

Н. Л. Рамм

К. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМА, г. Екатеринбург, врач-ортодонт высшей категории

Т. В. Закиров

К. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМА, г. Екатеринбург, стоматолог-хирург высшей категории

Т. О. Шутова

Врач-ординатор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМА, г. Екатеринбург

ОРТОДОНТО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ретенция зуба — это довольно распространенная патология, для которой характерно наличие непрорезавшихся зубов при присутствии их зачатков в кости челюсти.

Ретенцированный зуб, соответственно, это непрорезавшийся зуб, зачаток которого находится в челюстной кости. Он может быть либо вовсе не виден во рту, либо едва заметен сквозь ткани десны.

Наиболее часто среди аномалий сроков прорезывания постоянных зубов встречается односторонняя ретенция центральных резцов и клыков на верхней челюсти, вторых премоляров на нижней челюсти. Реже встречаются случаи ретенции моляров. Описаны клинические наблюдения двусторонней ретенции.

Ретенция резцов является распространенной, и в то же время недостаточно изученной аномалией зубочелюстной системы. Она составляет 34,6% от общего числа ретенцированных зубов (Г. В. Степанов, 2000).

По данным Г. В. Степанова (2000), А. А. Недбай (2003), Мазен Шук (2004), от 4 до 18% пациентов обращаются за хирургической и ортодонтической помощью по поводу данной патологии.

Виды ретенции зуба

Выделяются две разновидности ретенции зуба:

- частичная ретенция зуба — коронка зуба лишь отчасти скрыта слизистой оболочкой десны, какая-то часть ее видима извне при обследовании;
- полная ретенция зуба — коронка зуба полностью скрыта под слизистой оболочкой десны (а возможно и в костной ткани челюсти) и незаметна при осмотре полости рта.

Ретенцированный зуб может занимать следующие положения:

- вертикальное;
- угловое;
- горизонтальное (сагиттальное, поперечное или косое).

Очень редко встречается ретенция зуба, когда ретенцированный зуб корон-

кой повернут в сторону тела челюсти, а корнями — к альвеолярному краю.

Диагностика ретенции основывается как на клинических, так и на рентгенологических данных.

Клинические данные:

1. Задержка прорезывания постоянного зуба или персистенция молочного зуба.

2. Определяемая небная или вестибулярная припухлость в области залегания ретенцированных зубов.

Окончательный ответ при подозрении на ретенцию могут дать рентгенологические методы исследования [3].

1. Прицельные снимки. Одиночный снимок может дать врачу двухмерное представление о зубе. Врач может оценить положение зуба в вертикальной плоскости и в мезиодистальном направлении.

2. Ортопантомограмма дает информацию о положении ретенцированного

зуба в мезиодистальном направлении, однако не всегда можно точно выявить сложную анатомию его взаиморасположения с соседними зубами.

3. Компьютерная томография позволяет точно определить расположение ретенцированного зуба в трех взаимоперпендикулярных плоскостях и его соотношение с соседними анатомическими структурами.

Основные причины, которые могут вызвать ретенцию зуба:

- наследственные синдромы (черепно-ключичный дизостоз) (рис. 1, 2);
- раннее удаление молочных зубов, формирование толстого слоя кости на пути прорезывания (рис. 3);



Рис. 3. Раннее удаление молочных зубов

- аномальное расположение зачатков постоянных зубов в кости челюсти, при котором коронка ретенцированного зуба направлена в корень соседнего, создавая проблемы не только для прорезывания ретенцированного зуба, но и для состояния соседних зубов;
- наличие на пути режущегося зуба сверхкомплектных зубов (рис. 4);



Рис. 1. Ретенция при черепно-ключичном дизостозе (ЧКД)



Рис. 2. Лицо пациентки, 18 лет, с ЧКД



Рис. 4. Сверхкомплектный зуб в области зуба 21

- анкилоз зуба в результате возможной травмы в анамнезе (рис. 5);
- неблагоприятная наследственность.

