

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-2-157-164

УДК 616.314-007.21-053.2-07

КЛИНИЧЕСКАЯ АДЕНТИЯ. СПОСОБ КЛАССИФИКАЦИИ

Шакирова Р. Р., Тимофеева Е. С., Николаева Е. В., Фаррахова Р. И.

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия

Аннотация

Предмет исследования — клинические проявления адентии и их соответствие данным рентгенологических методов исследования.

Цель — структурировать патологические состояния зубочелюстной системы, сопровождающиеся отсутствием зубов в полости рта.

Методология. Исследование проведено на кафедре стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Было обследовано 1420 детей 6, 12, 15 лет в Удмуртской Республике, из них с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (ВПЧЛО) 286 человек. Проведен анализ индексов КПУ, КПУ. Детям, нуждающимся в стоматологическом лечении, проводили клиническое и рентгенологическое обследование.

Результаты. Интенсивность кариеса зубов, по индексу КПУ у детей до 6 лет в среднем составила 4,2, у детей с ВПЧЛО 5,2. Компонент «У» (определяли при адентии задолго до прорезывания постоянного зуба) составил 0,1, у детей с ВПЧЛО 0,2. Интенсивность кариеса зубов, по индексу КПУ у 12-летних детей в среднем составила 3,25. Компонент «У» составил 0,05, у детей с ВПЧЛО 3,9. У 15-летних детей значение этого показателя было равным 4,8. Компонент «У» составил 0,07, у детей с ВПЧЛО 4,7.

На основании проведенного стоматологического обследования и анализа полученных данных было сформулировано понятие «клиническая адентия» и составлена классификация патологических состояний зубочелюстной системы, сопровождающихся отсутствием зубов в полости рта.

Выводы. Предлагаемая классификация комплексная, основана на причинах возникновения адентии, включает в себя виды отсутствующих зубов. На основании данной классификации появляется возможность составить алгоритм лечебно-профилактических мероприятий для каждой группы, формирующихся на основе клинических рекомендаций. Единый подход к ведению пациентов с клинической адентией представленных групп невозможен в связи с этиопатогенетическими различиями нозологических форм патологии зубочелюстной системы, при которых определяется отсутствие зуба в зубном ряду.

Ключевые слова: *клиническая адентия, первичная и вторичная адентия, ретенция зубов, врожденная расщелина губы и неба, эктодермальная дисплазия*

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Рушания Равильевна ШАКИРОВА ORCID ID 0000-0002-0667-2073

д.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия
orto-ru@mail.ru

Елена Сергеевна ТИМОФЕЕВА ORCID ID 0009-0005-2706-4236

аспирант кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия
vshelena0303@gmail.com

Елена Владимировна НИКОЛАЕВА ORCID ID 0009-0001-3060-5874

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии профилактики стоматологических заболеваний, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия
nielenovich@mail.ru

Рената Ильшатовна ФАРРАХОВА ORCID ID 0009-0005-6553-9984

аспирант кафедры стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Россия
ranet.906@mail.ru

Адрес для переписки: Елена Сергеевна ТИМОФЕЕВА

426075 г. Ижевск, ул. Камбарская д. 94, к. 2, кв. 76

+7 (912) 7421545

vshelena0303@gmail.com

Образец цитирования:

Шакирова Р. Р., Тимофеева Е. С., Николаева Е. В., Фаррахова Р. И.

КЛИНИЧЕСКАЯ АДЕНТИЯ. СПОСОБ КЛАССИФИКАЦИИ. Проблемы стоматологии. 2025; 2: 157-164.

© Шакирова Р. Р. и др., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-2-157-164

Поступила 16.04.2025. Принята к печати 18.05.2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-2-157-164

CLINICAL ADENTIA. CLASSIFICATION METHOD

Shakirova R.R., Timofeeva E.S., Nikolaeva E.V., Farrakhova R.I.

