

Ретенція фронтальної групи зубів



Як відомо з досліджень багатьох авторів, зубощелепні аномалії спостерігаються в середньому в 35 % населення. У структурі аномалій розвитку зубощелепної системи однією з найбільш поширених є атипове положення і порушення термінів прорізування зубів – їх ретенції.

Ретенованим прийнято називати зуб, якщо до моменту формування двох третин кореня зуб не зайняв своє місце в зубній дузі і коронка зуба залишається в товщі кістки на певному віддаленні від поверхні альвеолярного гребеня, тоді як зуб мав вже прорізатися.

За даними різних авторів, найчастіше зустрічається ретенція іклів (+/- 70 %), рідше – ретенція центральних різців (+/-22 %) і ще рідше – бічних різців.

Ретенованими частіше бувають окремі зуби, але зустрічаються випадки множинної ретенції. У більшості випадків ретеновані зуби, особливо різці і ікла, слід зберігати, оскільки вони мають велике значення для зовнішнього вигляду зубного ряду, оклюзії і правильного росту альвеолярного гребеня. Глибоко розташовані ретеновані зуби можуть залишатися в щелепі тривалий час. Якщо вони не чинять тиску на корені сусідніх зубів, не викликають їх резорбції або зміщення, не є причиною невралгічних болів, оголяти такі зуби не завжди показано.

Чинники, які перешкоджають прорізуванню зубів, можна розділити на загальні і місцеві. У багатьох випадках є комбінація

декількох чинників. Це може бути і неправильна орієнтація зубного зачатка, брак місця в зубному ряду, запальні процеси в ділянці коренів молочних зубів, передчасне видалення молочних зубів, макродентія, анкілоз зуба в результаті травми чи хірургічного втручання; значну роль у порушенні прорізування грає і спадковість. Тому при обстеженні необхідно ретельно перевірити пацієнта на наявність аномалій, які можуть перешкоджати прорізуванню зубів.

Автори: А. І. Черба, щелепно-лицьовий хірург; Е. Ю. Кітаєва, лікар-ортодонт

Лікування пацієнтів з ретенцією іклів на верхній щелепі

Хірургічне відкриття ретенованого ікла – один з найважливіших етапів комплексного лікування пацієнтів з ретенцією іклів на верхній щелепі. Останнє залежить від віку пацієнта, розташування ретенованого зуба, наявності для нього місця в зубному ряду. При оголенні коронки ретенованого ікла на верхній щелепі і видаленні супутніх утворень (надкомплектний зуб, одонтома) хірурга в першу чергу цікавлять наступні чинники: локалізація, анатомічні особливості кровопостачання, іннервація, глибина розташування.

При плануванні лікування пацієнтів з ретенцією іклів ми використовуємо стандартний алгоритм. Розкриття ретенованого зуба і установка незнімного ортодонтичного апарату. Ретенція іклів, як правило, зустрічається в комплексі з іншими ортодонтичними аномаліями. Завдання ортодонта полягає у виправленні всіх аномалій і отриманні оптимальних функціонального і естетичного результатів. Ортодонтичний апарат повинен забезпечувати вирівнювання і усунення ротації усіх зубів на верхній щелепі, контролювати рух коронок і коренів на верхній щелепі і підготувати місце для ретенованого зуба. Оптимальна ортодонтична конструкція – брекет-система.

На першому етапі використовуються легкі вирівнювальні дуги (нікель-титанові). Потім встановлюємо жорсткіші дуги і пружини для створення додаткового місця для ретенованого ікла і для досягнення щільних контактів між іншими зубами верхньої щелепи. Після підготовки жорсткої опори використовуються додаткові пристосування, починається витягнення з малими постійними зусиллями. Потім робиться остаточна

деталізація положення ретенowanego зуба і усунення супутніх аномалій оклюзії.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування пацієнтів з ретенцією іклів на верхній щелепі з використанням незнімної ортодонтичної конструкції.

