

Тихонов Владимир Эммануилович

канд. мед. наук, ортодонт

БСП ГБОУ ВПО «Рязанский государственный

медицинский университет

им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

г. Рязань, Рязанская область

Гришин Максим Игоревич

интерн

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный

медицинский университет

им. академика И.П. Павлова» Минздрава России

г. Рязань, Рязанская область

Миронова Марина Александровна

стоматолог-хирург

ООО «Прайм-стоматология»

г. Рязань, Рязанская область

Полковникова Лариса Борисовна

стоматолог-хирург, врач высшей категории

ООО «Прайм-стоматология»

г. Рязань, Рязанская область

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ И УСТАНОВКИ В ЗУБНОЙ РЯД РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Аннотация: у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры часто увеличивается риск возникновения деминерализации эмали и развития кариеса в связи с наличием дополнительных ретенционных пунктов для адгезии налета на зубах. Лечение данной категории пациентов затруднено, так как очаги деминерализации зачастую находятся в непосредственной близости к

несъемному ортодонтическому аппарату и существует риск повреждения его конструкции.

Ключевые слова: ретенция зубов, аномалии, ортодонтическое лечение, коррекция.

Процессы прорезывания зубов вследствие воздействия внешних и внутренних факторов могут нарушаться. Вследствие данного нарушения возникают аномалии прорезывания зубов. Принято различать такие аномалии прорезывания зубов, как преждевременное и запоздалое прорезывания зубов. Карайней степенью задержки физиологической смены зубов является их ретенция. Её частота составляет от 1% до 7%. Ретенированными называют зубы, полностью сформированные и не прорезавшиеся. Чаще других наблюдается ретенция постоянных клыков, вторых премоляров, третьих моляров и сверхкомплектных зубов. Ретенированные зубы могут вызывать невралгические боли, способствовать развитию опухолеподобных заболеваний. При давлении коронки ретенированного зуба на корень соседнего зуба могут вызывать их патологическую резорбцию или аномалии положения [8, с. 460].

В современной стоматологической практике для лечения ретенции постоянных зубов используют следующие методы лечения пациентов с ретенцией зубов:

1. Аппаратурный метод – оздание условий для самостоятельного прорезывания ретенированного зуба: применение съемной ортодонтической техники для раздражающей терапии.

2. Аппаратурно-хирургический – методы создания условий для перемещения зуба с помощью хирургического вмешательства и вытяжения ретенированного зуба путем его вертикального перемещения с помощью ортодонтической аппаратуры.

3. Комплексные методы – применение хирургического вмешательства, аппаратурного лечения и его физиотерапевтической стимуляции.

В практике хирургической и ортопедической стоматологии те или иные нарушения речевой функции больных как до, так и после оперативного

вмешательства и ортопедического пособия встречаются нередко и зачастую достаточно болезненны для пациентов, затрудняя для них общение с окружающими [3].

Цель исследования: оценить клинический опыт применения методики выведения ретенированных зубов на свое место.

Материал и методы исследования. На лечении находилось 17 человек, имеющих данное заболевание. Из них 8 человек имели ретенцию 23 зуба, четверо – 13-го, три – 11-го, один – 33-го, один – 21-го. Зубы располагались как вестибулярно (6 случаев) так и небно (11 случаев). Лечение проводилось в сотрудничестве ортодонта и хирурга. Во всех случаях использовалась несъемная ортодонтическая техника системы MBT.

Выведение ретенированного зуба начинали только с момента установки стальной прямоугольной дуги 0,019 # 0,025 дюйма, иначе возможна потеря правильного положения остальных зубов. На этой же дуге, предварительно проводили открытие места для ретенированного зуба. Естественно, что к этому моменту, зубной ряд должен быть уже окорректирован. После того как хирург обнажает коронковую часть зуба, ортодонт приклеивает на нее, специальную кнопку [1, с. 64]. С помощью цепочки она фиксируется либо к основной дуге, либо к дополнительной. Активируя ее, можно создавать необходимое усилие для вытяжения зуба. Необходимо использовать небольшие силы, иначе можно повредить периодонтальный аппарат зуба и вызвать его анкилозирование. Иногда встречаются ретенированные зубы уже с анкилозом, причем на рентгенограмме определить это, к сожалению, невозможно и чем старше пациент, тем вероятность этого выше [6, с. 36; 5].

С целью выявления данного процесса, нами был разработан ортодонтический аппарат, позволяющий диагностировать возможность движения ретенированного зуба. Это позволяет, в некоторых случаях, избежать дорогостоящего ортодонтического лечения [2, с. 121]. После обнажения достаточного места на вестибулярной поверхности зуба, на нее фиксируется брекет. В его паз, вводится дополнительная дуга диаметром 0,014 или

0,016 дюйма и активируется с помощью восьмиобразных связок. Затем зуб устанавливают в зубной ряд по обычной методики.

Результаты исследования. В результате проведенного лечения у 16 пациентов удалось поставить ретенированные зубы на свое место и достичь хорошего функционального и эстетического результата. В одном случае не удалось вывести клык, расположенный небно, у пациентки старше 35 лет. В дальнейшем ей закрыли место в зубной дуге, переместив зубы мезиально, провели реставрацию премоляра, получив таким образом хороший результат [4].

Заключение. В клинических случаях, когда ретенированный зуб глубоко залегает в челюстной кости и его прорезывание не представляется возможным то он может оставаться в челюсти продолжительное время. Оценка тенденции к прорезыванию осуществляется по рентгенологической картине состояния периодонта и сформированности корня ретенированного зуба, локализации в кости и направлению оси прорезывания. Его следует удалять только лишь в тех случаях, когда он начинает оказывать давление на корни соседних зубов, вызывать их патологическую резорбцию и болезненные ощущения [7, с. 720].

Полученные результаты говорят о достаточно высокой эффективности применения данной методики для постановки ретенированных зубов в зубной ряд.

Список литературы

1. Герасимов С.Н. Несъемная ортодонтическая техника. – Дентал комплекс, 2002. – 64 с.
2. Иванова Ю.А. Клинико-рентгенологическое обоснование применения несъемной ортодонтической техники при лечении детей с аномалиями окклюзии в период сменного прикуса: Дис.... канд. мед. наук: 14.00.21. – М., 2009. – 121 с.
3. Коротких Н.Г. Речевая реабилитация пациентов после хирургических стоматологических операций / Н.Г. Коротких // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1.

4. Лечение с применением несъемной ортодонтической техники [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://medicalplanet.su/stomatology/lechenie_nesiemnimi_apparatami.html (дата обращения: 25.03.2016).

5. Митин Н.Е. Варианты реабилитации пациентов после хирургических санаций полости рта: дДис.... канд. мед. наук: 14.00.21. – Воронеж, 2008.

6. Митин Н.Е. Восстановление нарушенной речевой функции: эффективность применения съемных миогимнастических элементов в период постоперационной реабилитации у пациентов стоматологического профиля / Н.Е. Митин, Е.О. Пономарев, Д.Н. Мишин // Российский стоматологический журнал. – 2015. – №4. – С. 36–38.

7. Ортопедическая стоматология. Фантомный курс: Учебник / Е.Н. Жулев, Н.В. Курякина, Н.Е. Митин / Под ред. Е.Н. Жулев. – Медицинское информационное агентство, 2011. – 720 с.

8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Книга IV. Профилактика и лечение нарушений в зубочелюстно-лицевой области / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин. – 2005. – 460 с.