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia

Abstract

Subject. Clinical manifestations of adentia and their compliance with X-ray methods.

Objectives. To structure the pathological conditions of dental system accompanied by adentia.

Methodology. The study was carried out at the Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases, Izhevsk State Medical Academy. The study involved 1420 children aged 6, 12 and 15 years in the Udmurt Republic, among them 286 children with congenital malformations of the maxillofacial region. DMFT, DMFT indexes analysis was conducted. Children in need of dental treatment were examined clinically and radiographically.

Results. The intensity of dental caries in children 6 years old on the basis of index of dmft was on average 4.2, in children with congenital malformations of the maxillofacial region was 5.2. The “M” Component of index of DMFT (premature tooth loss) was 0.1, in children with congenital malformations of the maxillofacial region was 0.2. The intensity of dental caries in children 12 years old on the basis of index of DMFT was on average 3.25. The “M” Component of index of DMFT was 0.05, in children with congenital malformations of the maxillofacial region was 3.9. The intensity of dental caries in children 15 years old was 4.8. The “M” Component of index of DMFT was 0.07, in children with congenital malformations of the maxillofacial region was 4.7. Based on the conducted dental research, the term “clinical adentia” was formulated and classification of pathological conditions of dental system accompanied by adentia was developed.

Conclusion. The proposed classification is complex, based on causes of adentia, includes missing teeth types. Based on this classification, it is possible to create an algorithm of treatment and preventive measures for each group. A unified approach to patient management with clinical adentia is not possible because these groups have etiopatogenetic differences.

Keywords: clinical adentia, primary and secondary adentia, teeth retention, congenital cleft lip and palate, ectodermal dysplasia

The authors declare no conflict of interest.

Rushaniya R. SHAKIROVA ORCID ID 0000-0002-0667-2073

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
orto-ru@mail.ru

Elena S. TIMOFEEVA ORCID ID 0009-0005-2706-4236

Postgraduate student, Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
vshelena0303@gmail.com

Elena V. NIKOLAEVA ORCID ID 0009-0001-3060-5874

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
nielenovich@mail.ru

Renata I. FARRAKHOVA ORCID ID 0009-0005-6553-9984

Postgraduate student, Department of Pediatric Dentistry, Orthodontics and Prevention of Dental Diseases, Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia
ranet.906@mail.ru

Correspondence address: Elena S. TIMOFEEVA

94/2 Kamarskaya str., ap. 76, Izhevsk, 426075, Russia
+7 (912) 7421545
vshelena0303@gmail.com

For citation:

Shakirova R.R., Timofeeva E.S., Nikolaeva E.V., Farrakhova R.I.

CLINICAL ADENTIA. CLASSIFICATION METHOD. Actual problems in dentistry. 2025; 2: 157-164. (In Russ.)

© Shakirova R.R. et al., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-2-157-164

Received 16.04.2025. Accepted 18.05.2025

Введение

Аденция — отсутствие зуба — понятие ёмкое и многогранное. Классифицируют адентию различными способами: полная и частичная, первичная и вторичная, молочных и постоянных зубов, одного или нескольких зубов, а также по виду дефекта. На основании Международной классификации болезней (МКБ-10) адентия относится к группе «нарушение развития и прорезывания зубов» (K00.0 — Адентия) и делится на ряд групп: K00.00 — частичная адентия с делением на гиподентию и олигодентию, K00.01 — полная адентия и K00.09 — неуточненная адентия [1, 2]. В практике ортодонтии на современном этапе, наряду со статистической классификацией (МКБ-10), применимы классификации, построенные с учетом морфофункциональных, эстетических, этиопатогенетических и общих нарушений организма. Вопросы адентии, как правило, представлены в разделе «аномалии зубов». Так, например, в классификации «Аномалий зубов, челюстей, окклюзии зубных рядов кафедры ортодонтии МГМСУ (1990)» в первом классе — «Аномалии зубов» подкласс 1.5.2. Гиподонтия (адентия зубов — полная или частичная)», а ретенция представлена в этом же классе подкласс 1.6.2. Задержка прорезывания (ретенция) [3].

