

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ И ТИПАМИ РЕТЕНЦИИ ЗУБОВ

Ключевые слова: ретенция, прорезывание, лечение.

Keywords: delay, eruption, treatment.

Задержка прорезывания зубов довольно распространенная зубочелюстная аномалия. В ретенции могут находиться как отдельные зубы, так и группа зубов. Задержка прорезывания отдельных зубов встречается чаще и составляет 1,4%-8,0% от общего количества обследованных [1, 2, 3, 4, 5]. Множественная, а особенно полная ретенция зубов наблюдаются значительно реже и обусловлены, главным образом, наличием у пациентов системных заболеваний организма разного происхождения [6, 7, 8, 2, 9, 10, 11 и др.].

Ныне существует целый ряд теоретических положений относительно объяснения процесса прорезывания зубов, клинически определены факторы, которые могут отрицательно повлиять на этот процесс. Тем не менее, ни одно из них не может объяснить такое явление, как множественная и полная ретенция зубов.

Специалистами детально изучены и определены клинические формы ретенции в зависимости от положения ретенированных зубов в челюстных костях относительно оси их прорезывания [12, 13 и др.]. Разработаны и предложены методы лечения, т.е. выведения зубов из ретенции, а именно: протетический — съемный зубной протез или раздражающая пластинка [12 и др.]; аппаратно-хирургический [14, 15 и др.], хирургический [16, 13, 17, 18 и др.]; физиотерапевтический — для стимуляции прорезывания зубов [19, 2 и др.], и различные их сочетания. Однако, выделенные авторами формы ретенции зубов и способы их лечения касаются главным образом ретенции одиночных зубов.

Вместе с тем, ретенция значительно количества зубов остаётся и на сегодня вне поля зрения стоматологов. За последние годы в ортодонтической практике участились случаи обращения пациентов с такой тяжелой зубочелюстной аномалией, которая является одним из симптомов системных заболеваний организма человека преимущественно наследственного генеза, и тре-

бует взвешенного подхода в выборе метода лечения.

Поэтому вопросы, касающиеся повышения эффективности лечения пациентов с ретенцией зубов с учетом их количества остаются актуальными и в настоящее время.

Цель исследования: разработка рациональных способов лечения пациентов с различными типами и формами ретенции зубов.

Материал и методы исследования

На ортодонтическое лечение было принято 148 пациентов с ретенцией зубов в возрасте от 2 до 17 лет, из них 56 (37,84%) лиц мужского пола и 92 (62,16%) женского пола. Обследование пациентов проводилось по общепринятой методике.

При сборе анамнестических данных выясняли наличие системных заболеваний и ретенции зубов у близких родственников пациента.

При клиническом обследовании обращали внимание на причины возникновения ретенции зубов (как общие, так и местные); в частности воспалительные процессы и преждевременное удаление временных зубов, аномалии размера и формы зубов, наличие сверхкомплектных зубов и задержавшихся временных зубов в зубной дуге или их раннее удаление, травматические повреждения зубочелюстной области и хирургические вмешательства, наличие кист, дефицит места в зубной дуге, несоответствие между величиной зубов и величиной челюстей, скученность зубов, деформация зубного ряда и т.п. Кроме того, изучали количество ретенированных зубов, форму и размеры, групповую принадлежность, положение их в зубной дуге. Наряду с этим определяли форму зубных дуг и вид прикуса, состояние слизистой оболочки полости рта, а также тип лица, его пропорциональность и размеры. Межальвеолярное пространство по вертикали измерялось с помощью окклюзионного оттиска на участке ре-

тенированного зуба (декларационный патент Украины на полезную модель № 51988 от 10.08.2010 г., см. «Современная ортодонтия» № 1 (15) 2009 г.).

Для определения количества ретенированных зубов, глубины залегания и расположения их в челюстных костях, а также степени развития и взаимоотношения челюстей в черепе проводились рентгенографические исследования (прицельная и аксиальная рентгенография, ортопантомография, компьютерная томография и телерентгенография по показаниям). Всего было получено 160 рентгенограмм.

На ортопантомограммах изучался угол наклона продольной оси ретенированных зубов относительно плоскости основания соответствующих им челюстей, направление пути их прорезывания. На компьютерной томограмме определяли расположение ретенированных зубов относительно зубного ряда в вестибуло-оральном направлении и т.д. Расшифровку телерентнограмм осуществляли по методу Schwarz (1962).

Изучение формы зубных дуг и прикуса, а также наличие места в зубной дуге для ретенированных зубов проводилось как в полости рта, так и на диагностических моделях. Ширину зубной дуги определяли по методу Долгополовой и Пона, а длину — по методу Корггауза. Всего было получено 105 пар диагностических моделей, на которых проведено 568 антропометрических измерений.

При установлении формы ретенции зубов пользовались классификациями В.П. Неспрядько (1985), Ф.Я. Хоршилкиной, Е.Ф. Проскурина (1977) и С.И. Дорошенко (1991).

Все пациенты были распределены на три основные группы с учетом количества ретенированных зубов:

- I группа (109 человек) с частичной ретенцией;
- II группа (36 человек) с множественной ретенцией;
- III группа (3 пациента) с полной ретенцией зубов.

