

Промисловий нагляд
авторського права
№ 11/13

УДК 616.314-007.1

Казанова Р.В., Кузняк Н.Б., Годованець О.І., Іваніцька О.В.
Буковинський державний медичний університет,
каф. хірургічної та дитячої стоматології
(зав.- доц. Н.Б. Кузняк)
R.V. Kazakova, N.B. Kuzniak, O.I.Hodovanets', O.V. Ivaniits'ka

Тауродонтизм. Клінічний випадок

Taurodontism. A Clinical Case

РЕЗЮМЕ. Тауродонтизм – вроджена аномалія розвитку, яка характеризується вкороченням коренів зуба, збільшенням розмірів пульпової камери та її зміщенням в апікальному напрямку. Найчастіше уражаються постійні моляри. Однак, у клінічній практиці все частіше з'являються випадки ураження премолярів, іклів та інших зубів, які визначають термінами «моляризація премолярів», «премоляризація іклів».

Описаний власний клінічний випадок аномалії форми коронки нижніх премолярів у 21-річної пацієнтки, яка звернулася до лікаря-стоматолога зі скаргами на естетичний недолік.

SUMMARY Taurodontism is a congenital maldevelopment that is characterized by a shortening of the dental teeth, an enlargement of the pulp chamber and its displacement in the apical direction. Permanent molars are affected most frequently. However, cases of affected premolars, canines and other teeth described by such terms as «premolar molarization», «canine premolarization» occur more often in clinical practice. An author's own clinical case of an anomaly of the shape of the crown of the lower bicuspid is described in a 21 year-old female patient who consulted a stomatologist with complaints about her esthetic shortcoming.

КЛЮЧОВІ СЛОВА аномалії форми та розмірів зубів, тауродонтизм
KEY WORDS anomalies of dental shape and sizes, taurodontism

Вступ

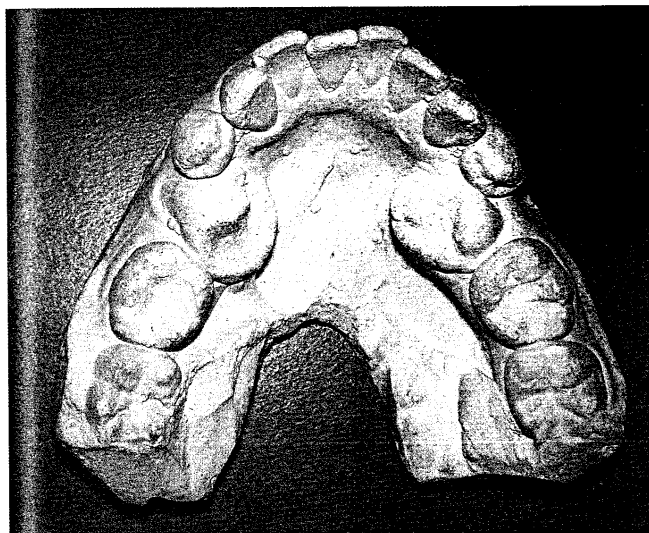
Тауродонтизм (taurodontism – «бичачі» зуби) – вроджена аномалія розвитку, яка характеризується вкороченням коренів зуба, збільшенням розмірів пульпової камери та її зміщенням в апікальному напрямку [1, 2, 5]. При цьому фуркація коренів може знаходитися на середині їх довжини (mesotaurodontism), в апікальній третині, або взагалі бути відсутньою (hypertaurodontism). Як правило, тауродонтизм зустрічається як ізольована аномалія зі спадковою схильністю, а також як

один із симптомів різних синдромів, наприклад, синдрому Дауна, Кляйнфельтера та ін. Описані станни, що супроводжують тауродонтизм: вітамін-D-резистентний рахіт, вітамін-D-дефіцитний рахіт, гіпофосфатазія, деякі форми недосконалого дентиногенезу, амелогенезу.

Найчастіше уражаються постійні моляри. Однак, у клінічній практиці все частіше з'являються випадки ураження премолярів, іклів та інших зубів, які описують термінами «моля-



Мал. 1.
Нижні другі премоляри.
Пацієнтка Х., 21 рік.