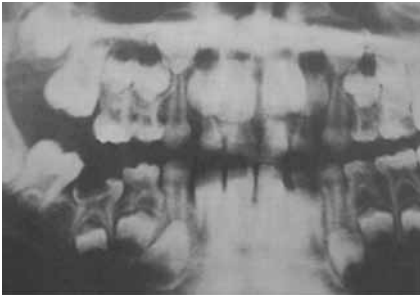


Рис. 5. Анкилоз молочного моляра 85, причина возможной ретенции постоянного зуба 45

Последствия ретенции зуба

Ретенция одного или нескольких резцов приводит к сужению и укорочению зубного ряда, нарушению его формы, что в свою очередь влечет за собой эстетические, морфологические и функциональные нарушения.

Ретенция зуба — достаточно опасная аномалия, под воздействием которой могут развиваться серьезные последствия:

- одонтогенная киста;
- рассасывание корней соседних с ретенированным зубов;
- аномальное прорезывание зубов, рядом стоящих с ретенированным зубом;
- смещение боковых зубов в сторону ретенированного зуба в переднем отделе зубного ряда;
- нарушение эстетики улыбки и лица, формирование психологических проблем у ребенка [1];

Цель нашей работы — изучить распространенность и виды ретенции резцов верхней челюсти у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в СП УГМА в период с 2001 по 2010 гг., провести анализ хирургических и ортодонтических вмешательств при лечении ретенции резцов верхней челюсти.

Нами были проанализированы 1034 истории болезни пациентов, обратившихся за хирургической помощью в детское отделение МСП УГМА. Из общего количества хирургических вмешательств в 118 случаях они проводились по поводу ретенции резцов верхней челюсти. В 54 случаях за помощью обращались девочки (45,7%), в 64 случаях — мальчики (54,3%). Средний возраст обследованных составил $10,5 \pm 2,2$ лет.

По нашим данным ретенция 1 зуба составляет 82 случая (69,5%), ретенция 2 зубов — 34 случая (28,8%), ретенция 3 зубов и более — 2 случая (1,7%).

Самой частой причиной ретенции резцов верхней челюсти было раннее удаление молочных зубов, выявлено

72 таких случая (61,5%). Среди других причин можно выделить наличие сверхкомплектных зубов — 43 случая (36,4%) (рис. 6, 7, 8), а также по 1 случаю наличия новообразования верхней челюсти в переднем отделе, слияния коронок двух зубов и синдромальных проявлений в челюстно-лицевой области (по 0,85%).



Рис. 6. Техника закрытого доступа при обнажении ретенированных резцов верхней челюсти



Рис. 7. Вид ушивания операционной раны после удаления сверхкомплектных резцов



Рис. 8. Удаленные сверхкомплектные зубы

В среднем установление ретенированного зуба в зубной ряд занимало $7 \pm 1,6$ месяцев. 4 месяца требовалось в 3 случаях (2,5%), от 4 до 6 месяцев — в 10 случаях (8,5%), от 6 до 8 месяцев — в 95 случаях (80,5%), от 8 до 12 месяцев — в 8 случаях (6,8%), 12 месяцев — в 2 случаях (1,7%).

Среди хирургических методов лечения можно выделить несколько видов операций.

Хирургическое обнажение коронки ретенированного зуба применяется чаще всего. По нашим данным этот метод использовался в 64 случаях (54,3%).

Существуют два способа: открытый (создание окна в слизистой оболочке альвеолярного отростка) и закрытый (откидывание слизисто-надкостничного лоскута) [2].

Техника открытого доступа применяется чаще всего при достаточно близком расположении ретенированного зуба к окклюзионной линии (рис. 9). Она подразумевает создание окна в слизистой оболочке с целью фиксации на зуб ортодонтического элемента с тягой для низведения ретенированного зуба в зубной ряд. К недостаткам этой методики можно отнести то, что вокруг выведенных в зубной ряд ретенированных зубов могут наблюдаться явления гингивита и рецессии десны, что в дальнейшем требует наблюдения у врача-пародонтолога.