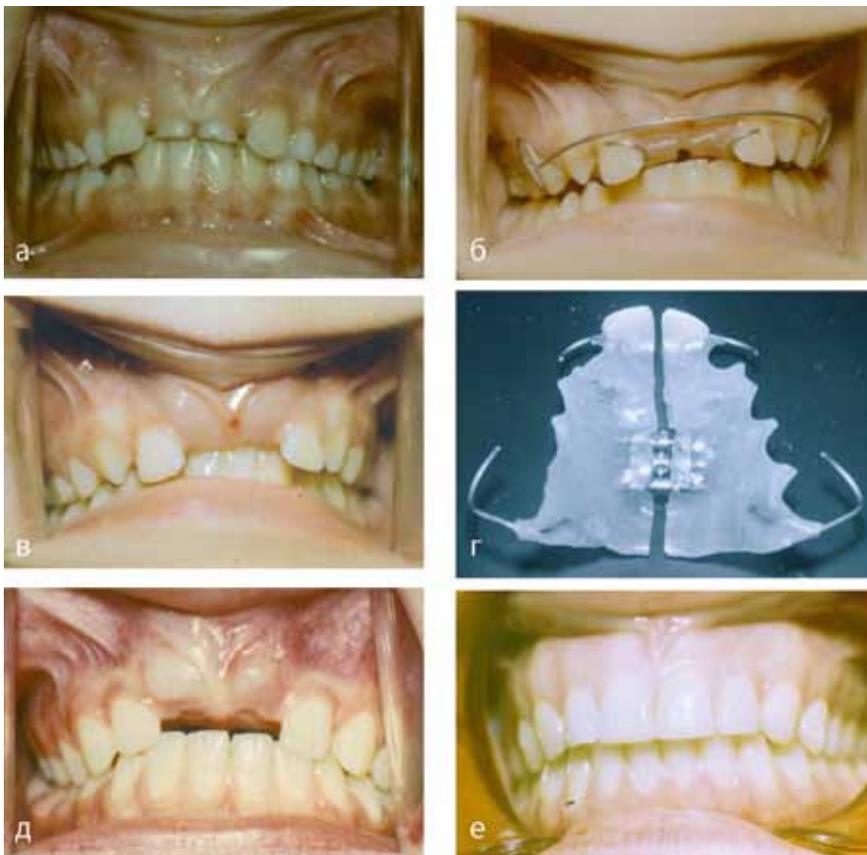


Рис. 1. Фото полости рта больного Пр-ло А. с ретенцией верхних центральных резцов: а — в 10 лет с задержавшимися временными верхними резцами; б — после удаления временных зубов и сдачи аппарата; в — через 6 месяцев после изготовления аппарата-протеза с искусственными зубами; г — конструкция аппарата-протеза и состояние альвеолярного отростка после его снятия — д; е — полость рта в 12 лет



Рис. 2. Пациентка К-ва С., 12 лет. Диагноз: ретенция 13 и 23 зубов, обусловленная полным отсутствием места для них в зубной дуге. Фото моделей челюстей до начала лечения (а, б) и полости рта на этапе лечения (в-е)

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что лечение ретенции зубов довольно сложный, иногда многоэтапный процесс, эффективность которого зависит не только от правильной постановки диагноза, но и от выбора наиболее рационального метода его проведения.

Лечение пациентов с частичной ретенцией зубов

Лечение пациентов I группы, т.е. с частичной ретенцией зубов планировалось с учетом возраста пациента и групповой принадлежности ретенированных зубов, а также, как отмечалось выше, причин ретенции, глубины залегания в челюстных костях, направления оси прорезывания и др.

По данным клинических наблюдений чаще всего в ретенции находились клыки (48%), центральные и латеральные резцы — 24% и 15% соответственно, 13% — премоляры и иногда моляры.

При ретенции передних постоянных зубов, обусловленной задержкой временных, удаление последних, с эстетической точки зрения, проводилось лишь после создания места в зубном ряду для постоянных резцов и клыков. В случаях дефицита места до 50% применялись съемные аппараты, в конструкции которых предусматривалось использование таких механических элементов, как винты и омегаобразные петли по Коффину для расширения зубных дуг. С появлением достаточного места для ретенированных постоянных зубов задержавшиеся временные зубы удаляли, а в тот же ортодонтический аппарат вваривали искусственные зубы, либо изготавливали новый. При этом на данном участке перекрывали полностью альвеолярный отросток для стимуляции прорезывания ретенированных зубов. Сдачу аппарата проводили через 2 часа после удаления временных зубов. Это осуществлялось с целью предупреждения образования значительной костной прослойки над ретенированным зубом. Изготовленный съемный аппарат-протез выполнял функцию раздражающей пластинки и обеспечивал эстетический оптимум, что очень важно было не только для взрослого пациента, но и для ребенка (рис. 1).

В случаях дефицита места больше 50% или почти полного его отсутствия для ретенированных зубов, особенно клыков, мы не всегда прибегали к удалению премоляров, а создавали им место с помощью таких же съемных ортодонтических аппаратов. Но, как показали наблюдения, это возможно осуществить лишь в раннем возрасте (до 14 лет), реализуя биологическую потенцию ро-



Рис. 3. Пациентка В-к С., 14 лет. Диагноз: Ретенция 13, 23 зубов, при задержавшихся в зубном ряду временных клыках, тортоокклюзия 15 зуба. Состояние полости рта до начала лечения (а-г)



Рис. 4. Пациентка В-к С., 14 лет (продолжение). Состояние полости рта на этапах лечения: через 1 (а — удален 63 зуб, фиксирована брекет-система), 3 (б), 4 (в — удален 53 зуб), 5 (г — приложение ортодонтической силы к ретенционному 13 зубу) и 12 месяцев после начала лечения (д-з)

ста челюстей. Лечение таких пациентов проводилось поэтапно и было более продолжительным (иногда до 4-х лет), однако менее травматичным. Право выбора оставалось за родителями детей, которые нередко отказывались удалять постоянные зубы. Пример такого лечения представлено на рис. 2.

У пациентов более старшего возраста (17-летних) чаще использовалась несъемная техника — брекет-система. Спустя 2 месяца после фиксации брекетов и коррекции положения отдельных зубов с целью создания места в зубном ряду для ретенционных зубов, удалялись задержавшиеся в зубной дуге временные зубы. Одновременно с удалением временного зуба создавался хирургический доступ к ретенционному постоянному зубу. После раскрытия доступа к ретенционному зубу накладывали тампон на раневую поверхность, который удалялся на второй день с последующей фиксацией зацепного элемента (рис. 3, 4).

