а.с. №34274 от 15.10.1999 г.) с плавающим, т.е. лабильным кламмером. Предложенная конструкция частичного съемного протеза, как показали дальнейшие исследования, имеет свои неоспоримые преимущества, но не решает окончательно, как и другие существующие, проблемы надежной его фиксации, особенно при жевании.

На протяжении последних десяти лет дискутируется вопрос о возможности применения имплантации у детей при адентии, особенно множественной и полной, у которых наблюдается неудовлетворительная фиксация съемных протезов и отсутствует мотивация (отказ) к их использованию. Известно, что такие пациенты страдают от своего внешнего вида («старческое лицо», отсутствие бровей и ресниц, мацерация кожных покровов, особенно лица, «беззубый рот» и прочее). Они легко возбудимы и легко уязвимы, что требует особого к ним подхода и особой тактики лечения [14].

Возможности исправления изъянов при адентии, особенно при множественной, как подчеркивают S. Villani, A. Stelzig, G. Komrosch [15], очень ограничены, а ортодонтическая коррекция занимает много времени. Поэтому как отечественные, так и зарубежные специалисты [14 и др.] предлагают проводить стоматологическую реставрацию, а также имплантацию.

Г.Е. Драновский [16] клинически и экспериментально доказал эффективность пересадки зачатков зубов пациентам с множественным врожденным отсутствием зубов. Однако, предложенный им метод трансплантации зачатков зубов не получил широкого внедрения в связи, в первую очередь, со сложностью поиска «стоматологических доноров». Метод вживления остатков зубной ткани в анатомически предназначенное для этого место рекомендует и Т.Т. Балши [17] в сочетании лечения с элементами остеointеграции — так называемый «системы имплантации Branemark». Остеоинтегрированные имплантации, как альтернативный способ лечения пациентов с врожденным отсутствием зачатков зубов, были использованы многими специалистами в различных возрастных группах детей и подростков [14 и др.].

О.Б. Ненадова [18] обосновала возможность использования имплантации в детском возрасте и описала случаи постановки имплантантов у детей 7—12 лет. Автор рекомендует применять имплантанты для фиксации съемных протезов и считает это вмешательство вполне оправданным с точки зрения общепринятых правил протезирования детей в период роста и развития челюстей.

Однако перечисленные выше авторы сообщают лишь об единичных случаях использования имплантации у детей и подростков с множественной и полной адентией. Некоторые специалисты указывают на возможность инфицирования и отторжения имплантантов. Как справедливо отмечают В. Bergendal and others [19], успех использования имплантантов у детей и подростков с множественной аплазией зубов возможен лишь при высшей интеграции и взаимодействии всех специалистов: детских стоматологов, ортодонт, хирургов и протезистов.

Кроме того, для успешного проведения имплантации с целью возмещения дефектов зубных рядов, особенно у детей с врожденным отсутствием большого количества зачатков зубов, необходимы определенные четкие не только возрастные показания, а и благоприятные условия в полости рта, а именно: достаточно выраженная высота альвеолярных отростков, соответствующее состояние слизистой оболочки полости рта, костной структуры челюстей, самих зубов и др. Следует учитывать и тот факт, что имплантация достаточно дорогое удовольствие, которое не всем доступно, учитывая социальные проблемы общества. Поэтому в ближайшем будущем альтернативы детскому протезированию съемными конструкциями при множественной и полной адентии пока нет. В связи с этим разработки, направленные на улучшение фиксации съемных протезов из пластмассы у детей, не утратили своей актуальности.

Таким образом, все изложенное выше свидетельствует о том, что у специалистов нет единого мнения не только по этиологии и патогенезу врожденного отсутствия зачатков зубов, но и по вопросам, касающимся систематизации клинических проявлений данной зубочелюстной аномалии. Кроме того, относительно тактики лечения пациентов с адентией мнения ученых также не всегда совпадают. Это обусловлено, в первую очередь, тем, что и до настоящего времени еще не разработаны четкие алгоритмы проведения дифференциальной диагностики и лечения пациентов с различными формами адентии, которые так необходимы практикующим стоматологам, особенно ортодонтам, что и стало предметом проведенных нами исследований.

Цель исследования: повысить эффективность оказания стоматологической помощи пациентам с врожденным отсутствием зачатков зубов путем разработки алгоритмов проведения дифференциальной диагностики форм адентии и их комплексного лечения, а также разработки рациональных конструкций зубных протезов и способов их фиксации.

Результаты исследования и их обсуждение в следующем номере.