

А. С. Кулиш,  
В. И. Остряко

# ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ КЛЫКА С ПОМОЩЬЮ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ

Пациент Ф.М., 18 лет, обратился с жалобами на эстетический дефект зубных рядов (скученность) (рис. 1).

После объективного обследования были проведены дополнительные рентгенологические методы обследования — ОРПТ, ТРГ, рентгенография твердого неба вприкус в аксиальной проекции (рис. 2, 3, 4).

**Диагноз:** зубоальвеолярный и скелетный I Класс; сужение в.ч. в боковых участках; смещение средней линии в.ч. (3-4 мм вправо); скученность зубов в.ч.

и н.ч.; ретенция 13 зуба (в небном положении, 100% дефицит места в зубном ряду); ретенция 18, 28, 38, 48 зубов; микроденития 12 и 22 зубов.

## Варианты лечения

### С удалением:

1. Удаление 13 зуба, выравнивание зубных дуг в.ч. и н.ч., раскрытие промежутка на месте 13 зуба для коррекции средней линии с последующим протезированием (мостовидным протезом

или адгезивной конструкцией) или имплантацией.

2. Удаление 13 зуба, выравнивание зубных рядов в.ч. и н.ч., мезиализация боковой группы зубов в.ч. справа (установка моляров по II Классу) для коррекции средней линии в.ч.; реставрация (трансформация 14 зуба в 13).

3. Удаление 14 зуба, выравнивание зубных рядов в.ч. и н.ч., хирургическое раскрытие коронки 13 зуба и ортодонтическое вытяжение его в зубной ряд, мезиализация правой боковой группы зубов в.ч. (установка моляров по II Классу, клыков по I Классу).

4. Удаление 14, 24, 34, 44 зубов (или 14, 24, 35, 45 зубов), раскрытие и выведение в зубной ряд ретенированного 13 зуба, коррекция зубных рядов и дифференцированное закрытие промежутков (установка клыков и моляров по I Классу).



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

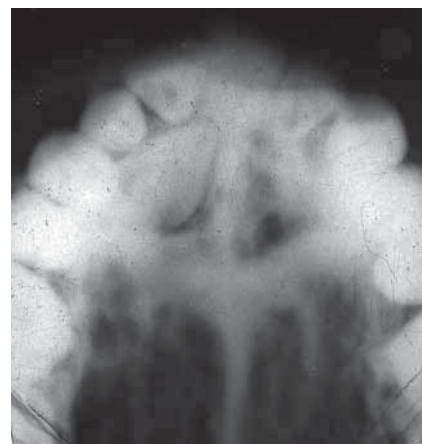


Рис. 4.

**Без удаления:** раскрытие промежутка в зубном ряду для 13 зуба, хирургическое открытие и ортодонтическое вытяжение в зубной ряд ретенированного 13 зуба, коррекция зубных дуг, консолидация прикуса (установка клыков и моляров по I Классу).

Учитывая, что по данным ортопантомографии имеются показания к удалению 18, 28, 38, 48 зубов из деонтологических соображений пациенту не стали предлагать план лечения с удалением пяти (13 или 14, 18, 28, 38, 48) или восьми (14, 24, 35, 45, 18, 28, 38, 48) зубов, и был выбран вариант лечения без удаления премоляров или клыка.

**Начало лечения:** установлена брекет-система в.ч. Damon 3 (рис. 5). Была выбрана пропись брекетов с «низким торком» резцов (центральные и боковые резцы в.ч 7° и 3°, резцы н.ч. -6°) для компенсации возможной тенденции к прорузии при исправлении выраженной скученности. Начато раскрытие промежутка на месте 13 зуба (рис. 5, 6).

Хирургическое раскрытие коронки ретенированного клыка проводилось под инфльтрационной анестезией пу-

тем отслаивания и эктомии слизисто-надкостничного лоскута в проекции 13 зуба. Через 2 дня после этого на открытую поверхность 13 зуба зафиксирована кнопка с петелькой, подвязанная лигатурой к индивидуально изогнутой дуге (SS 0,019x0,025) с небной пружинящей петлей (рис. 7). Таким образом производилось вертикальное вытяжение зуба.

Перемещение 13 зуба в зубной ряд производилось лигатурным подвязыванием к NiTi основной дуге с пружиной (рис. 9) и позднее, — использовании дополнительной NiTi-дуги в сочетании с жесткой стабилизирующей дугой (SS 0,019x0,025) (рис. 10, 11).

По мере приближения 13 зуба к альвеолярному гребню происходило самостоятельное обнажение его вестибулярной поверхности.

На завершающих этапах лечения был установлен комплектный брекет на 13 зуб (рис. 12), проводилась детализация и консолидация прикуса.

Рис. 13 — лечение завершено, снята ортодонтическая аппаратура, установлены несъемные ретейнеры в.ч. и н.ч. Продолжительность активного лечения — 30 месяцев.

**Конечный результат** можно было улучшить за счет сепарации зубов н.ч. или расширения фронтального участка в.ч. и реставрации 12, 22 зубов (от чего пациент отказался). Бугорково-бугорковое смыкание в трансверзальной плоскости в области моляров и тенденция к перекрестному (буккальному) соотношению связана с анатомически непропорционально крупными нижними 36 и 46 зубами.

Данный клинический случай не является на 100% прогнозируемым. Всегда в подобных ситуациях необходимо учитывать возможные риски множества факторов: первичный и приобретенный анкилоз ретенированного зуба, резорбция корней ретенированного или соседних зубов, некроз пульпы вследствие обрыва сосудисто-нервного пучка при перемещении на значительное расстояние, повреждение слизистой оболочки (рецессия краевой десны или локализованный пародонтит), невозможность вытяжения ретенированного зуба по причине его экстремально неблагоприятного расположения в кости.



Рис. 5.



Рис. 8.



Рис. 6.



Рис. 9.



Рис. 7.







Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.

В первичном плане лечения желательно исключить необратимые тактические ходы. Проведение ортодон-

тических мероприятий должно быть таким, чтобы оставались альтернативные пути решения вопроса в случае

невозможности реализовать изначально задуманное.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уильям Р.Профит. Современная ортодонтия. 2006, С.418-422.
2. Смарагда Кавадиа-Цатала, Лазарос Тсаликис, Элефтериос Дж.Какламанос, Сосани Сидиропулу, Константинос Антониадес. Ортодонтические и пародонтологические аспекты лечения зубов со значительной задержкой прорезывания. Ortho IQ, №2, 2006, С.48-55.
3. Альберто Каприоглио, Ли Сиани, Клаудиа Каприоглио. Направленное прорезывание ретинированных небно клыкков с помощью нового аппарата под контролем трехмерной компьютерной томографии. Ortho IQ, №4, 2009, С.9-24.
4. А.С.Кулиш, В.И.Остряноко. «Вторичная ятрогенная адентия клыка. Парный случай». Сучасна ортодонтия, №2, 2009, С.23-25.
5. Дорошенко С.И., Кульгинский Е.А. «Ретенция зубов мудрости и врачебная тактика при их лечении». Сучасна ортодонтия, №1, №2, №3, 2009.