В зависимости от уровня расположения ретенционных зубов относительно альвеолярного гребня тактика лечения была различной. В случае размещения ретенционных зубов под слизистой оболочкой или прорезывания их хотя бы одним бугорком, проводилось отсечение последней с помощью электрофульгурации с последующим фиксированием зацепного элемента (ортодонтической кнопки или брекета). Необходимо отметить, что электрофульгурация обеспечивала надежный гемостаз и позволяла провести фиксацию зацепного элемента без использования дополнительных гемостатических средств. При размещении ретенционного зуба в костной ткани ближе к верхушке альвеолярного отростка с целью стимуляции его прорезывания применялись, как уже упоминалось выше, различные ортодонтические или ортопедические аппараты-протезы.

При глубоком расположении ретенционного зуба, т.е. ближе к основанию челюсти, пациентам проводились более сложные хирургические вмешательства.

Клинические наблюдения показали, что ретенционные зубы являются частым спутником разных аномалий прикуса. В этих случаях проводилось выведение ретенционных зубов одновременно с коррекцией межкклюзионных соотношений. Таким пациентам назначались преимущественно съемные ортодонтические аппараты, в которых кроме стандартных элементов включались также вспомогательные (крючки, петли) для осуществления ортодонтического усилия с целью ускорения процесса прорезывания ретенционных зубов.

Ретенция центральных резцов чаще всего была обусловлена наличием сверхкомплектных зубов, а также патологически измененной слизистой оболочкой на этом участке вследствие давней травмы, раннего удаления временного зуба и т.п. Ретенция премоляров встречалась чаще всего при дефиците места или наличии задержавшихся в зубной дуге временных зубов, а моляров — вследствие отсутствия места для их прорезывания по вертикали.

Однако, нередко в клинике выявлялось несколько причин ретенции постоянных зубов, особенно центральных резцов. Сверхкомплектные ретенцированные зубы служили причиной не только ретенции постоянных зубов, но и задержки в зубном ряду временных (рис. 5).

Лечение в таких случаях также проводилось поэтапно. В день удаления задержавшегося временного зуба сдавал-

ся ортодонтический аппарат-протез для стимуляции прорезывания ретенцированных сверхкомплектных зубов и расширения зубного ряда. После частичного прорезывания сверхкомплектного зуба он удалялся, и через 2 часа фиксировался во рту новый аппарат или адаптировался старый с дополнительным включением искусственных зубов для стимуляции прорезывания ретенцированного центрального резца.

При ретенции зуба, обусловленной рубцовоизмененной слизистой оболочкой в результате травмы, лечение заключалось в деструкции — электрофульгурации десны на данном участке (рис. 6).

При отсутствии межальвеолярного пространства в ретромолярной области для прорезывания первых постоянных моляров по вертикали, что служило причиной их ретенции или полуретенции, тактика лечения пациентов состояла в следующем. Сначала проводилось протезирование тонкостенными индивидуальными металлическими коронками с целью сохранения разрушенных временных моляров и восстановление высоты их коронковой части для обеспечения условий реализации второго этапа физиологического подъема высоты прикуса. Если этого оказывалось недостаточно, дополнительно изготовлялась каппа для разобщения прикуса, которой пользовался пациент до полного прорезывания моляров. Таким же образом создавалось место по вертикали для прорезывания вторых постоянных моляров (рис. 7).

Лечение пациентов с множественной ретенцией зубов

При множественной ретенции, обусловленной наличием сверхкомплектных зубов, лечение пациентов состояло в следующем. Сверхкомплектные зубы, если они прорезались хотя бы частично бугорком (а они чаще были конической формы) или уже вышли из кости и находились под слизистой оболочкой, подлежали удалению. Однако перед удалением изготавливали предварительно ортодонтический аппарат-протез, в конструкцию которого были включены искусственные зубы. После удаления сверхкомплектных зубов в тот же день — через 2 часа после гемостаза лунки, проводили наложение ортодонтического аппарата. При необходимости создания большего места для прорезывания постоянных комплектных зубов в аппарате предусматривался винт. Такой аппарат-протез выполнял одновременно роль раздражающей пластинки, а также пролонгировал асептический воспалительный процесс, подобный такому, который возникает при ком-

