

2011. – №2. – P. 8.

8. Halozonetic D. Three-dimensional cephalometry // Orthodont. Dentofacial Orthop. – 2006. – №2. – P. 315.

9. Jacobson A. Diagnostic value of plaster models in contemporary orthodontics // Amer. J. Orthodont. Dentofac. Orthop. – 2006. – №1. – P. 82.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-13>

УДК: 616.716.1/4-007.24-06

## ВТОРИЧНЫЕ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ



**Юлдашева Н., Кадыров Ж.**  
Ташкентский государственный  
стоматологический институт

**Резюме.** Вторичные деформации зубных рядов могут наблюдаться как при сохраненных зубных рядах в случаях множественного кариозного поражения окклюзионных поверхностей зубов, анатомически неправильном восстановлении окклюзионных поверхностей коронок жевательных зубов или их контактных поверхностей после пломбирования, так и при частичной потери зубов во всех возрастных группах. При сохраненных зубных рядах вторичные деформации чаще встречаются у молодых людей в возрасте 18-25 лет, могут появляться и у детей при несвоевременном удалении молочных зубов, кариесе, вредных привычках и др.

**Ключевые слова:** зубные ряды, дефекты, вторичные деформации.

### Secondary deformations of the dentition

Yuldasheva N., Kadyrov J.  
Tashkent State Dental Institute

**Summary.** Secondary deformations of the dentition can be observed both with stored tooth rows in cases of multiple carious lesions of the occlusal surfaces of the teeth, anatomically incorrect restoration of the occlusal surfaces of the chewing teeth crowns or their contact surfaces after filling, and with partial loss of teeth in all age groups. With preserved dental rows, secondary deformities are more common in young people aged 18–25 years, they can also appear in children with untimely removal of temporary teeth, caries, bad habits, etc.

**Key words:** dentitions, defects, secondary deformations.

Зубная дуга представляет собой единое целое, так как включает альвеолярный отросток, в котором расположены корни зубов, и имеющиеся контакты между зубами. При потере одного или нескольких зубов возникает дефект зубного ряда, при этом единство зубной дуги нарушается, в результате чего создаются новые условия для функциональной деятельности жевательного аппарата [1].

Физиологическое равновесие жевательного аппарата как устойчивость формы и функции зубочелюстной системы, жевательной мускулатуры и мягких тканей находится под постоянным влиянием морфологических, физиологических, конституциональных, эндокринных, социально-бытовых воздействий окружающей среды. Вторичные деформации как осложнения после удаления зубов могут встречаться в любом возрасте [2,14,16].

Факторами риска потери зубов чаще всего являются кариес и его осложнения (пульпит, периодонтит), заболевания пародонта, опухоли и нередко травмы вследствие несчастных случаев [7,16]. С развитием вторичных деформаций зубных рядов на фоне аномалий зубочелюстной системы патологические симптомы, свойственные аномалиям и деформациям при частичной потере зубов, суммируются [11].

Вмешательства по поводу удаления отдельных зубов сопровождаются стойкими морфофункциональными нарушениями

в зубочелюстной системе, которые характеризуются смещением отдельных зубов в разных направлениях, атрофическими или гипертрофическими процессами костной ткани альвеолярных отростков [1,2,14].

Нарушения структуры кости отмечаются не только в области удаленных зубов, но и в области их антагонистов и даже в области интактных зубов противоположной стороны челюсти, что ставит проблему лечения указанной патологии в разряд наиболее актуальных [19].

Данные о распространенности патологии значительно различаются, что обусловлено не только сроками наблюдений, но и многими другими физиологическими и социальными факторами. Возникновение деформаций после удаления зубов отмечается у 20,75% пациентов, в старших возрастных группах они встречаются у 78,6%, а при односторонних концевых дефектах у 97,3% лиц сопровождаются вторичными деформациями [15].

Вторичные деформации проявляются перемещением зубов в сторону дефекта, вертикальным перемещением зубов (феномен Попова – Годона, когда зуб, лишенный антагонистов, вертикально перемещается в дефект зубного ряда, расстояние между его окклюзионной поверхностью и альвеолярным отростком беззубого участка противоположной челюсти уменьшается, или зуб касается слизистой оболочки, наклоном зубов в язычную, небную или щечную сторону), поворотом вокруг оси, веерообразным расхождением зубов при пародонтите [3,4].