Формирование прикуса — это сложный процесс, характеризующийся последовательной сменой ряда этапов, имеющих различные клинические и функциональные особенности. Отсутствие зуба различной этиологии в зубной дуге на любом из этапов формирования прикуса может привести к целому комплексу вторичных морфологических и функциональных нарушений. У пациентов с адентией в периоды формирования прикуса отмечается снижение активности зон роста, что приводит к гипоплазии челюстей, снижению высоты прикуса, ретропозиции нижней челюсти, аномальному формированию височно-нижнечелюстных суставов, феномену Попова-Годона, ретенции постоянных зубов. Кроме этого возникают и функциональные нарушения, такие как снижение эффективности жевания, нарушение звукопроизношения, неправильная артикуляция языка при разговоре и прокладывание языка в области дефекта [4–7].

Объективные данные вторичных изменений в ЗЧС при адентии показывают, что необходимо проводить профилактические мероприятия при отсутствии любого зуба, т.к. данные отклонения от нормы возникают в любом участке челюстей. Такие изменения тяжело поддаются коррекции с возрастом, т.к. с увеличением возраста возрастает и патология [8–10].

Во всех случаях речь идет о фактически отсутствующем зубе. В то же время, при клиническом осмотре полости рта, отмечая адентию, мы не можем точно знать, что зуб действительно отсутствует. Для уточнения этого необходимо проведение рентгенологического исследования. Поскольку отсутствие зуба в полости не всегда подразумевает истинно первичную или вторичную адентию. Фактическое отсутствие зуба

в полости рта может наблюдаться и при ретенции. При этом ведение пациента с клиническим проявлением адентии, его план обследования, профилактики и лечения, будет кардинально отличаться в зависимости от полученных данных дополнительных методов исследования [11].

Цель — структурировать патологические состояния зубочелюстной системы, сопровождающиеся отсутствием зубов в полости рта.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на кафедре стоматологии детского возраста, ортодонтии, профилактики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России. Было проведено стоматологическое обследование, согласно критериям ВОЗ, 1420 детей 6, 12, 15 лет в Удмуртской Республике, из них с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области (ВПЧЛО) 286 человек. Интенсивность кариеса зубов, по индексу КПУ у детей до 6 лет в среднем составила 4,2, у детей с ВПЧЛО 5,2. Компонент «У» (определяли при адентии задолго до прорезывания постоянного зуба) составил 0,1, у детей с ВПЧЛО 0,2. Интенсивность кариеса зубов, по индексу КПУ у 12-летних детей в среднем составила 3,25. Компонент «У» составил 0,05, у детей с ВПЧЛО 3,9. У 15-летних детей значение этого показателя было равным 4,8. Компонент «У» составил 0,07, у детей с ВПЧЛО 4,7. Детям, нуждающимся в стоматологическом лечении, проводили клиническое обследование и комплекс дополнительных методов обследования, включая ОПТГ, ТРГ, 3D КЛКТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Для своевременной профилактики возникновения вторичных деформаций вследствие адентии необходима ранняя диагностика данного патологического состояния. При эпидемиологическом или групповом стоматологическом обследовании мы можем выявить отсутствие зуба. Однако только при клиническом осмотре определить вид отсутствия (истинный или ложный) и причину адентии невозможно. Для получения подобных сведений необходимо проведение дополнительных методов исследования.

При проведении стоматологического осмотра, наблюдая картину отсутствия зуба в полости рта, мы не можем поставить диагноз «Адентия». По сути, на момент осмотра речь будет идти только о «клинической адентии». То есть о таком явлении, когда по каким-либо причинам при осмотре в полости рта зуб не выявляется.