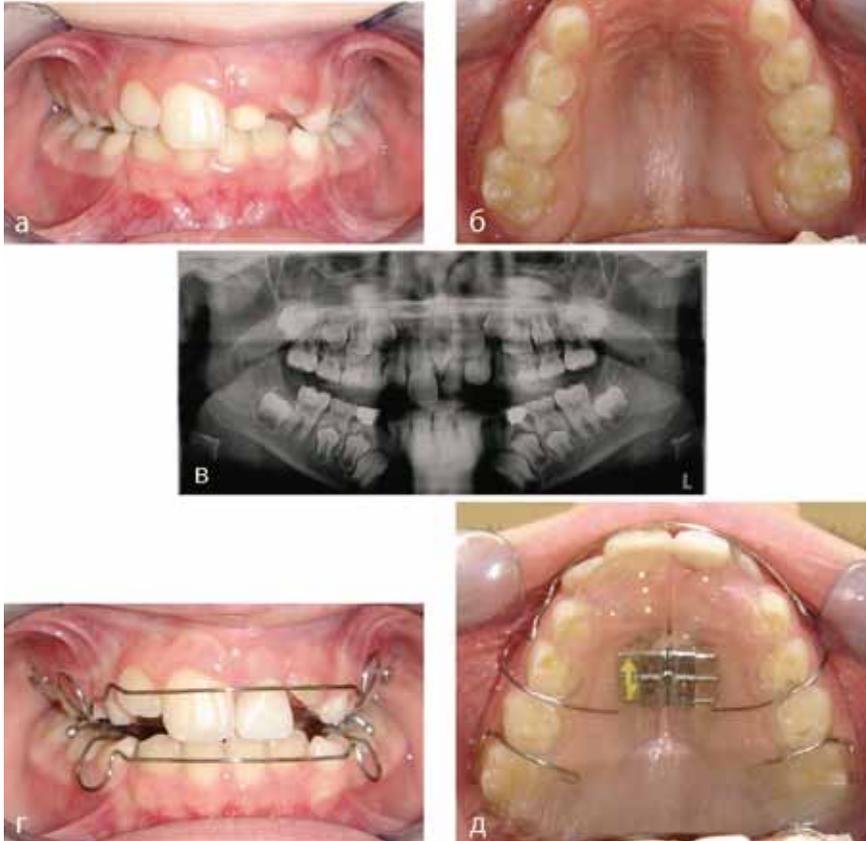


Рис. 5. Фото пациента Н-ка А., 8 лет. Диагноз: ретенция 21 зуба, вызванная наличием задержавшегося 63 зуба, а также наличием сверхкомплектного зуба в области 21 зуба. Состояние полости рта (а, б), ортопантомограмма (в), после удаления временного резца и наложения ортодонтического аппарата-протеза (г, д)



Рис. 6. Пациент Б-кий С., 14 лет с ретенцией 21 зуба. Фото полости рта до лечения (а, б), после проведения электрофульгурации (в) и через 2 дня (г)

пактостеотомии с целью ускорения аппаратного перемещения зубов. Еще А.И. Евдокимов (1974) отметил, что не столько механическое послабление кости альвеолярного отростка, т.е. сня-

тие ее кортикального слоя, обеспечивает облегченное перемещение зуба, а биохимические изменения в окружающих тканях, которые возникают вследствие травмы и сопровождаются

деминерализацией кости. Такая тактика лечения при прорезавшихся сверхкомплектных зубах позволяет устранить не только преграду на пути прорезывания ретенированного постоянного зуба, а и создать, как подтверждают также экспериментальные исследования [4], благоприятные условия для его прорезывания за счет пролонгированного процесса деминерализации костной ткани на данном участке.

В случае более стойкой ретенции сверхкомплектных зубов подход в лечении был идентичным, а именно: предварительно изготовлялся ортодонтический аппарат-протез для стимуляции их прорезывания, который после прорезывания и удаления сверхкомплектных зубов продолжал выполнять функцию раздражающей пластинки. При этом такой ортодонтический аппарат-протез фиксировался на челюсти через 2 часа после удаления для пролонгирования асептического воспаления, что демонстрирует рис. 8.

Одной из основных причин множественной ретенции зубов, как отмечалось выше, служил фиброматоз десны, который проявлялся как локализовано, так и генерализовано, охватывая иногда весь зубной ряд. Ортодонтическое и ортопедическое лечение таких больных состояло в иссечении фиброзных тканей, а также коррекции положения отдельных зубов в зубной дуге, нормализации межокклюзионных и межчелюстных соотношений с помощью, как съемных так и несъемных ортодонтических аппаратов, или зубных протезов при наличии дефектов зубных рядов.

Ортодонтическое лечение пациентов с фиброматозом десны проводилось после подготовки полости рта, которая включала в первую очередь иссечение разросшихся фиброзных тканей десны. В случае локализованной формы фиброматоза, значительного объема и протяженности патологически измененных тканей, особенно в боковых участках на небе, иссечение последних проводилось по традиционной методике — скальпелем. В этом случае, учитывая значительную раневую поверхность после оперативного вмешательства и возможные осложнения, был разработан «Способ защиты послеоперационной поверхности неба» (декларационный патент № 37014), суть которого заключалась в том, что изготавливали на небо пластинку, с помощью которой прижимался тампон к раневой поверхности неба (рис. 9). Предложенный способ предусматривал создание на внутренней поверхности пластинки ложа для тампона, пропитанного медикаментами, что обеспечивало не только надежную его фиксацию на небе,



Рис. 7. Пациент Р-ков Ж., 6 лет. Диагноз: полуретенция 36, 46 зубов. Фото полости рта (а, б) и рабочих моделей (в, г) до лечения. Состояние полости рта после фиксации тонкостенных индивидуальных металлических коронок и изготовления эластической каппы, разобщающей прикус (д, ж); и через 1,5 месяца после начала лечения (з, и, к, л)

но и улучшало условия дальнейшего проведения медикаментозной обработки раневой поверхности, а также гигиенического ухода за полостью рта. Кроме того, такой защитной пластинкой пациент мог пользоваться круглые сутки. Аналогичным способом изготавливалась пластинка и на нижнюю челюсть при наличии фиброзных разрастаний десны.

Однако и после такого радикального хирургического вмешательства фиброзные разрастания десны рецидивировали. Следует отметить, что иссечение патологических тканей в пришеечных областях зубов и в межзубных промежутках проблематично в силу анатомических особенностей рельефа данных участков и сопровождается значительным кровотечением. В этих случаях, а также при генерализованной форме фиброматоза — когда разросшаяся десна покрывала почти все окклюзионные поверхности зубов и возникала необходимость высвобождения зубов до пришеечной части, использовали предложенный «Способ лечения фиброматоза десны»

(декларационный патент № 41607) с помощью электрофульгурации, который заключался в следующем. Операционное поле перед удалением тканей высушивали, а термическая обработка проводилась импульсами плазмы при температуре 4000...5000 °С. Благодаря этому ткани десны не сваривались (как при диатермокоагуляции), а сжигались с образованием обугленной раневой поверхности.

Поскольку обработка поверхности слизистой оболочки выполнялась импульсами плазмы, то обугленный слой десны имел малую толщину, а операционное поле не нуждалось в дополнительной дезинфекции, так как дезинфицировалось озоном, который содержится в плазме. Обработка плазмой исключала налипание мягких тканей на электрод (так как проводилась дистанционно — на расстоянии 2–3 мм от поверхности десны), что предотвращало кровотечение (обугливание обеспечивало надежный гемостаз). Кроме того, обугливание, как сухой некроз

тканей, позволяло избежать послеоперационного отека тканей. При этом электрод электрофульгуратора, изготовленный в виде зонда под углом давал возможность проведения рельефной деструкции патологически измененных десен в труднодоступных участках полости рта.