Горизонтальные вторичные деформации возникают после потери одного из рядом стоящих зубов и более, выявляются при изменении положения зубов, ограничивающих дефект. Выраженность деформации напрямую зависит от таких факторов как возраст пациента, время, прошедшее после удаления зуба, вид прикуса, состояние тканей пародонта. Вторичные деформации, осложняя клинику частичной потери зубов, затрудняют выбор и проведение ортопедического лечения, а в отдельных случаях делают его

невыполнимым [12].

Патологические изменения, происходящие в сформированном прикусе в связи с дефектами в зубных рядах, характеризуются тем, что нарушается взаимообусловленность между формой и функцией. Выявлено, что при дистально неограниченных дефектах эта система качественно изменена, что подтверждается нарушением метаболизма кальциевых солей, которое носит генерализованный характер и находится в прямой зависимости от времени, прошедшего с момента потери зубов и характера функциональных изменений [5,20].

Потеря боковых зубов при отсутствии антагонистов приводит к деформациям не только зубных рядов, но и прикуса. Одной из таких деформаций является деформация прикуса со сдвигом нижней челюсти кзади. Возникает одна из форм снижающегося прикуса. Развившаяся стадия снижающегося прикуса характеризуется локализацией патологического процесса в пределах зубных рядов и переходом его на височно-нижнечелюстной сустав. Эта патология требует длительного ортодонтического, а затем ортопедического лечения [6,18].

После раннего удаления временных зубов у детей соседние зубы корпусно наклоняются и стремятся переместиться в сторону недостающего зуба. При этом зубной ряд укорачивается и часто суживается. В связи с преждевременным удалением молочных зубов может наблюдаться также задержка прорезывания постоянных зубов или их раннее прорезывание, изменение расположения зачатков постоянных зубов. Все это приводит к деформации зубных рядов [14].

На сегодняшний день существует несколько классификаций вторичных деформаций зубных рядов. Одна из них построена по морфологическому принципу и включает в себя шесть групп:

1. Входят зубные ряды, деформация которых произошла за счет вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних зубов (одностороннего или двухстороннего).

2. Деформация за счет вертикального зубоальвеолярного удлинения нижних зубов.

3. Деформация за счет взаимного вертикального зубоальвеолярного удлинения верхней и нижней челюстей.

4. Деформация с сагиттальным смещением зубов (медиальном и дистальном).

5. Зубные ряды с язычным, небным или щечным смещением зубов.

6. Деформация, которая возникла за счет комбинированного смещения зубов (веерообразного расхождения зубов, вращения и наклона) [2,3,13].

При изучении зубочелюстных деформаций и клинических проявлений феномена Попова – Годона выделено 2 основные формы патологии: первая форма – одновременно со смещением зуба отмечается видимое увеличение альвеолярного отростка без резорбции костной ткани, обнажения корня зуба и образования периодонтального кармана. Вторая форма – смещение зуба сопровождается явлениями атрофии тканей пародонта и обнажением цемента корня. Видимое увеличение альвеолярного отростка при незначительной (в пределах 1/4) резорбции пародонта; увеличение альвеолярного отростка не отмечается, выявляется резорбция тканей пародонта на уровне половины и более. При этом различают следующие возможные направления смещения зубов: вертикальное, медиальный наклон, дистальный наклон, наклон в оральном направлении, наклон в вестибулярном направлении, комбинированное смещение [4].

В норме жевательное давление перераспределяется на весь зубной ряд. Как только возникает дефект зубного ряда, создаются условия, нарушающие нормальное распределение жевательного давления, приводит в конечном итоге к травматической перегрузке отдельных групп зубов и возникновению травматического узла [1,3].

Наблюдается при декомпенсированном состоянии пораженной зубочелюстной системы. Может быть одиночным или множественным, расположенным на одном или обоих зубных рядах. Может развиваться не только вследствие потери зубов, но и при аномалиях зубов и прикуса, апроксимальном кариесе, неправильно наложенной пломбе,

изготовлении повышающий прикус искусственной коронки, неравномерной стёртости зубов и, как правило или пародонтозе, когда внутриальвеолярная часть зуба или нескольких зубов укорачивается в результате атрофии альвеолярного отростка [13].