Матеріали і методи дослідження

Для виконання поставлених завдань було обстежене і узятє на лікування 26 пацієнтів у віці від 12 до 45 років з діагнозом: ретенція іклів на верхній щелепі. З них з діагнозом «вестибулярна ретенція іклів» 10 пацієнтів (38 %), з діагнозом «піднебінна ретенція іклів» 16 пацієнтів (62 %).

У пацієнтів з вестибулярною ретенцією ікла на верхній щелепі (10 людей) затримка зміни молочних іклів спостерігалася в 6 пацієнтів (60 %), адентія латеральних різців у 2 пацієнтів (20 %). Двостороння вестибулярна ретенція виявлена в 2 пацієнтів (20 %).

У пацієнтів з піднебінною ретенцією іклів на верхній щелепі (16 людей) затримка зміни молочних іклів спостерігалася в 12 (75 %), адентія латеральних різців у 4 (25 %).

Наявність зачатків надкомплектних зубів у ділянці ретенowanego ікла відмічена в одного пацієнта. Двостороння піднебінна ретенція іклів виявлена в 2 пацієнтів.

Пацієнти з діагнозом «піднебінна ретенція іклів на верхній щелепі» були додатково розділені на дві окремі групи, оскільки розташування ікла може сильно варіюватися і стратегія лікування залежить від його локалізації. Коронка іклів у пацієнтів 1-ої групи розташовувалася не вище за рівень половини довжини кореня різця, коронка іклів 2-ої групи хворих розташовується вище за рівень половини довжини кореня різця.

Проведений аналіз 42 ортопантомаграм, виконано 10 прицільних внутрішньоротових рентгенограм, 4 оклюзійних рентгенограми.

Зроблено хірургічне розкриття 28 коронок ретенowanych іклів, з них вестибулярно ретенowanych 10, піднебінно ретенowanych 16.

Ортодонтичне витягування ініційоване 28 ретенowanними іклами на верхній щелепі. Під час ортодонтичного лікування 28 ретинованих іклів встановлено в зубний ряд, нормалізоване

положення зубів і форма зубних рядів. Супутні аномалії оклюзії склали 91 % від загальної кількості. У 2 пацієнтів у віці старше 30 років ретенції іклів на етапі ортодонтичного витягування був поставлений діагноз «анкілоз* ретенуваного ікла». Діагноз встановлювали на підставі відсутності переміщення ікла впродовж 6 місяців активної ортодонтичної екструзії, виникнення деформації оклюзійної площини, зміщення поруч розташованих зубів. Анкілозовані ікла були видалені, проведено ортодонтичне лікування супутніх аномалій оклюзії, підготовлений простір для протезування відсутнього ікла з використанням методу імплантації.

На моделях визначали:

- величину, форму, положення окремих зубів;
- форму і розміри зубних рядів у трьох взаємно перпендикулярних площинах;
- тип змикання зубних рядів;
- наявність діастем, трем;
- форму латерального різця;
- наявність затримки зміни молочних іклів.

При вивченні діагностичних моделей щелеп були застосовані методи Пона і Коркхауза.

У пацієнтів з діагнозом «вестибулярна ретенція іклів на верхній щелепі» звуження верхнього зубного ряду в ділянці премолярів і молярів виявилось в 8 людей (53 % випадків), розширення – у 7 пацієнтів (46 % випадків). Укорочення передньої ділянки зубної дуги зустрічалося в 12 пацієнтів (80 %).

У 7 пацієнтів з піднебінною ретенцією іклів верхньої щелепи укорочення передньої ділянки зубної дуги спостерігалось в 92 % випадків. Розширення зубного ряду в ділянці премолярів і молярів спостерігалось в 19 пацієнтів (62 %), звуження в 9 пацієнтів (29 %).

Отримані дані свідчать про підтвердження теорії виникнення ретенції іклів на верхній щелепі, за якою однією з причин виникнення вестибулярної ретенції іклів є звуження зубних рядів, а піднебінної ретенції – їх розширення.

