

# ТАКТИКА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ АДЕНТИИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Первичная адентия может быть частичной, когда отсутствует один или несколько зубов, и полной, когда отсутствуют все зубы. Обе формы первичной адентии (частичная и полная) встречаются как в молочном, так и в постоянном прикусе, однако в период молочного прикуса адентия наблюдается значительно реже, чем в постоянном. Этиологией такого состояния часто выступает полигенная наследственная патология, комбинация различных неблагоприятных факторов внешней среды. Первичная адентия достаточно частый признак, присутствующий при наличии наследственных синдромов, как синдром Эллиса ван Кревальда, ангидротической эктодермальной дисплазии, синдром Дауна, синдром Ригера и Бука.

Некоторые авторы (Д. А. Калвелис и др.) объясняют частичную адентию боковых резцов и третьих моляров филогенетической редукцией зубов, в связи с чем, эти зубы часто имеют неправильную форму и размеры или вовсе отсутствуют. Согласно разработанной Батлером и Дальбергом гипотезы морфогенетических полей, разные зубы имеют различную тенденцию к редукции. Чаще всего, это вторые верхние резцы, вторые премоляры, третьи моляры и центральные нижние резцы.

По данным литературы, первичная адентия встречается среди популяции с частотой от 0,08 до 1,55 % в молочном прикусе и от 2,3 до 11,3 % — постоянном, данные колеблются в зависимости от этнической группы и расовой принадлежности. Отсутствие вторых верхних резцов встречается в 25 % всех зарегистрированных случаев адентии, адентия вторых верхних премоляров — в 20 %, центральных нижних резцов — в 6,5 %, адентия вторых нижних премоляров встречается в 40—50 % случаев. Адентия перечисленных 4 групп зубов в общей совокупности составляет 90 % всех случаев первичной адентии. Отмечается выраженная зависимость от пола пациента, так, соотношение поражения лиц женского и мужского пола составляет 3:2.

Клиническая картина при адентии весьма разнообразна и зависит от количества отсутствующих зубов, а также топографии дефекта зубного ряда, например, при отсутствии боковых резцов верхней челюсти клыки перемещаются в мезиальную сторону, а центральные резцы — в дистальную с образованием ложной диастемы. У одних людей адентия является причиной отставания в росте верхней челюсти с образованием ложной прогении, у других это приводит к появлению диастем и трем.

Адентия постоянных зубов приводит к уменьшению протяженности зубных рядов, при этом часто дефект полностью или частично закрывается рядом расположенными зубами. Адентия во фронтальном участке в.ч. приводит к уплощению средней трети лица и значительно укорочению верхней губы. При этом отмечается отставание в росте «беззубых» участков челюстей. Помимо сагиттальных перемещений наблюдаются другие морфологические и функциональные нарушения — снижение функции жевания, блокирование движений н.ч. атрофия и задержка роста челюстей в области «беззубых» участков, имеется тенденция к формированию нарушений прикуса. Реже отсутствие боковых резцов приводит к нарушению речи.

Одной из наиболее частых жалоб пациентов является наличие трем и диастем. Поэтому первичная адентия верхних латеральных резцов требует комплексного подхода к решению проблемы и ее осложнений.

Принципиальные варианты ортодонтического лечения адентии верхних боковых резцов:

— стягивание зубов (зубного ряда) с целью закрытия трем (мезиализация боковых групп зубов);

— раскрытие промежутков (в области адентии зубов) с дальнейшим замещением дефектов зубного ряда (протезирование съемной конструкцией, мостовидным или адгезивным протезом, имплантация).

Принимая решение о выборе той или другой тактики лечения, необходимо учитывать следующие факторы: скелет-

ное и зубоальвеолярное соотношение зубных дуг; наличие/отсутствие трем или скученности; пропорции, форму, цвет, положение клыков и центральных резцов верхней челюсти. При выпуклом профиле лица предпочтительнее стягивание промежутков, при запавшем — раскрытие трем.

При соотношении боковой группы зубов по классу II целесообразнее произвести стягивание трем попутно получая возможность устранить сагиттальную щель, или придать фронтальным зубам правильный торк. При соотношении по классу I или III, особенно в сочетании со скученностью, ротациями на нижней челюсти, или обратным перекрытием — оптимальнее провести расширение верхнего зубного ряда (раскрытие промежутков).