В процессе работы сформулировано понятие «Клиническая адентия» — это отсутствие в полости рта одного или нескольких зубов, определяемое при клиническом осмотре полости рта до проведения дополнительных методов исследования. Для удобства определения вида клинической адентии и понимания дальнейшего алгоритма действий разработана

классификация (рационализаторское предложение «Способ классификации клинической адентии» № 08.25 от 18.03.2025). Предлагаемая классификация комплексная, основана на причинах возникновения адентии. На основании данной классификации появляется возможность составить алгоритм лечебно-профилактических мероприятий для каждой группы, формирующихся на основе клинических рекомендаций.

Клиническая адентия по этиологическому признаку делится на несколько групп (рис. 1):

1. Первичная адентия:
 - 1.1. Первичная адентия с невыясненной этиологией
 - 1.2. Первичная адентия при врожденной расщелине верхней губы и неба
 - 1.3. Первичная адентия при гипогидротической (гидротической) эктодермальной дисплазии (и другие синдромы, связанные с дисплазией соединительной ткани, сочетающиеся с адентией).
2. Вторичная адентия:
 - 2.1. Ретенция зубов с невыясненной этиологией
 - 2.2. Ретенция постоянных зубов при раннем удалении молочных зубов
 - 2.3. Ретенция зубов при синдромальной патологии.

Рассмотрим каждую группу представленной классификации подробнее.

Группа 1.1. «Первичная адентия с невыясненной этиологией»

Данная группа характеризуется первичным отсутствием одного или нескольких постоянных или молочных зубов, то есть у пациентов данной группы первично отсутствует зачаток какого-либо зуба/зубов. При этом причина адентии точно не установлена. Это могут быть аномалии формирования фолликула в эмбриональном периоде, связанные с наследственной предрасположенностью, эндокринными и иными заболеваниями. Также рассасывание фолликула может произойти под воздействием общих токсических факторов, воспалительных процессов у молочных зубов. При этом синдромальная патология, как правило, у данной группы пациентов не диагностируется. Следует отметить, что первичная адентия с невыясненной этиологией в большей степени характерна для постоянных зубов.

Клинически при осмотре у пациентов данной группы при первичной адентии постоянных зубов можно видеть сохраненные молочные зубы. Персистентные молочные зубы часто устойчивы, неподвижны. На рентгеновских снимках диагностируется как отсутствие признаков резорбции корней, так и резорбция одного или нескольких корней на различных её стадиях. Такие зубы могут сохраняться в полости рта продолжительное время и соответственно, требуют пристального внимания врача-стоматолога, работающего на детском приеме и проведения дополнительных рентгенологических методов исследования.

Клинический пример. Пациентка С. 15 лет. В полости рта персистентные 5.5, 5.3, 5.2, 6.2, 6.3, 6.5, 7.3–8.3 зубы. Тремы, диастема верхнего и нижнего зубного ряда (рис. 2). В процессе обследования был сделан панорамный снимок. На ОПТГ была выявлена первичная олигодентия: отсутствие зачатков 1.5, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 3.5, 3.3–4.3, 4.5 зубов (рис. 3). Из анамнеза (со слов пациента) синдромальная патология отсутствует, наличие хронических заболеваний отрицает, отмечает первичную адентию двух постоянных зубов у отца.

2 группа: первичная адентия при врожденной расщелине губы и неба

У детей с врожденной расщелиной губы и/или неба выявляются отсутствующие зубы как постоянные, так



Рис. 1. Классификация клинической адентии

Fig. 1. Classification of clinical adentia



Рис. 2. Пациентка С. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 1.5, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 3.5, 3.3 – 4.3, 4.5 зубов

Fig. 2. Patient S. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 1.5, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 3.5, 3.3 – 4.3, 4.5 teeth



Рис. 3. Ортопантомограмма пациентки С. Первичная адентия 1.5, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 3.5, 3.3 – 4.3, 4.5 зубов

