

*ФГБОУ ВО ДонГМУ им. М. Горького
МЗ РФ
Кафедра стоматологии детского
возраста*

АНКИЛОЗ ЗУБОВ: ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

*Долгополов А.М., Долгополов М.А.,
Короткова С.Д.*

Нарушение регенерации периодонтальной мембраны после различных патологических процессов (периодонтит, пародонтит, травматическая перегрузка) может приводить к существенным нарушениям опорной функции периодонта зубов, а в ряде случаев - к анкилозу зуба, т.е. костному сращению корня зуба с альвеолой. При этом происходит гибель периодонта и включение цемента корня в остеобластические процессы в альвеолярной кости.

Анкилозированию могут подвергаться как молочные, так и постоянные зубы. Анкилоз молочных зубов - это более распространенное явление. Чаще анкилоз наблюдается в области моляров, особенно нижних. В таких случаях эти зубы выглядят как "вколоченные" и располагаются ниже (на нижней челюсти) и выше (на верхней челюсти) окклюзионной плоскости.

Причины анкилоза молочных зубов полимодальны и существует, как минимум, три теории их возникновения. Эта патология может рассматриваться как генетически обусловленное заболевание. Так же анкилоз объясняется нарушением физиологического равновесия между резорбцией и репарацией костной ткани вокруг корней зубов. Процесс резорбции протекает непостоянно, он представляет собой чередование периодов активной резорбции и репарации кости. В течение такой репаративной фазы между альвеолярной костью и корнем молочного зуба может развиться костное сращение. Костные анкилозы молочных зубов препятствуют их физиологической смене на постоянные зубы.

Контакт костной и соединительной ткани с поверхностью корня, лишенного периодонта, приводит к анкилозированию или резорбции.

По мнению некоторых авторов основная причина анкилоза - травма зуба.

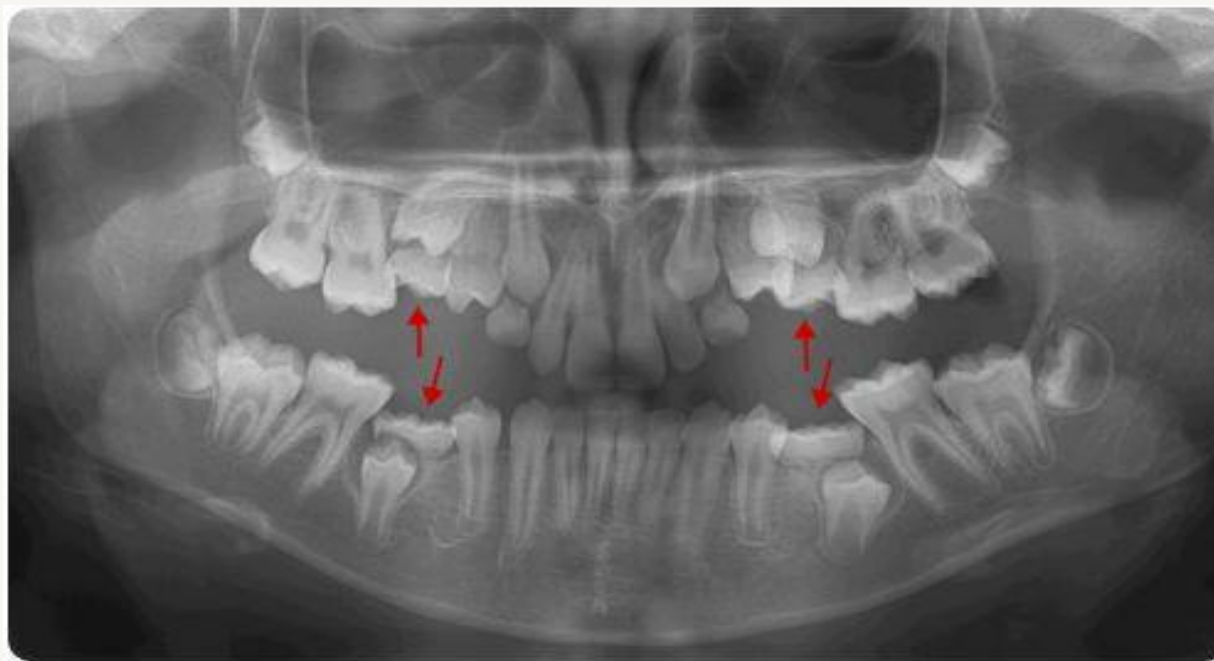
Важную роль также играет токсическое воздействие на периодонт (например, неправильное применение резорцин-формалинового метода).

