

Клинический случай гипердентии, диагностированной у взрослого пациента



Дрегалкина А. А.
к.м.н., ассистент
кафедры хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии ГОУ ВПО
УГМА, г. Екатеринбург,
drdreg7@mail.ru



Альтман К. Э.
врач-интерн СК ГОУ ВПО
УГМА, г. Екатеринбург,
amitay646@yahoo.com



Герасимова Л. Д.
к.м.н., доцент кафедры
хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии ГОУ ВПО
УГМА, г. Екатеринбург,
dr-ger@mail.ru

Резюме

Приведен клинический случай удаления сверхкомплектного ретинированного зуба у пациентки 53 лет. Учитывая относительную редкость данной патологии среди взрослых пациентов, данное наблюдение демонстрирует необходимость тщательной дифференциальной диагностики различной патологии челюстных костей.

Ключевые слова: сверхкомплектный зуб, ретенция.

THE CLINICAL CASE OF HYPERDONTIA, WHICH DIAGNOSED FOR THE ADULT PATIENT
Dregalkina A.A., Gerasimova L.D., Altman K.E.

Summary

The clinical case of removal supernumerary retentive tooth, at the patient of 53 years old. Considering a relative rarity of the given pathology among the adult patients, this observation demonstrates the need for careful differential diagnostics various pathology of maxillary bones.

Keywords: supernumerary tooth, retention.

Среди зубочелюстных аномалий существует разновидность, при которой количество постоянных или молочных зубов увеличено. Заболевание, связанное со сверхкомплектностью зубов, называется гипердентией.

По данным различных авторов, СКЗ составляют от 0,12 до 7% случаев зубочелюстных аномалий [1]. По данным Smith R.J., Rapp R. (1999), от 28 до 60% европеоидов имеют сверхкомплектные зубы [5].

Гипердентию чаще наблюдают на верхней челюсти, чем на нижней (8:1), чаще у мужчин, чем у женщин (2:1). Гипердентию молочных зубов наблюдают реже (0,5%), чем постоянных (1%), и она чаще бывает односторонней [8].

Этиологические факторы, способствующие появлению сверхкомплектных зубов, изучены недостаточно. Некоторые авторы предполагают, что причина этого явления — наличие дополнительного зубного зачатка с аутосомнодоминантной наследственностью. Предполагается, что причиной являются нарушения развития, очаговая пролиферация развивающейся зубной пластинки и возможность расщепления ее на большее, чем обычно, количество зубных зачатков [7, 8].

Появление одного сверхкомплектного зуба можно наблюдать как спорадически, так оно может носить и семейный характер. Семейная гипердентия, по-видимому,

связана с дефектом определенного гена, который еще не идентифицирован. Наличие нескольких сверхкомплектных зубов обычно наблюдают при некоторых врожденных синдромах, например, при клейдокраниальном дизостозе и синдроме Гарднера, реже при синдроме Халлерманна-Штрайфа-Франсуа и ротопальцециевом дизостозе. При выявлении сверхкомплектных зубов следует исключить эти синдромы. Согласно статистике, наиболее частое проявление заболевания гипердентии встречается у людей с врожденным несращением верхней челюсти [2, 4, 6, 8].

Чаще всего сверхкомплектный зуб располагается по средней линии между медиальными резцами. Обычно он имеет небольшие размеры, короткий корень и коническую коронку, суживающуюся по направлению к режущему краю. Однако иногда форма и размеры этого зуба бывают нормальными.

Вторым по частоте сверхкомплектным зубом является верхний четвертый моляр, который может быть нормально развитым или иметь небольшие размеры. Если четвертый моляр растет рядом с прорезавшимся третьим со стороны язычной или щечной его поверхности, его называют парамоларом. Если же он располагается дистальнее третьего моляра, то правильнее его называть дистомоларом (рис. 1, 2).

Третьими по частоте сверхкомплектными зубами бывают нижние премолары. Они обычно имеют ненормальное расположение (эктопическое прорезывание) из-за позднего прорезывания в зубном ряду.

Прорезывание сверхкомплектного зуба может быть нарушено или не произойти вовсе. В области ретинированных зубов часто развивается киста. Описано прорезывание сверхкомплектных зубов на десне, небе, верхнечелюстном бугре, в полости носа и стенке глазницы.

Сверхкомплектные зубы, являясь аномалией развития зубов, во многих случаях становятся причиной возникновения других аномалий зубочелюстной системы, таких, как ретенция комплектных зубов, диастема, аномалии положения зубов, несоответствие размеров зубных рядов и др. [7].