Клинические наблюдения подтвердили высокую эффективность использования метода электрофульгурации, особенно при генерализованной форме фиброматоза, поскольку позволяет проводить по показаниям многоэтапную деструкцию патологически измененных мягких тканей и регулировать глубину их повреждения (рис. 10)*.

Своевременное высвобождение зубов из-под фиброноизмененных десен позволило избежать расшатывания и раннего удаления временных зубов, а постоянным зубам обеспечило более физиологические условия для прорезывания, при котором не последнюю роль играла также функциональная нагрузка зубов. Кроме того, это давало возможность провести адекватное аппаратное лечение зубочелюстных деформаций, которые являются обязательным спутником данного патологического процесса, а в случае дефектов зубных рядов осуществить соответствующее зубное протезирование.

Причиной множественной ретенции зубов, как отмечалось выше, служило также такое системное заболевание, как черепно-ключичный дизостоз (синдром Шейтхауэра-Мари-Сентона).

Лечение таких пациентов было довольно сложным и длительным, а также нуждалось в участии не только ортодонта, но и других специалистов. Удаление временных зубов в физиологические сроки их замены не приводило к самостоятельному прорезыванию постоянных. Комбинированное хирургическое и ортодонтическое лечение давало более положительные результаты. В этом плане была важной ранняя диагностика данного заболевания. Клинические наблюдения показали, что удалять временные зубы нужно очень осторожно, а дальше, также с большой осторожностью, снимать фиброзную ткань, которая покрывает постоянные зубы, преимущественно с аномальным цементом, и препятствует их прорезыванию. Адекватное хирургическое лечение стимулировало образование цемента и нормализовало развитие корней постоянных зубов, но этого было недостаточно для прорезывания зубов. Тактика лечения зависела от тя-



Рис. 8. Пациент И-ко В., 14 лет. Диагноз: множественная ретенция зубов (13, 11, 21, 23, 43, 44, 45), наличие двух сверхкомплектных зубов в области 11, 21. Фото полости рта до начала лечения (а-д), на этапе лечения (е, ж) и ортопантомограмма до лечения (з) и на этапе (и, ж)

*Примечание: бесконтактное электрохирургическое устройство «Электрофульгуратор» можно приобрести: «Дентальное депо», г. Киев, ул. Зоологическая, 1
Стоматологический корпус НМУ
тел. 0(44) 361-81-16, 0(50) 402-09-10
e-mail: dental_depo@ukr.net



Рис. 9. Фото пациента Ш-та П. с фиброматозом десны: а — до начала лечения; б, в — защитные пластинки на гипсовой модели и в полости рта; г, д — состояние полости рта сразу после хирургического вмешательства; е — состояние полости рта через неделю



Рис. 10. Фото пациентки В-ной С., 16 лет. Диагноз: открытый прикус, фиброматоз десны (полуретенция всех зубов): а, б, в — состояние полости рта; г — ортопантомограмма; д — расшифрованная ТРГ; е — перед лечением; ж — после проведения электрофульгурации; з — через 2 дня после проведения электрофульгурации; и, к — на этапах лечения открытого прикуса

жести заболевания и общего состояния организма больного.

Поэтому лечение пациентов с множественной ретенцией при данном синдроме проводилось поэтапно, что представлено и иллюстрировано следующим примером — рис. 11–16.

В начале лечения были изготовлены съемные зубные протезы, но самостоятельного прорезывания ретенированных зубов через 6 месяцев не произошло. Учитывая вышеизложенное, было проведено оперативное вмешательство, которое состояло в создании доступа к ретенированным резцам (11 и 21 зубам) путём удаления костной ткани над ретенированным зубом с последующим глухим ушиванием раны. Пациент продолжал пользоваться съемным зубным протезом как раздражающей пластиной для стимуляции прорезывания ретенированных зубов. Через 2 месяца ретенированный центральный резец прорезался режущим краем.

Следующим этапом лечения было изготовление ортодонтического аппарат-протеза предложенной нами конструкции — «аппарат для вытяжения зубов при множественной ретенции» (декларационный патент № 46212 от 10.12.2009 г.) (рис. 14).

Преимуществом предложенного аппарата для вытяжения зубов при множественной ретенции есть то, что в его базис включались искусственные зубы, которые замещали отсутствующие в зубном ряду. Это позволяло компенсировать как функциональные, так и эстетические нарушения. Кроме того, увеличение времени его использования способствовало сокращению сроков лечения пациента (рис. 15). Поскольку аппарат устанавливается на челюсть, в которой находились ретенированные зубы, то ортодонтическое усилие, которое возникало при вытяжении ретенированных зубов, не опрокидывало аппарат, а еще сильнее фиксировало его на челюсти.

Следующим этапом было изготовление нового аппарата не только для дальнейшей стимуляции прорезывания, но и сведения диастемы с 15 мм до 4 мм (рис. 16).