Fig. 3. Orthopantomogram of patient S. Primary adentia of 1.5, 1.3, 1.2, 2.2, 2.3, 2.5, 3.5, 3.3 – 4.3, 4.5 teeth

и молочные, причем уже у детей до трех лет. У 64,8% детей этой группы в зубном ряду отмечается отклонение от нормы. Так, более позднее прорезывание характерно для постоянных зубов (от одного до двух лет), как на верхней, так и на нижней челюсти практически в равных долях. Первичная адентия диагностируется чаще в проекции расщелины (резцы верхней челюсти). Также отмечается увеличение числа отсут-

ствующих зубов с возрастом ребенка практически в два раза, вследствие их раннего удаления.

Клинический пример. Пациентка В. 13 лет. Врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. В полости рта отсутствуют 1.2, 2.2, 2.3, 3.5 зубы (рис. 4). На ОПТГ первичная адентия 1.2, 2.2 зубов. Зубы 2.3, 3.5 сформированы (рис. 5).



Рис. 4. Пациентка В. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 1.2, 2.2, 2.3, 3.5 зубов

Fig. 4. Patient V. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 1.2, 2.2, 2.3, 3.5 teeth



Рис. 5. Ортопантомограмма пациентки В. Первичная адентия 1.2, 2.2 зубов, ретенция 2.3, 3.5 зубов

Fig. 5. Orthopantomogram of patient V. Primary adentia of 1.2, 2.2 teeth, retention of 2.3, 3.5 teeth



Рис. 6. Пациентка К. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 1.2, 2.2 зубов

Fig. 6. Patient K. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 1.2, 2.2 teeth



Рис. 7. Ортопантомограмма пациентки К. Первичная адентия 1.2, 2.2 зубов

Fig. 7. Orthopantomogram of patient K. Primary adentia of 1.2, 2.2 teeth

3 группа: первичная адентия при гипогидротической (гидротической) эктодермальной дисплазии (и другие синдромы, связанные с дисплазией соединительной ткани, сочетающиеся с адентией).

Гипогидротическая эктодермальная дисплазия – это генетическое нарушение развития эктодермы, которое характеризуется пороками развития таких эктодермальных структур как кожа, волосы, зубы и потовые железы. Основные клинические признаки данного заболевания можно охарактеризовать в виде триады симптомов, одним из которых диагностируется врачами стоматологического профиля и клинически проявляется отсутствием зубов, поздним прорезыванием зубов, атипичной формой. Нарушение сроков прорезывания, формы и количества зубов встречается у одного и того же пациента практически в 100% случаев.

Клинический пример. Пациентка К. 8 лет. В полости рта отсутствуют 1.2, 2.2 зубы. Коронки зубов 1.1, 2.1 уменьшены в размере. При осмотре определяются атипичной шиповидной формы 3.2–4.2 зубы и два шиповидных сверхкомплектных нижних резца. В переднем участке на верхней и нижней челюсти выражены тремы, диастемы (рис. 6). На ОПТГ отсутствие зачатков 1.2, 2.2 зубов (рис. 7). Динамический рентгенологический контроль показывает дисплазию дентина в области нижних резцов.

4 группа: вторичная адентия

В понятие «вторичная адентия» заложен дифференциальный диагностический признак того, что зуб (зубы) сформировался нормально, прорезался и какой-то период функционировал. Наиболее распространенными причинами вторичной частичной адентии являются кариес и его осложнения, а также заболевания пародонта. Удаление зубов может быть обусловлено несвоевременным обращением за лечением, в результате чего развиваются стойкие воспалительные процессы в периапикальных тканях, разрушается значительная часть коронки зуба и отсутствует возможность медикаментозного лечения и дальнейшего использования зуба для протезирования.