В ряде случаев встречается идиопатический анкилоз, когда причину патологии выявить невозможно.

Диагностика анкилоза представляет собой довольно сложную задачу для врача-ортодонта. Клинически анкилозированный зуб выглядит стоящим ниже рядом расположенных зубов. При перкуссии анкилозированного зуба, в сравнении с интактным, необходимо обратить внимание на приглушенный "сухой" перкуторный звук.

Так же можно принять во внимание отсутствие малейшей подвижности анкилозированного зуба. В то время, как у идентичного зуба на другой стороне или на другой челюсти подвижность может наблюдаться.

Кроме того, в ряде случаев, на контактной рентгенограмме можно обнаружить отсутствие периодонтальной щели различной протяженности, особенно на том корне, который меньше подвергся резорбции.

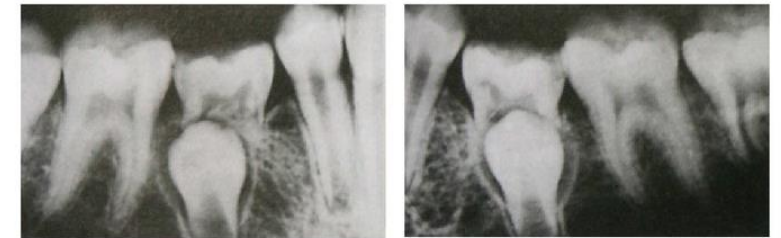


Тактика ортодонта в случаях с молочными анкилозированными зубами заключается в удалении таких зубов, если существует вероятность того, что они вызывают задержку прорезывания соответствующих постоянных зубов.

Что же касается постоянного зуба, то можно предпринять попытку его дальнейшего прорезывания. В сомнительных случаях, когда нет твердой убежденности в диагнозе "анкилоз постоянного зуба", можно наложить на него ортодонтическую тягу для стимуляции его прорезывания. Однако стоит иметь в виду, если с момента наложения такой тяги прошло около 3 месяцев, а клинической и рентгенологической положительной динамики не наблюдается, то диагноз подтверждается.



Рассмотрим клинический случай с анкилозом вторых молочных моляров, вследствие которого была задержка прорезывания вторых премоляров. После клинической и рентгенологической диагностики вторые молочные моляры были удалены. Изготовлен съёмный пластиночный протез для замещения образовавшегося дефекта зубного ряда и создания функциональной нагрузки в этой области. Вторые премоляры вследствие принятых мер начали прорезываться через 2,5 месяца и в конечном итоге установились в зубной ряд.



Двусторонний анкилоз вторых временных моляров



Из вышперечисленного можно сделать вывод, что анкилоз зуба вызывает нежелательные зубоальвеолярные деформации и требует специальной тактики для достижения стабильных функциональных и эстетических результатов.

На сегодняшний день вопросы диагностики и планирования ведения пациентов с данной патологией остаются актуальными и требуют дальнейшего изучения. Точный диагноз «анкилоз зуба» можно установить только после оценки реакции зуба на пробное применение ортодонтических сил, а именно – отсутствия передвижения зуба под их воздействием, так как перкуссия, а так же показатели рентгенографии не всегда являются объективными.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**