Однако, как показали исследования, не всегда есть возможность выведения зубов из ретенции. Это чаще бывает, как уже оговаривалось выше, при наследственных системных заболеваниях, а также сложных травмах, при которых поражается челюстно-лицевая область. В этих случаях прибегали к съемному протезированию. Прорезавшиеся одиночные постоянные зубы покрывались тонкостенными металлическими коронками, а потом изготавливались покрывные протезы (рис. 17). Такие



Рис. 11. Фото полости рта пациента М-чук М., 17 лет. Диагноз: множественная ретенция зубов (постоянных комплектных и сверхкомплектных) на фоне черепно-ключичного дизостоза. Состояние полости рта (а, б, в) перед началом лечения



Рис. 12. Продолжение. Фото ортопантограммы пациента М-чук М., 17 лет

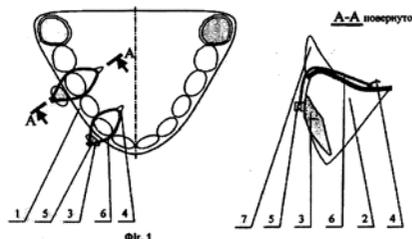


Рис. 14. Схема конструкции разработанного аппарата для вытяжения зубов при множественной ретенции. 1 — съемный базис, 2 — челюсть, 3 — ретенционные зубы, 4 — крючки, 5 — кнопки на ретенционных зубах, 6 — резиновая тяга, 7 — искусственные зубы

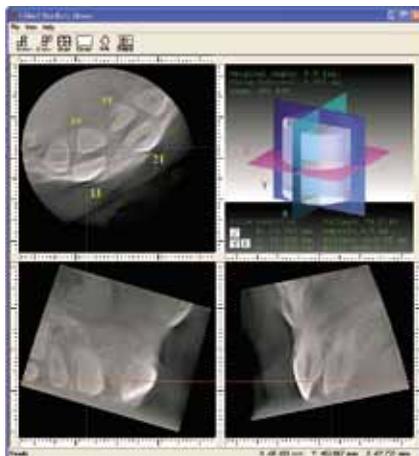


Рис. 13. Фото компьютерной томографии фронтальной области верхней челюсти. Пациент М-чук М., 17 лет. Продолжение



Рис. 15. Фото пациента М-чука М., 17 лет. Состояние полости рта на этапах лечения через 3 недели (а) и через 1,5 месяца после начала лечения (б). Продолжение

протезы у детей подлежали замене каждые 1,5–2 года с учетом периодов роста челюстей. Они позволяли нормализовать функции жевания и речи, а также эстетику лица, что было важным в плане ранней социальной реабилитации ребенка.

Лечение пациентов с полной ретенцией зубов

Причиной полной ретенции зубов у пациентов, принятых нами на лечение, служил рахит и системные наследственные заболевания, такие как хондродистрофия. Лечение их оказалось довольно сложным в плане выведения зубов из ретенции и требовало длительного наблюдения.

Таким пациентам изготавливали, как правило, полные съемные зубные протезы, которые одновременно выполняли функцию раздражающих пластинок для стимуляции прорезывания ретенционных зубов, а самое главное — восстанавливали функцию жевания и эстетики (рис. 18).

Однако стимуляция прорезывания зубов с помощью протезов, служащих в данном случае как раздражающие пластинки, не давало положительных результатов. Иногда под протезом прорезывался одиночный зуб, который находился ближе к альвеолярному гребню. Все остальные зубы располагались глубоко в костной ткани основания тела челюстей и имели недоразвитые корни с явлениями гиперцементоза без перспективы на прорезывание, даже при применении хирургических вмешательств. Для наглядности приводим конкретный пример (рис. 19).

Лечение полной ретенции зубов у пациентки 14 лет, больной хондродистрофией (рис. 19), также состояло в изготовлении полных съемных зубных протезов. Повторное зубное протезирование проводилось каждые 1,5–2 года, т.е. с учетом периодов физиологического роста челюстей. За эти годы у пациентки прорезался под протезом лишь один нижний резец, который в дальнейшем был покрыт металлической тонкостенной коронкой.

Ортопедическое лечение детей с полной ретенцией зубов, как показали клинические наблюдения, необходимо проводить с учетом возрастных особенностей их зубочелюстного аппарата, состояния полости рта, наличия системных эндокринных нарушений. Полные зубные протезы позволяют улучшить не только эстетику лица, но и функцию жевания, обеспечить более физиологические условия формирования зубочелюстного аппарата, адаптировать пациента к будущим, более сложным вмешательствам



Рис. 16. Продолжение. Фото пациента М-чука М., 17 лет. Состояние полости рта (а, б), аппарата на модели (в) и в полости рта на этапе ортодонтического лечения (г, д, е)

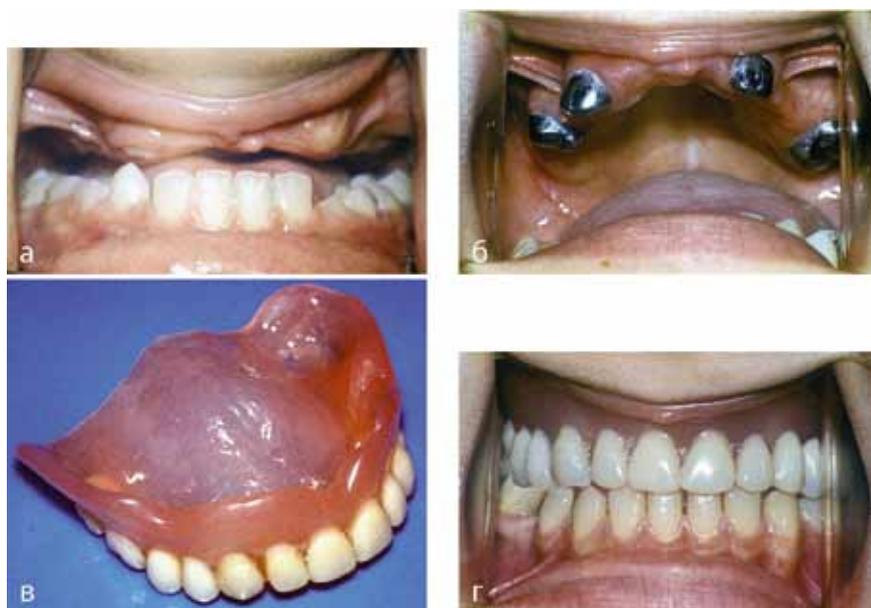


Рис. 17. Фото пациента Ф-ло А., 12 лет. Диагноз: множественная ретенция зубов вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы (Ле-Фор-III), перенесенной в возрасте 9 лет: а — состояние полости рта до лечения; б — после выведения 4 зубов из ретенции и покрытия их индивидуальными тонкостенными металлическими коронками; в — полный съемный покрывной протез; г — состояние полости рта после проведения ортодонтического и ортопедического лечения

на последующих этапах реабилитации.