Понятие «вторичная адентия» может применяться как к постоянным зубам, так и молочным. Главной целью лечения пациентов данной группы становится замещение дефекта в зубном ряду путем рационального протезирования, либо методом ортодонтического перемещения соседних зубов в область дефекта. У пациентов с вторичной адентией молочных зубов (преждевременное удаление зубов ранее, чем за 2 года

до физиологической смены) в приоритете будет сохранение места для последующего физиологического прорезывания постоянных зубов. Для предупреждения развития вторичных деформаций, возникающих в результате преждевременного удаления молочных зубов, нами был разработан профилактический аппарат и получен патент на полезную модель «Профилактическая дентальная клипса» (№ 231442).

Клинический пример. Пациент П. 8 лет. Раннее удаление 8.4 зуба. На этапе диспансерного наблюдения применялась профилактическая дентальная клипса (рис. 8). Пациент Д. 14 лет. Раннее удаление 7.5, 8.5 зубов. Лечебно-профилактические мероприятия не проводились (рис. 9).

5 группа: ретенция зубов с невыясненной патологией

Ретенция — это задержка прорезывания зуба, явление, при котором сформированный зуб по каким-либо причинам не прорезался в соответствующие сроки. Причины ретенции до конца не определены. К ретенции могут приводить общие и местные факторы. К общим этиологическим факторам будут относиться обменные нарушения и перенесенные инфекции (эндокринные нарушения, рахит, авитаминозы, специфические инфекции). Местные факторы, такие как осложнения кариеса молочных зубов и как следствие образование очагов склерозированной костной ткани и затруднение прорезывания постоянного зуба. Также к ретенции может привести аномальное расположение зачатка зуба в толще костной ткани. При этом степень дистопии зуба может варьировать от незначительного отклонения продольной оси зуба относительно его нормального расположения, до расположения зуба под углом 90° и более.

Клиническая картина в полости рта при ретенции будет схожа с таковой при первичной адентии. На момент осмотра в полости рта будет отсутствовать постоянный зуб. При этом предшественник ретинированного постоянного зуба также может отсутствовать в полости рта, либо могут быть сохранены персистентные молочные зубы.

Клинический пример. Пациент М. 15 лет. В полости рта отсутствует 2.3 зуб. Сохранен 6.3 зуб (рис. 10). На 3D КЛКТ зуб 2.3 сформирован. Расположен под углом 39° относительно оси его нормального положения, оральнее корней 1.1, 1.2, 5.3 зубов (рис. 11).

6 группа: ретенция зубов при раннем удалении молочных зубов

Одной из местных причин ретенции зубов считается преждевременное удаление молочных зубов. Ранним считается потеря молочного зуба более чем за 2 года до срока его физиологической смены. В результате преждевременной утраты зуба формируется дефект зубного ряда, нарушается единство зубной дуги, изменяется функциональная активность зубочелюстной системы. Если после удаления зуба не проводилось

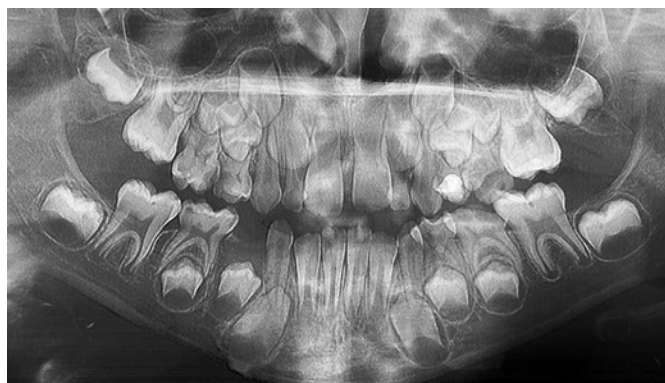


Рис. 8. ОПТГ пациента П. Преждевременное удаление 8.4 зуба с проведением профилактических мероприятий
Fig. 8. Orthopantomogram of patient P. Premature loss of 8.4 tooth with implementation of preventive measures



Рис. 9. ОПТГ пациента Д. Преждевременное удаление 7.5, 8.5 зубов без проведения профилактических мероприятий
Fig. 9. Orthopantomogram of patient D. Premature loss of 7.5, 8.5 teeth without implementation of preventive measures