Отраженный травматический узел характеризуется патологическим состоянием в области фронтальных зубов, обусловленным изменениями, происходящими в обеих группах жевательных зубов. При потере жевательных зубов всё давление передаётся на область фронтальных зубов. Но при этом они должны выполнять не только функцию разжевывания пищи, но и функцию жевания. Симптомы в области фронтальных зубов – патологическая стираемость, ведущая к снижению прикуса. При резко выраженном поражении – нарушение речи, синдром Костена [11].

Основная причина патологических процессов в височно-нижнечелюстном суставе – снижение прикуса. Вторичные деформации вызывают приспособительную компенсаторную реакцию со стороны тканей ВНЧС. Клинически – артропатия (хруст, щелканье или боли в одном или обоих суставах во время жевания или разговора, иногда наблюдается ограничение открывания рта, снижение слуха, заложенность в ушах, тупые боли в области уха, иррадиирующие в теменную и затылочную области) [1,13].

С целью нормализации окклюзионной поверхности и создания правильных окклюзионных соотношений при последующем протезировании применяют: метод избирательной пришлифовки бугров; ортодонтическое лечение; аппаратно-хирургический метод – сочетание последовательной дезокклюзии с предварительной кортикотомией; хирургический метод – удаление смещенных зубов [17].

Зубные ряды представляют собой единство жевательных органов зубов, действующих в содружестве. Зуб может нормально функционировать лишь в зубной дуге, которая в свою очередь полноценно играет



роль только при ее непрерывности. Удаление даже одного зуба нарушает нормальное распределение жевательного давления, и отдельные зубы попадают в условия перегрузки. При этом жевательное давление из фактора, стимулирующего обменные процессы в пародонте, превращается в свою противоположность в фактор разрушения [8].

Деформации зубочелюстной системы как правило усиливается, их лечения становится длительным и обычно требует применения различных ортодонтических аппаратов и хирургических вмешательств. Поэтому в настоящее время ни у кого не вызывает сомнения важность и необходимость раннего выявления и лечения зубочелюстных аномалий и деформаций, а это возможно только при диспансерном наблюдении детей у стоматолога [9].

Современные аппараты эластопозиционеры различных конструкций эффективны для профилактики вторичных деформаций зубного ряда у детей в периоде раннего сменного прикуса. Своевременное проведение предортодонтической коррекции миофункциональных нарушений у детей с помощью раннего ортодонтического лечения с использованием индивидуально подобранных по размеру стандартных эластопозиционеров и миогимнастики позволяет нормализовать окклюзию зубных рядов, восстановит функцию жевательного аппарата, оптимизировать формирование зубочелюстной системы в процессе роста и развития ребенка [10].

Таким образом, вторичные деформации зубных рядов являются распространенной патологией, приводящей к нарушению всей зубочелюстной системы, которое требует рационального комплексного лечения. Все чаще ортодонтическое лечение предшествует ортопедическому, позволяя во многих случаях избежать удаления или сошлифовывания переместившихся зубов.

### Литература

1. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. – М.: Медицина, 1984. – 91 с.
2. Железная Ю.К., Железный С.П.

Вторичные деформации зубных рядов. морфофункциональная характеристика // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – №6.

3. Жулев Е.Н., Зубарева Т.О., Епифанов А.С., Лебедев Е.Г. Изучение строения лицевого скелета пациентов с аномалиями зубочелюстной системы, осложненными деформациями зубных рядов (инфраположение премоляров и моляров верхней челюсти) // Современ. пробл. науки и образования. – 2014. – №5.

4. Каплан М.З., Романова О.В., Белорус С.А., Прокопьев В.В. Альтернативный метод лечения феномена Попова – Годона // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. – Сер. Медицина. – 2012. – №3. – С. 72-75.

5. Лапина Н.В., Скорикова Л.А., Скориков Ю.В. Ортопедическое лечение больных с вторичными деформациями зубов и челюстей вследствие частичной потери зубов // Кубанский науч. мед. вестн. – 2006. – №5-6. – С. 86-87.