На основании проведенных исследований нами была разработана схема-алгоритм лечения пациентов с разными формами и типами ретенции зубов (рис. 20), в которой отображены основные принципы и методы лечения данной зубочелюстной аномалии.

Выводы

1. Тактика лечения пациентов с ретенцией зубов должна строиться с учетом количества ретенированных зубов, наличия системных заболеваний организма, глубины залегания ретенированных зубов в челюстных костях, состояния их корней (степени сформированности и формы), а также направления пути прорезывания зуба и т.д.

2. Рубцово измененную после травматических повреждений десну над ретенированным постоянным зубом, который прорезался из кости, а также патологически измененную слизистую оболочку при фиброматозе десен, нужно своевременно иссекать с целью устранения преграды на пути дальнейшего прорезывания зубов, что подтверждено ранее данными электронной микроскопии.

3. Иссечение десен целесообразно проводить с помощью электрофульгурации, которая позволяет получить надежный гемостаз, контролировать глубину деструкции, избежать осложнений (воспаления десен) за счет сухого некроза тканей и озонирования раневой поверхности.

4. Лечение пациентов с множественной ретенцией зубов необходимо проводить поэтапно при участии специалистов разного профиля. При на-



Рис. 18. Пациент В-ва Д., 5 лет с полной ретенцией временных зубов на фоне рахита. Фото полости рта (а) и с изготовленными полными съемными протезами (б)



Рис. 19. Фото пациентки Н-ко В., 14 лет. Диагноз: полная ретенция зубов на фоне системного заболевания — хондродистрофии. Фото лица в фас (а) и в профиль (б); полости рта: верхней (в) и нижней (г) челюсти; ортопантомограмма до начала лечения (д), состояние полости рта с полными съемными пластиночными протезами (е), ортопантомограмма через 2 года (ж)

личии задержавшихся в зубном ряду временных зубов и ретенированных сверхкомплектных сначала необходимо удалять временные зубы, стимулировать прорезывание сверхкомплектных зубов с помощью раздражающих протезов-аппаратов, а после их прорезывания и удаления проводить выведение из ретенции комплектных постоянных зубов. При глубоком залегании ретенированных постоянных зубов в челюстных костях, т.е. при наличии большой прослойки костной ткани над ретенированными зубами и продолжительности лечения больше 2-х лет, целесообразно хирургическим путем создать доступ к ретенированному зубу с последующим глухим ушиванием слизисто-надкостничного лоскута и дальнейшим использованием раздражающих пластинок или протезов-аппаратов, предложенных нами.

5. Разработанные нами схемы проведения дифференциальной диагностики (см. «Современная ортодонтия» № 1 (19) 2010 г.) и алгоритм лечения пациентов с разными формами (типами) ретенции зубов с учетом их количества, расположения в челюстных костях и состояния корней, а также наличия системных наследственных заболеваний организма могут служить ориентиром не только в постановке диагноза, но и в выборе рационального и адекватного метода лечения пациентов с данной зубочелюстной аномалией.

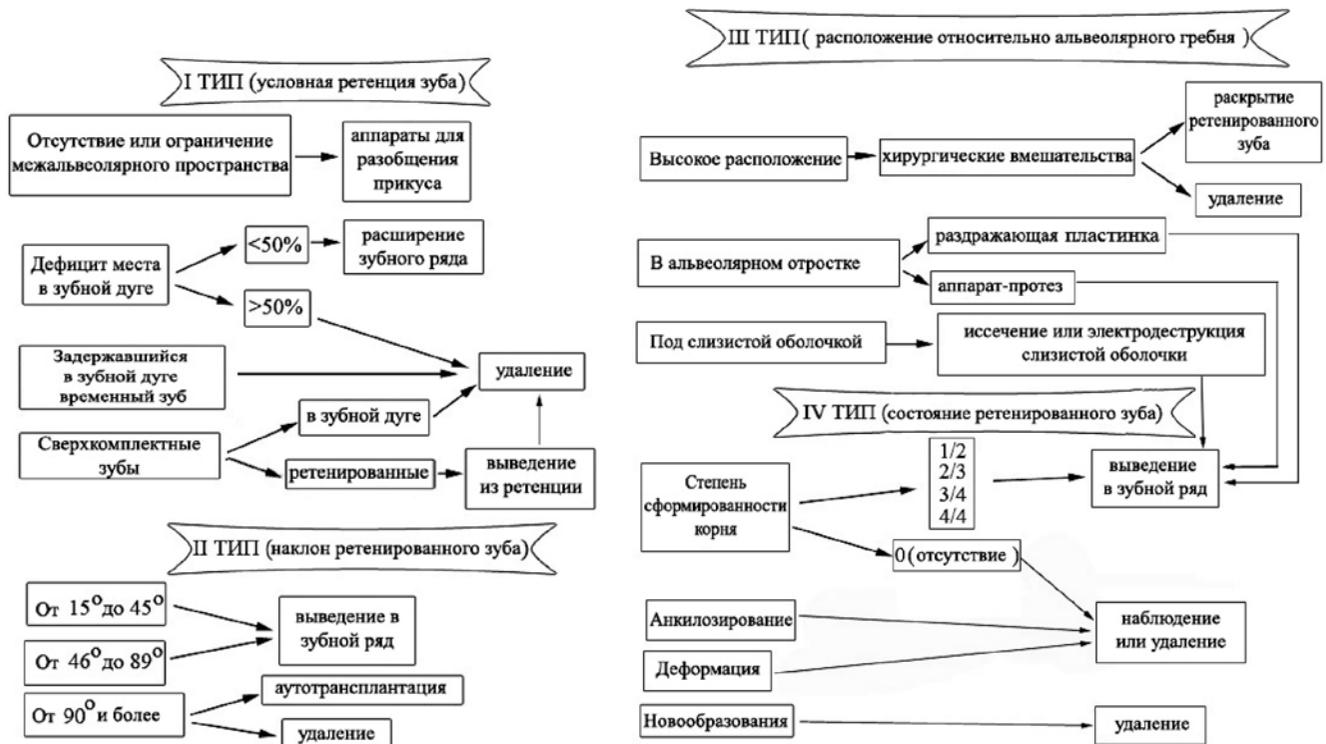


Рис. 20. Схема-алгоритм проведения комплексного лечения пациентов с различными типами и формами ретенции