Диагноз ставят на основании клинического и рентгенологического обследования; при этом затруднения в диаг-

ностике представляют непрорезавшиеся сверхкомплектные зубы. При помощи рентгенографии и пальпации выясняется положение сверхкомплектного зуба по отношению к зачаткам и корням зубов, в области которых он расположен.

Удаление ретинированных сверхкомплектных образований представляет собой определенные трудности, обусловленные большой глубиной залегания, иногда близко расположенными корнями или зачатками соседних зубов, неправильной формой. Очень важно определить более рациональный оперативный подход к сверхкомплектному зубу.

В большинстве изученных нами источников приводятся данные о наличии данной патологии у детей и подростков. Значительно реже сверхкомплектные зубы встречаются у взрослых пациентов. В этом случае диагностика может быть затруднена.

Приводим клинический случай обнаружения ретинированного сверхкомплектного зуба верхней челюсти у пациентки 53 лет.

Пациентка М. 53 лет обратилась с жалобами на умеренную болезненность в области отсутствующего зуба 1.4 при пользовании съемным протезом. Болезненность появилась несколько дней назад. Протезом пользуется около 3 лет. Из анамнеза известно, что ранее в этой области имелся зуб 1.4, последний удален 3 года назад по поводу хронического генерализованного пародонтита. Пациентка ранее неоднократно была обследована клинически и рентгенологически с целью протезирования, однако патологических изменений в области альвеолярного отростка верхней челюсти выявлено не было.

При объективном осмотре внешних изменений не выявлено. При осмотре полости рта: на верхней челюсти – частичная вторичная адентия. Пациентка пользуется частичным съемным протезом с кламмерной фиксацией на 1.3 зубе.

Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области отсутствующего 1.4 незначительно отечна, гиперемии не наблюдается, при пальпации определяется слабовыраженная болезненность слизистой оболочки и незначительная плотная деформация наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка верхней челюсти.

Рентгенологически (рис. 3) в области отсутствующего 1.4 зуба определяется образование, имеющее плотность зуба, овальной формы, размером 0,7х0,5 см с четкими, ровными контурами.

Поставлен предварительный диагноз: ретинированный сверхкомплектный зуб верхней челюсти справа. Под местной анестезией произведена операция: ревизия альвеолярного отростка верхней челюсти справа. В ходе операции в толще альвеолярного отростка обнаружен зуб, по форме напоминающий клык, хорошо выражен угол, корень короткий (рис. 4). Зуб находился в горизонтальном положении, верхушкой корня обращен кзади, вершиной угла кпереди.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Швы сняты на 8-е сутки. Рана зажила первичным натяжением.

Описанный клинический случай указывает на возможность бессимптомного течения патологии на протяжении многих лет. По всей вероятности, сверхкомплектный зуб залегал довольно высоко в альвеолярном отростке или теле верхней челюсти, что не позволяло ранее определить наличие его рентгенологически. Давление, оказываемое съемным протезом, стимулировало смещение зуба ближе к краю альвеолярного отростка и появление описанных клинических симптомов.



Рис. 1.
Фрагмент ОПТГ: дистомоляр
верхней челюсти слева
у пациентки 28 лет
(наблюдение авторов)



Рис. 2. ОПТГ: дистомолары верхней челюсти справа и слева
у пациентки 23 лет (наблюдение авторов)



Рис. 3. Фрагмент
рентгенограммы пациентки М



Рис. 4. Удаленный
сверхкомплектный зуб

Таким образом, гипердентия (сверхкомплектные зубы) является довольно редкой патологией среди взрослых пациентов. Описанное клиническое наблюдение демонстрирует необходимость тщательной дифференциальной диагностики различной патологии челюстных костей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль Гахфра Ахмед Хуссен. Сверхкомплектные зубы у детей: клиника, диагностика, хирургическое лечение // Дисс. на соискание науч. ст. к.м.н., 2004.
2. Зорич М.Е. Аномалии прорезывания зубов: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // Современная стоматология. – 2007. – № 1. – С. 21-24.
3. Секлетов Г.А. Нарушение формирования зубоальвеолярной дуги в переднем отделе верхней челюсти, вызванное ретенцией 11, 21 зубов. Лечение // Стоматология. – 2006. – № 3. – С. 12-16.
4. Хорошилкина Ф. Я., Френкель Р., Демнер Л. М., Фальк Ф., Малыгин Ю.М., Френкель К./ Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. – Москва «Медицина». – 1987.
5. Smith R.J., Rapp R. //ASDC J. Dent. Child. – 1999. – № 47. – P. 36-41.
6. Материалы интернет-ресурса www.dentalmechanic.ru
7. Материалы интернет-ресурса www.eurolab.ru
8. Материалы интернет-ресурса www.meduniver.com