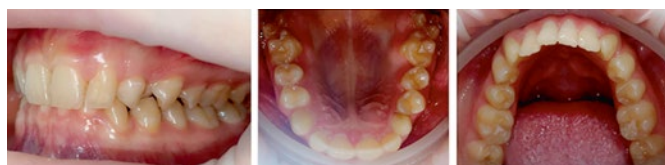


Рис. 10. Пациент М. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 2.3 зуба
Fig. 10. Patient M. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 2.3 tooth



Рис. 11. Ортопантомограмма пациента М. Ретенция 2.3 зуба
Fig. 11. Orthopantomogram of patient M. Retention of 2.3 tooth



Рис. 12. Пациент Р. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 1.5, 2.5 зубов

Fig. 12. Patient R. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 1.5, 2.5 teeth



Рис. 13. Ортопантомограмма пациента Р. Ретенция 1.5, 2.5 зубов
Fig. 13. Orthopantomogram of patient R. Retention of 1.5, 2.5 teeth



Рис. 14. Пациентка С. Клиническая картина в полости рта. Клиническая адентия 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3 зубов

Fig. 14. Patient S. Clinical picture in the oral cavity. Clinical adentia of 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3 teeth



Рис. 15. Ортопантомограмма пациентки С. Ретенция 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3 зубов

Fig. 15. Orthopantomogram of patient S. Retention of 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3 teeth

замещение дефекта зубного ряда, то его наличие приводит к возникновению различных вторичных деформаций. В частности отмечается конвергенция соседних с дефектом зубов. Размер дефекта уменьшается, а зачаток постоянного зуба остается зажат в толще костной ткани и не в состоянии прорезаться самостоятельно.

Клинический пример: пациент Р. 10 лет. Из анамнеза: зубы 5.5, 6.5 были удалены около 5 лет назад. В полости рта отсутствуют 1.5, 2.5 зубы. Расстояние между 1.6/1.4 зубами = 2,5 мм, между 2.4/2.6 зубами = 1,5 мм (рис. 12). На ОПТГ: зачатки 1.5, 2.5 зубов сохранены. Зубы 1.5, 2.5 в стадии формирования корня до $\frac{1}{4}$ его длины (рис.13).

7 группа: ретенция зубов при синдромальной патологии

Врожденное нарушение структур лица, формирующееся из тканей 1-й и 2-й жаберных дуг (синдром 1–2 или 1 жаберных дуг) характеризуется односторонним или двусторонним недоразвитием структур лица, патологией окклюзии в трех плоскостях, поздним прорезыванием зубов и ретенцией зубов.

Клинический пример: Пациент С. 15 лет. В полости рта отсутствуют 1.8, 1.7, 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.8, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3, 4.7, 4.8. Сохранены в полости рта 7.3, 8.3 зубы. Зуб 3.6 прорезался медиальными буграми (рис. 14). На ОПТГ 1.7, 1.5, 1.3, 2.3, 2.4, 2.5, 2.7, 3.7, 3.4, 3.3, 4.3, 4.7 зубы сформированы, расположены в теле верхней и нижней челюсти под разными углами (рис. 15).

Выводы

Таким образом, клинически диагностируемые состояния зубочелюстной системы, при которых мы видим отсутствие зуба, не всегда подтверждаются дополнительными методами исследования. Различные этиопатогенетические факторы адентии влекут за собой персонифицированный подход к ведению таких пациентов. Следовательно, как в прогностическом плане, так и при составлении комплекса лечебно-профилактических мероприятий необходимо учитывать эти различия. Предложенная классификация позволяет структурировать патологические состояния зубочелюстной системы, сопровождающиеся клиническим отсутствием зубов в зубной дуге, что дает возможность определить вид и объем профилактических, а в дальнейшем и лечебных мероприятий.