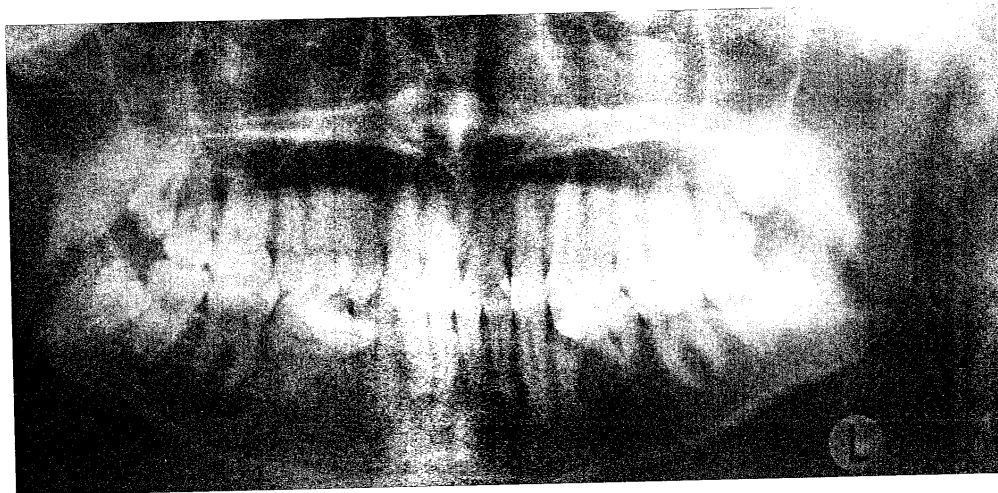


Мал. 2.
Деформація нижнього
зубного ряду. Пацієнтка Х., 21 рік.

ризація премолярів», «премоляризація іклів» тощо. Чи можливо поєднати ці аномалії? Питання залишається відкритим, оскільки етіологія та патогенез тауродонтизму до цього часу вивчені недостатньо. Основною причиною появи зубів із спотвореною формою вважається порушення формування зубного зачатка як генетично детермінованої ознаки [3] чи внаслідок дії терато-

генних факторів: інфекційних, у тому числі венеричних захворювань батьків та дитини, загальносоматичної патології, радіаційного опромінення тощо. У літературі описані випадки формування даної патології в дітей при опроміненні та/чи хіміотерапії пухлин голови та шиї під час розвитку зуба [3–5]. Згідно з МКХ 10 тауродонтизм відносять до аномалій розмірів та фор-

ми зубів (K 002): зуби із спотвореною чи бочкоподібною формою. Найінформативнішими параклінічними методами для верифікації діагнозу є рентгенологічні дослідження, за допомогою яких можна визначити кількість аномальних зубів у щелепах, стан їх кореневої системи (сформованість, резорбція, форма коренів), величину та форму пульпових камер, наявність патологічних змін



Мал. 3. Ортопантомограма. Пацієнтка Х., 21 рік.

тканин пародонту. За даними електроодонтодіагностики реєструють знижену чутливість пульпи зуба. Тактика лікування даної патології залежить від низки обставин: віку пацієнта, кількості зубів аномальної форми, їх величини та розташування у зубній дузі, наявних зубощелепних аномалій.

Клінічний випадок

Пацієнтка Х., 21 рік. Звернулася до

лікаря-стоматолога зі скаргами на естетичний недолік. Соматичний стан без особливостей. Спадковий анамнез не обтяжений. Об'єктивно: обличчя симетричне, пропорційне, без видимих патологічних змін. При внутрішньоротовому огляді виявлено змінені коронки нижніх других премолярів: збільшені у розмірах, атипові, більше нагадують коронки третіх молярів (мал. 1). Змикання зубів – І клас за Енглеом, глибоке різцеве перекриття, дефор-

мація нижнього зубного ряду, скупченість фронтальної ділянки нижньої щелепи.

На панорамній рентгенограмі діагностовано вкорочені корені нижніх других премолярів, пульпова камера широка з кількома рогами (молярноподібна) (мал. 3).

План лікування: санація порожнини рота, видалення нижніх других премолярів, застосування еджуайз-техніки для усунення зубощелепної деформації.

Література

1. Дмитриенко С.В. Анатомия зубов человека / С.В. Дмитриенко, А.И. Краюшкин, М.Р. Салин. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2000. – 196 с.
2. Терапевтическая стоматология детского возраста / [Л.А. Хоменко, Ю.Б. Чайковский, А.В. Савичук и др.]; под ред. Л.А. Хоменко. – К.: Книга плюс, 2007. – 816 с.
3. Apajalahti, S. Short root anomaly in families and its association with other dental anomalies / Apajalahti, S., Arte, S., Pirinen, S. // *European Journal of Oral Science*. – 1999. – Vol. 10. – P. 97–101.
4. Root-crown ratios of permanent teeth in a healthy Finnish population assessed from panoramic radiographs / P. Holttä, M. Nystrom, M. Evalahti, S. Alaluusua // *European Journal of Orthodontics*. – 2004. – Vol. 26. – P. 491–497.
5. Schalk-van der Weide, Y., Steen, W. H. A., Bosman, F. Taurodontism and length of teeth in patients with oligodontia / Y. Schalk-van der Weide, W.H.A. Steen, F. Bosman // *Journal of Oral Rehabilitation*. – 1993. – Vol. 20. – P. 401–412.
6. Thongudomporn U. Prevalence of dental anomalies in orthodontic patients / U. Thongudomporn // *Australian Dental Journal*. – 1998. – Vol. 43(6). – P. 395–398.