6. Линченко И.В. Осложненная форма частичного отсутствия зубов – деформация прикуса со смещением нижней челюсти кзади // Актуальные проблемы и достижения в медицине. – М., 2015.

7. Мунтян Л.М., Юр А.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку // Український стоматологічний альманах. – 2010. – №5. – С. 25-26.

8. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р. Вторичная деформация зубов, зубных рядов и прикуса после частичной вторичной адентии. Клиника, методы профилактики и лечения: Учеб.-метод. пособие. – Ташкент, 2016.

9. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р. Распространенность аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей сменного прикуса города Ташкента // Приоритеты фармации и стоматологии: от теории к практике: Сб. материалов 4-й науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Ташкент, 2015.

10. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А. Изучение аномалии зубочелюстной системы и профилактика

вторичных деформаций зубной дуги у детей в период сменного прикуса // Вестн. Кыргызской гос. мед. акад. им. И.К. Ахунбаева. – 2015. – №4.

11. Прялкин С.В., Борунов А.С. Нормализация окклюзии у пациентов с деформациями зубных рядов, обусловленными частичной адентией при дистальном прикусе // Современ. стоматол. – 2013. – №2. – С. 33-42.

12. Старкова А.В. Замещение включенных дефектов зубных рядов, осложненных горизонтальными вторичными деформациями, несъемно-разборным мостовидным протезом // Пермский мед. журн. – 2015. – Т. XXXII, №2. – С. 43-46.

13. Хабилов Н.Л., Нурова Ш.Н., Нуров Н.Б. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей школьного возраста Бухарской области // Междунар. журн. прикл. и фундамент. исследований. – 2015. – №12 (ч. 9). – С. 1633-1634.

14. Хорошилкина Ф.Я. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 544 с.

15. Hiidenkari T., Parvinen T., Helenius H. Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south-western Finland // Comm. Dent. Health. – 1996. – Vol. 13, №4. – P. 215-222.

16. Korotkikh N.G., Lesnykh N.N., Lesnykh N.I., Korzh G.M. Combined method for preventing alveolar process deformation after tooth extraction // Stomatologiya. – 2004. – Vol. 83, №1. – P. 23-26.

17. Kraveishvili S., Shonia N., Sakvarelidze Z., Sakvarelidze N. Prevalence and intensity of dentition defects and secondary deformations in the population of 15-40 age group // Georgian Med. News. – 2014. – Vol. 232-233. – P. 38-42.

18. Schaefer G., Pitchika V., Litzemberger F. et al. Evaluation of occlusal caries detection and assessment by visual inspection, digital bitewing radiography and near-infrared light transillumination // Clin. Oral Invest. – 2018. – Vol. 18.

19. Simon J.C., Chan K.H., Darling C.L., Fried D. Multispectral near-IR reflectance imaging of simulated early occlusal lesions: Variation of lesion contrast with lesion depth and severity // Lasers in Surg. Med. – 2014.

20. Xu F., Zhang H.X. Comparison of minimally invasive extraction and traditional method in the extraction of impacted mandibular third molar // Shanghai Kou Qiang Yi Xue. – 2016. – Vol. 25, №5. – P. 613-616.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3-14>  
УДК: 616.314.165-002(075.8)

## НОВЫЙ ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ



**Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М.**  
Ташкентский государственный  
стоматологический институт

**Резюме.** В современной стоматологической литературе (учебниках, руководствах) периодонтит представляют как воспалительное заболевание тканей пародонта в области верхушки корня зуба. Авторы считают, что такое определение не отражает сущность патологического процесса. Периодонт – это ткань, расположенная в периодонтальной щели, воспаление которой и есть периодонтит. В случаях выхода процесса за пределы периодонтальной щели в альвеолярную кость следует говорить об остите. Исходя из этого, авторами предложена новая клинико-анатомическая классификация воспалительных заболеваний периапикальных тканей.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания периапикальных тканей, периодонтит, клинико-анатомическая классификация.

**Резюмеси.** Замонавий стоматологик адабиётда (дарслик ва кулланмаларда) периодонтит илдиз чуққиси атрофидаги пародонт туқималарини яллиғланиши. Периодонт тиш катакчасида периодонтал ораликдаги туқима-уни яллиғланиши