Рис. 9. Техника открытого хирургического доступа

Основным преимуществом техники закрытого способа обнажения коронки ретенированного зуба (с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута), как указывают специалисты, является имитация процесса физиологического прорезывания зуба. В результате формируется более естественный уровень десневого края и оптимальный эстетический результат. Однако у этой методики выявлен существенный недостаток: если произойдет дебондинг ортодонтической кнопки от зуба, то пациент вновь направляется

Таблица 1.

Статистические данные проводимых хирургических вмешательств при ретенции резцов верхней челюсти

Открытый способ		Закрытый способ	
С остеоперфорацией	Без остеоперфорации	С остеоперфорацией	Без остеоперфорации
13 случаев	31 случай	8 случаев	12 случаев
11 %	26,3 %	6,8 %	10,2 %

на операцию, а это дополнительная травма и определенный риск для здоровья!

Удаление сверхкомплектного зуба проводилось в 43 случаях (36,4%). Операция удаления ретенированного зуба — в 10 случаях (8,45%). Также в 1 случае коронки сросшихся зубов были разъединены (0,85%).

Существует несколько способов ортодонтического вытяжения ретенированных зубов. Эти методы могут сочетаться, применяться последовательно или самостоятельно. К наиболее известным методам ортодонтического вытяжения зубов относят *способы*:

- с использованием металлической лигатуры;
- с использованием эластичной тяги;
- использование непрерывной суперэластичной дуги;
- использование рычагов и пружин;
- использование магнитного усилия;
- с помощью золотой цепочки.

Использование золотой цепочки становится все более популярным и широко применимым методом при работе с ретенированными зубами (рис. 10). Золотая цепочка обладает неоспоримыми преимуществами перед другими ортодонтическими аксессуарами: она не разбухает в слюне и ротовой жидкости, она не рвется и не перетирается, как, например, металлические лигатуры, ее можно стерилизовать перед применением, а это очень важно, так как ее часть углубляется в раневой поверхности. Кроме этого, золото не является аллергеном, поэтому использование золотой цепочки биологически совместимо с органами и тканями полости рта.



Рис. 10. Способ ортодонтического вытяжения с применением золотой цепочки

Приводим пару клинических примеров, иллюстрирующих работу с ретенированными резцами верхней челюсти у детей.

Клинический случай № 1.

Пациентка А., 8 лет. Обратились обеспокоенные родители девочки с жалобами на отсутствие резца верхней челюсти слева (рис. 11).

При дополнительном рентгенологическом обследовании был выявлен ретенированный резец верхней челюсти, поставлен диагноз: «Ретенция зуба 2.1» (рис. 12).

Предложен план лечения:

1. Ортодонтическая подготовка поло-



Рис. 11. Улыбка девочки в момент обращения за ортодонтической помощью



Рис. 12. Фото полости рта. Обнаружено отсутствие зуба 2.1

сти рта к хирургическому вмешательству. Нивелирование зубов на верхней челюсти сегментарной аппаратурой (техника 2x4).

2. Хирургический этап: операция обнажения коронки ретенированного зуба 2.1 открытым способом (рис. 13), фиксация на него брекета и ортодонтическое вытяжение зуба в зубной ряд (рис. 14).



Рис. 13. Операция открытия коронки ретенированного зуба

3. Ретенция полученных результатов с помощью съемной ретенционной пластики Хаулея.

Ортодонтическое лечение продолжалось 7 месяцев. По истечении этого срока зуб 2.1 был полностью установлен в зубной ряд верхней челюсти. Родители и сама девочка были довольны результатом лечения.

Клинический случай № 2.

Пациент Р., 8 лет, обратился на консультацию к врачу-ортодонт по жалобами на отсутствие двух центральных резцов верхней челюсти (рис. 16—18)

При проведении дополнительного рентгенологического обследования было обнаружено 3 сверхкомплектных зуба

(рис. 19). Поставлен диагноз: ретенция зубов 1.1, 2.1, наличие трех сверхкомплектных зубов в области резцов верхней челюсти.