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хорошилкина Ф.Я. Особенности закладки и формирования постоянных зубов./Хорошилкина Ф.Я., Точилина Т.А. — М. — 1982. — 18 с.
2. Дорошенко С.И. Подготовка полости рта и ортопедическое лечение при зубочелюстных деформациях. Клинико-экспериментальное исследование. — Автореф. дис. докт. мед. наук./Дорошенко С.И. — Киев. — 1991. — 35 с.
3. Тріль С.И. Клиника, диагностика и ортопедическое лечение включенных дефектов зубных рядов у детей и подростков. Автореф. канд. дисс./Тріль С.И. — Киев. — 1992. — 19 с.
4. Апаратурно-хірургічне лікування ретенції зубів/В.Ф. Макеев, М.С. Драгомирецька, І.М. Готь [та ін.]/Новини стоматології. — 1995. — № 1–2 (2–3). — С. 53–56.
5. Пономарева К.Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов. Автореферат дисс. ... к.м.н./Пономарева К.Г. — СПб. — 2000. — С. 17.
6. Ковалевская Е.И. О множественной ретенции зубов/Ковалевская Е.И. — Стоматология. — 1963. — № 4. — С. 92–93.
7. Лебеденко З.Ф. Семейная частичная адентия молочных зубов и множественная ретенция постоянных зубов/Лебеденко З.Ф. — Стоматология. — 1963. — Т. 42. — № 4. — С. 72–73.
8. Ивасенко П.И. Фиброматоз десен в раннем детском возрасте/Ивасенко П.И., Суңцов В.Г., Андросик Н.Ф. — Стоматология. — 1979. — № 6. — С. 54–55.
9. Дорошенко С.И. Клінічні форми ретенції з позиції кількості ретинуваних зубів, їх диференційна діагностика та перспективи лікування./Дорошенко С.И., Тріль С.И., Тріль І. Б. — Матеріали ІІ (ІХ) з'їзду Асоціації стоматологів України, 1–3 грудня 2004 року. Київ. «Книга плюс», 2004 р., С. 460–462.
10. Дорошенко С.И. Ретенция зубов как один из основных симптомов тяжелых системных заболеваний организма дитини./Дорошенко С.И. — Світ ортодонції, № 2. — 2006. — С. 9–17.
11. Multiple dental follicles with odontogenic fibroma-like changes (WHO type) [Sandler H.J., Nersasian R.R., Cataldo E., Pochebit S., Dayal Y.] — Oral Surg. — 1988. — V.66. — № 1. — P.78–83.
12. Ковалевская Е.И. Профилактика и лечение ретинированных зубов у детей (Методическое письмо)/Ковалевская Е.И. — К., 1970. — 7 с.
13. Неспрядько В.П. Способ выведения ретинированных зубов/Неспрядько В.П. — Стоматология. — 1984. — Т. 63. — № 3. — С. 66–67.
14. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий./Персин Л.С. — Москва. — Научно-издательский центр «Инженер». — 1998. — С. 105–106.
15. Сысоев С.Н. Особенности внутрикостного перемещения ретинированных зубов нижней челюсти съемной ортодонтической аппаратурой/Сысоев С.Н., Флис П.С. — Современная стоматология. — 2005. — № 3. — С. 154–157.
16. Чеховский Р.П. Хирургические методы устранения препятствий прорезыванию зубов при множественной ретенции. Тез. V съезда стоматологов УССР/Чеховский Р.П., Неспрядько В.П. — Одесса. — 1978. — С. 232–233.
17. Le Martret J. L'extraction chirurgicale de la canine incluse/Le Martret J., Lagarde A. — Quest. Odontostomatol. — 1987. — V.12. — № 48. — P.365–372.
18. Schmidt-Flath L. Heterotopie autogene Transplantation retinierter Zahne/Schmidt-Flath L. — Ergebnisse nach 25 jähriger Anwendung. Stomatologie DDR. — 1989. — V.39. — № 3. — P.187–192.
19. Галенко В.В. Задержка прорезывания зубов: этиология, клиника и лечение: автореф. дис. канд. мед. наук./Галенко В.В. — К., 1986. — 21 с.



Для профессионалов,
которые не останавливаются на достигнутом

Новая книга Д. В. Рогацкина «Конусно-лучевая компьютерная томография. Основы визуализации» из цикла «Радиодиагностика челюстно-лицевой области» (148 с., 235 илл.).

Книга известного специалиста станет незаменимым помощником стоматолога в усовершенствовании навыков радиодиагностики челюстно-лицевой области, определяя ряд основных алгоритмов и способов визуализации патологии структур. Способствуют восприятию материала клинические примеры КТ исследований при различных стоматологических патологиях, а также приведенные распространенные артефакты и способы их устранения, принципы работы томографов и др. Книга предназначена для врачей-стоматологов, оториноларингологов, рентгенологов и врачей других специальностей, интересующихся радиодиагностикой челюстно-лицевой области.

По вопросам приобретения обращайтесь:

СП «Промед»
тел. 0(44) 278-73-64

«Дентальное депо»
тел./факс 0(44) 361-81-16

ФЛ-П Сидоренко В.С.
тел. 0(67) 449-31-24