Литература/References

1. Алимova М.Я., Максимовская Л.Н., Персин Л.С., Янушевич О.О. Стоматология: международная классификация болезней: клиническая характеристика нозологических форм: учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 204 с. [Alimova M.Ya., Maksimovskaya L.N., Persin L.S., Yanushevich O.O. Dentistry: international classification of diseases: clinical characteristics of nosological forms: textbook. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 204 p. (In Russ.)].
2. Янушевич О.О., Кисельникова Л.П., Топольникий О.З., редакторы. Детская стоматология: учебник. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2017. 744 с. [Yanushevich O.O., Kisel'nikova L.P., Topol'nitskii O.Z., editors. Pediatric dentistry: a textbook. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 744 p. (In Russ.)].
3. Персин Л. С., редактор. Ортодонтия: национальное руководство. В 2 т. Т. 1. Диагностика зубочелюстных аномалий. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 304 с. [Persin L. S., editor. Orthodontics: a national guide. In 2 vols. Vol. 1. Diagnosis of dental anomalies. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 304 p. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33029/9704-5408-4-1-ONRD-2020-1-304>
4. Ишмуратова А.Ф., Постников М.А., Хамадеева А.М. Комплексная программа ортодонтического лечения детей с частичной адентией в зависимости от возраста. Стоматологический журнал. 2015;16(1):50-56. [Ishmuratova A.F., Postnikov M.A., Hamadeeva A.M. Complex programm orthodontic treatment in children with adentia depending on the age. Stomatologičeskij žurnal. 2015;16(1):50-56. (In Russ.)].
5. Водолацкий В. М., Наже М.Ю. Распространенность первичной и вторичной адентии у пациентов детского возраста. Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2023;17(4):41-44. [Vodolatsky V.M., Naje M.Y. Prevalence of primary and secondary adentia in pediatric patients. Journal of new medical technologies, eEdition. 2023;17(4):41-44. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24412/2075-4094-2023-4-1-5>
6. Juuri E, Balic A. The biology underlying abnormalities of tooth number in humans. Journal of dental research. 2017;96(11):1248-1256. <https://doi.org/10.1177/0022034517720158>
7. Aljabab M.A., Algharbi M., Huggare J., Bazargani F. Impact of early extraction of the deciduous canine on relief of severe crowding. The Angle orthodontist. 2021;91(6):743-748. <https://doi.org/10.2319/020621-109.1>
8. Ежикова В.Р. Полуказакow А.С. Адентия причины возникновения, виды, лечение, профилактика. Центральный научный вестник. 2018;3(9):10-11. [Ezhikova V.R., Polukazakov A.S. Adentia causes, types, treatment, prevention. Central science bulletin. 2018;3(9):10-11. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34974154>
9. Никитина Л.И., Громова А.С. Междисциплинарное стоматологическое лечение первичной адентии латеральных резцов верхней челюсти. Acta Medica Eurasica. 2022;(4):47-57. [Nikitina L.I., Gromova A.S. Interdisciplinary Dental Treatment for Congenital Absence of Maxillary Lateral Incisors. Acta Medica Eurasica. 2022;(4):47-57. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.47026/2413-4864-2022-4-47-57>
10. Naoum S., Allan Z., Yeap C.K., Razza J.M., Murray K., Turlach B. et al. Trends in orthodontic management strategies for patients with congenitally missing lateral incisors and premolars. The Angle orthodontist. 2021;91(4):477-483. <https://doi.org/10.2319/092320-809.1>
11. Гуненкова И.В., Самойлова Н.В., Бондарец А.Ю. Оптимизация диагностики и планирования ортодонтического лечения у детей и подростков при множественной адентии. Стоматология. 2015;94(3):61-66. [Gunenkova I.V., Samoylova N.V., Bondarets A.Yu. Optimization of diagnostics and orthodontic treatment planning in children and adolescents with multiply adentia. Stomatology. 2015;94(3):61-66. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat201594361-66>