План ортодонтно-хирургического лечения включал:

1. Подготовка полости рта к оперативному вмешательству. Нормализация положения боковых резцов на верхней челюсти сегментарной техникой «2x4», создание адекватного места для центральных резцов верхней челюсти.

2. Удаление трех сверхкомплектных зубов (рис. 20). Далее планировалось занять выжидательную тактику, рассчитывая на самостоятельное прорезывание постоянных резцов. Однако спустя 3 месяца мы не увидели положительной динамики



Рис. 14. Результат ортодонтического вмешательства



Рис. 15. Зуб 2.1 полностью установлен в зубной ряд



Рис. 16. Фото полости рта пациента, вид спереди



Рис. 17. Фото полости рта пациента, вид справа



Рис. 18. Фото полости рта пациента, вид слева

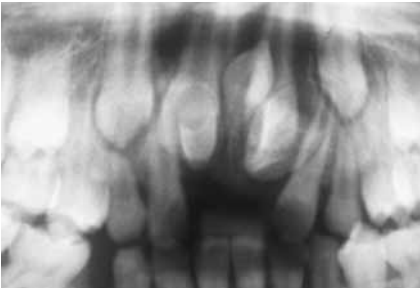


Рис. 19. Обнаружена тень 3 сверхкомплектных резцов верхней челюсти



Рис. 20. Удаленные сверхкомплектные зубы в положении постоянных резцов верхней челюсти, поэтому было принято решение о хирургическом обнажении коронок ретенцированных резцов (рис. 21) и фиксации на них ортодонтических элементов с целью вытяжения зубов в зубной ряд.

3. Ортодонтическое вытяжение зубов 1.1 и 2.1 (рис. 22, 23).

4. Ретенция полученных результатов с помощью съемной ретенционной пластинки Хаулея.

Общий срок лечения у этого мальчика составил 11 месяцев с учетом 3 месяцев ожидания самостоятельного прорезывания резцов верхней челюсти. Родители и сам ребенок остались довольны результатами лечения (рис. 24). Надо отметить, что при завершении лечения у мальчика



Рис. 21. Операция обнажения коронок 1.1 и 2.1 открытым доступом



Рис. 22. Ортодонтическое вытяжение ретенцированных зубов 1.1 и 2.1



Рис. 23. Ортодонтическое вытяжение ретенцированных зубов 1.1 и 2.1

наблюдается приподнятый уровень десневого края у зубов, которые открывались «открытым» способом (рис. 25). Однако, спустя некоторое время, десневой край безусловно опустится и будет выглядеть более естественным (рис. 26).

Выводы

1. Распространенность хирургических вмешательств по поводу ретенции резцов верхней челюсти составляет 11,4% от общего числа обращений к хирургу. Чаще всего ретенцирован 1 зуб (69,5%).

2. Наиболее частой причиной ретенции является раннее удаление молочных зубов (61,9%).

3. Не выявлено зависимости ретенции резцов верхней челюсти от пола.

4. Необходим комплексный подход к решению проблем ретенции резцов верхней челюсти. В лечении пациентов с данной аномалией должны принимать участие врач-стоматолог хирург и врач-стоматолог ортодонт.



Рис. 24. Улыбка пациента на этапе ортодонтического лечения



Рис. 25. Улыбка пациента в день снятия брекет-системы



Рис. 26. фото полости рта после снятия брекет-системы



Рис. 27. Улыбка пациента через 10 месяцев после снятия брекет-системы

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волчек Д.А., Голубева Г.И., Рабухина Н.А., Оспанова Г.Б. Современные методы обследования пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти. // Ортодонтия, 2006. — № 1 (33). — С. 24—26.
2. Дорошенко С.И., Кульгинский Е.А. Методы лечения ретенции зубов. // Сучасна ортодонтія. — 2010. — № 2 (20). — С. 11—16.
3. Паслер Ф.А., Виссер Х. Рентгенодиагностика в практике стоматолога. — 2007. — М. «МЕДпресс-информ». — 351 с.