

РЕТЕНЦИЯ ЗУБОВ

Ретенция зубов — достаточно распространенная аномалия развития зубочелюстной системы. Около 15% детей, обратившихся за ортодонтической помощью имеют аномалию окклюзии, осложненную ретенцией зубов. По данным разных авторов среди ретенированных комплекстных зубов наиболее часто встречается ретенция клыков (51%), нижних третьих моляров, резцов.

Причиной ретенции зубов могут быть общие и местные факторы:

- Неправильное положение зубного зачатка.
- Аномальный путь прорезывания (чаще всего имеет генетическую предрасположенность).
- Недостаточное развитие зубных дуг, дефицит места для прорезывающегося зуба, раннее удаление молочных зубов.
- Препятствия на пути прорезывания: сверхкомплектные зубы, одонтомы.
- Анкилоз в результате травмы или хирургического вмешательства.

Прорезывание зуба начинается при формировании его корня на 1/3. Когда 2/3 корня сформированы, зуб должен занять свое место в зубном ряду. Закрытие верхушки корня происходит приблизительно через 3 года после прорезывания зуба. После завершения формирования корня зуба потенциал к прорезыванию значительно снижается.

Если коронка зуба остается в толще кости, а в соответствие с возрастом зуб уже должен прорезаться, такой зуб считается ретенированным.

Частично ретенированный — зуб, который прорезался частично или полностью, но не занял свое место в зубном ряду.

При нарушении прорезывания зуба ОПТГ является обязательным диагностическим методом исследования. Позволяет определить глубину залегания зуба, положение его продольной оси (горизонтально или с медиальным/дистальным наклоном) и прогноз прорезывания, отношение к соседним зубам, риск их смещения, признаки апикальной резорбции корней соседних зубов.

Более полную и точную информацию дает компьютерная томография.

Тактика лечения ретенированных зубов зависит от возраста, расположения зачатка ретенированного зуба и может включать:

- Комплексное ортодонтическое лечение, с созданием хирургического доступа к коронке ретенированного зуба и последующим перемещением его в зубной ряд.
- Наблюдение в динамике.
- Удаление ретенированного зуба с последующим протезированием.
- При глубоком залегании зачатка, отсутствии шансов на ортодонтическое перемещение, при сложном хирургическом доступе, можно оставить ретенированный зуб в

кости при условии, что он не оказывает неблагоприятного влияния на окружающие структуры.

Лечение пациентов с ретенцией зубов направлено на восстановление эстетики и нормализацию функции зубочелюстной системы.

Пациент А.И. 14,8 лет обратился с жалобами на отсутствие левого верхнего клыка, правый верхний клык выступает вперед, неровные зубы, неэстетичная улыбка.

Из анамнеза: молочные клыки выпали 3 года назад, правый постоянный прорезался через год, но не в зубном ряду, левый — не прорезался до сих пор. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось. Пациент с 6 лет находится на диспансерном учете у ЛОР врача по поводу аллергического ринита (сезонное обострение на цветение), искривления носовой перегородки. Носовое дыхание затруднено, дышит в основном ртом.

Лицо симметрично, увеличена нижняя треть, сглажены носогубные складки и подбородочная ямка. Губы в покое разомкнуты, при смыкании губ — симптом «наперстка».

Открытие рта не ограничено, безболезненно.

Ретенированный 23 зуб пальпируется с вестибулярной стороны альвеолярного отростка. Причиной ретенции стало неправильное положение зачатка с медиальным