Если планируется имплантация, при выявлении адентии в сменном прикусе и соотношении моляров по I Классу, лучше дать возможность клыку прорезаться мезиально (на место бокового резца) а затем дистализировать. Это будет способствовать формированию достаточного объема альвеолярной кости в области адентии для последующей имплантации.

Плоская форма клыков верхней челюсти с невыраженными буграми более благоприятна для перемещения их на место латеральных резцов, поскольку может не потребовать их дальнейшей коррекции.

В качестве наглядного примера ниже предлагаем рассмотреть два клинических случая.

*Пациентка К. М., 18 лет (рис. 1).*

Диагноз: зубоальвеолярный I Класс, тремы во фронтальном участке верхней челюсти, первичная адентия 12 и 22 зуба, ротация 14, 33, 43 зубов.

Исходя из установленного диагноза, с учетом вышеописанных критериев выбора метода лечения, в данной клинической ситуации принято решение раскрыть промежутки в области 12 и 22 зубов для последующей имплантации.

Установлена несъемная аппаратура



Рис. 1.

на в. ч., начата дистализация 13 и 23 зубов (рис. 2). Позже была зафиксирована брекет-система на н. ч. для устранения ротаций, супраокклюзии 33 зуба (рис. 3).



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

Раскрыты пропорциональной величины промежутки, получен достаточный объем альвеолярной кости между центральными резцами и клыками в. ч. (рис. 4). Обращаем внимание, что во избежание протрузии центральных резцов при использовании раскрывающих пружин необходимо выполнить изгиб дуги позади трубок моляров (bendback). За несколько месяцев до снятия брекет-системы была проведена операция двухэтапной имплантации, с расчетом чтобы к завершению ортодонтиче-



Рис. 5.

ского лечения произошла остеоинтеграция. Параллельно проводилась консолидация прикуса (рис. 5). Снята брекет-система, установлены формирователи десны (рис. 6). Через неделю установлены коронки на имплантатах (рис. 7).

Пациентка О. А., 16 лет (рис. 8).

Диагноз: дистальный прикус (зубоальвеолярный II Класс 2 подкласс), тремы в области 13 и 22 зубов, скученность зубов и уплощение во фронтальном участке н. ч., первичная адентия 12 и 22 зуба.

Учитывая бугорково-бугорковое смыкание боковой группы зубов по II Классу, расположение одного клыка (13 зуба) на месте бокового резца (12 зуба) и анатомически невыраженную форму клыков, план лечения состоит в перемещении другого клыка (23 зуба) на место латерального резца (22 зуба), мезиализации всех боковых зубов в. ч.

Установлена брекет-система в. ч. и н. ч. На клыки верхней челюсти зафиксированы брекет-системы боковых резцов, на первые премоляры — брекет-системы клыков для придания этим зубам соответствующих угловых характеристик (рис. 9). Мезиализация зубов в. ч. и консолидация прикуса производилась последовательным перемещением зубов с помощью эластической цепочки и межчелюстных эластиков по III классу.

Рис. 10 — активное лечение заверше-



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 10.

но, все промежутки стянуты, достигнуты фисурно-бугорковые контакты в боковых участках и хорошая эстетика фронтального участка без какой-либо пришлифовки и реставрации. Установлены несъемные лингвальные ретейнеры.

Таким образом, предложенные варианты лечения первичной адентии боковых резцов верхней челюсти в постоянном прикусе являлись наиболее оптимальными, удовлетворяющими требования пациентов, и соответствующими международным стандартам ортодонтического лечения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Колесов А.А. «Стоматология детского возраста», Москва: «Медицина» — 1978.
2. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития. Москва, Медицинская книга, 2001, С.31-40
3. Clare McNamara, Tim Foley, Catherine M. McNamara. Multidisciplinary Management of Hypodontia in Adolescents: Case Report. // J Can Dent Assoc 2006; 72(8):740–746
4. Железный П.А., Плотникова Н.А. Ортодонтия и детское протезирование. — Новосибирск, 1998, С.149-152
5. Sakan U, Demiralp B, Aksu M, Taner T. Clinical showcase. Replacement of congenitally missing lateral incisor using a metal-free, resin-bonded fixed partial denture: case report. J Can Dent Assoc. 2009 Sep; 75(7):509-512.
6. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. — Москва: «МЕДпресс-информ» — 2006. — С. 101, 252, 491-495.
7. Равиндра Нанда, Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. — Москва: «МЕДпресс-информ» — 2009, С.376-379.