Таким чином, ортодонтичне лікування ретенції іклів верхньої щелепи можна проводити в будь-якому віці за відсутності

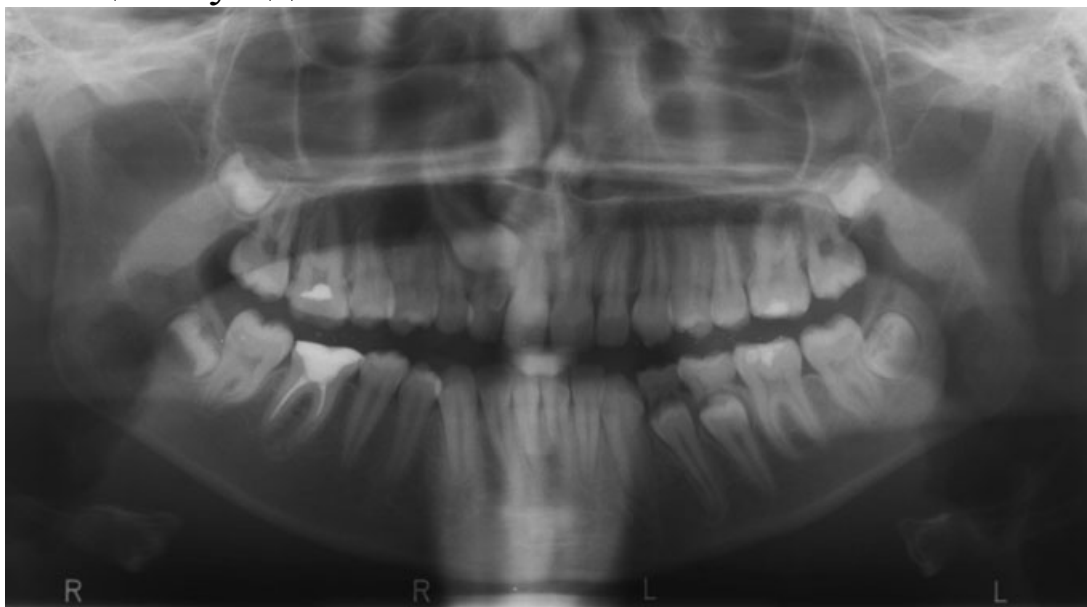
протипоказань і після проведення детального діагностичного обстеження.

Стратегія ортодонтичного лікування ретенції іклів на верхній щелепі залежить від локалізації ретенованого ікла, розташування його відносно зубів, що стоять поруч, стану тканин, що оточують ретеноване ікло.

Показаннями до ортодонтичного лікування пацієнтів з ретенцією іклів на верхній щелепі є зміщення в мезіодистальному напрямі відносно верхнього зубного ряду з вестибулярного чи піднебінного боку, за відсутності резорбції коренів поруч розташованих зубів і при значенні кута нахилу ретенованого ікла до середньої лінії не більше 500.

Клінічний випадок

Тривалість лікування – 9 місяців. Розкриття ретенованого зуба, установка незнімної ортодонтичної конструкції, на верхню щелепу одномоментно.



*Мал. 1.
ОПТГ
діагнос-
тична*



*Мал. 2.
ОПТГ
на ета-
пі орто-
донтич-
ного лі-
кування*



*Мал. 3.
Почат-
кова клі-
нічна
картина*



*Мал. 4.
Почат-
кова клі-
нічна
картина*



*Мал. 5.
Почат-
кова клі-
нічна
картина*



Мал. 6. Через 9 місяців на етапі ортодонтичного лікування



Мал. 7. Через 9 місяців на етапі ортодонтичного лікування

Автори: М. М. Хацаєва, лікар-ортодонт; Т. М. Хацаєва, лікар-ортодонт

* **Анкілоз зуба** – захворювання, при якому зубний корінь зростається з альвеолою (заглибленням у щелепній кістці, де розташований зуб)