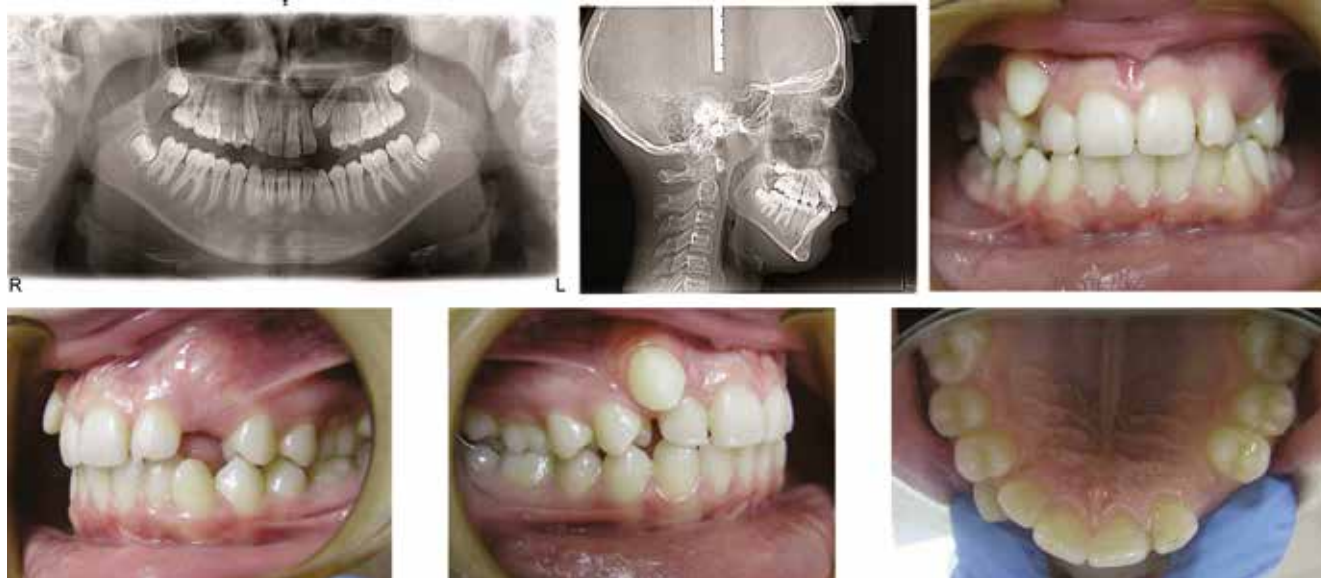


Рис. 1.



Рис. 1. Продолжение



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 5. Продолжение



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.

наклоном коронки на 45° (рис. 1).

Диагноз: дистальное соотношение челюстей, ретрогнатия нижней челюсти, вертикальный тип роста; дистальная окклюзия, II класс, 1 подкласс, сужение и укорочение верхнего зубного ряда, вестибулярное положение и супраокклюзия 13 зуба, ретенция 23 зуба, скученность верхних и нижних фронтальных зубов, смещение центральной линии на верхней челюсти вправо, на нижней челюсти влево, слабая круговая мышца рта, нарушение носового дыхания.

План лечения:

- расширении верхней челюсти с помощью аппарата RME на кольцах. Режим активации — ежедневно по 1 обороту (рис. 2);
- фиксация брекет-системы на зубах верхней и нижней челюсти (низкий торк резцов). В данном случае применялась пропись Alexander 018 (рис. 3);

- выравнивание зубов, создание места для 13 зуба: последовательная смена дуг 014 CuNiTi, 016 t° NiTi, 016x022 t° NiTi, 016x022 SS;
- хирургический доступ и фиксация кнопки к коронке ретенцированного 23 зуба, наложены швы (рис. 4);

- ортодонтическое вытяжение 23 зуба и установка в зубной ряд. Ведение методом закрытого лоскута, использование двойных дуг: опорная дуга 017x025 SS, дополнительная дуга — 012 NiTi. *Важно: дополнительная дуга должна быть слабо зафиксирована металлическими лигатурами на двух зубах с каждой стороны от перемещаемого зуба;*

Сила вытяжения должна быть слабой и непрерывной: 30 г для вертикального перемещения и 50 г для горизонтального. Очень важно учитывать вектор приложения силы (рис. 5);

- коррекция прикуса по сагиттали, ис-

пользование межчелюстных эластиков II класса, дуги 17x25 SS в/ч, н/ч (рис. 6);

- создание плотных окклюзионных контактов с использованием завершающих эластиков (рис. 7);

- лечение ЛОР-патологии для нормализации носового дыхания. Комплекс моимгм-настических упражнений для укрепления круговой мышцы рта.

Общее время лечения составило 20 месяцев.

После снятия брекет-системы были зафиксированы ретенционные аппараты: несъемные проволочные ретейнеры на верхней и нижней челюсти, съемный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть (рис. 8).

В ходе лечения был достигнут хороший функциональный и эстетический результат.

С. В. Камалова

ЛЕКЦИОННО-ПРАКТИЧЕСКИЙ КУРС СТАНИСЛАВА АЛЕКСАНДРОВИЧА БЛУМА В ХАРЬКОВЕ

7-8 июня в Харькове прошел лекционно-практический курс Станислава Александровича Блума «Ретенционный период ортодонтического лечения: от выбора ретенционного аппарата до коррекции рецидива». Курс был полностью посвящен рецидивам ортодонтической патологии, механизму их возникновения, профилактике и коррекции. Организатор — ОЦ «Веритас».

«Каждое событие — это опыт, каждый опыт — это событие».



Каждый семинар Станислава Александровича — это радостное событие не только потому, что доктор делится своим опытом очень щедро, но и потому, что лектор необычайно харизматичен. Данный семинар не стал исключением из правила. Животрепещущая тема собрала в Харькове ортодонтотв из разных и даже «горячих» точек Украины. Два дня были насыщены информацией и практикой. Семинар полностью основывался на демонстрации клинических случаев. Лектор на примере собственных пациентов проследил механизм возникновения рецидива ортодонтической патологии начиная с этапа диагностики. Пришло понимание природы рецидива. В обиход вошли термины «функциональная адаптация» и «ожидаемый рецидив». Порадовало максимальное сближение концепций механической и

функциональной школ, возросшая актуальность раннего лечения.

Практическая часть семинара заключалась в изготовлении ортодонтических элайнеров. У каждого доктора была возможность самостоятельно изготовить set-up модель и произвести коррекцию микрорецидива.

Словом — современно, живо, доходчиво.

Спасибо Станиславу — блестящему ортодонтотв и талантливому лекторотв.

