

ЛИТЕРАТУРА

1. Камаев И.А., Гурвич Н.И., Сорокин А.В., Позднякова М.А. Распространенность и структура детской инвалидности в условиях крупного промышленного города.// Нижегородский медицинский журнал. – 1997, № 2. – с. 55–58.
2. Камаев И.А., Гурвич Н.И. и др. Медико-социальные аспекты детской инвалидности.// Здравоохранение РФ, 1997. – № 5. – С. 45.
3. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России – М.: – 2009. – 236 с.
4. Минздравсоцразвития РФ Приказ от 03.12.09 г. № 946н «Об утверждении порядка оказания помощи детям, страдающим стоматологическими заболеваниями».

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕТЕНЦИЕЙ
ПОСТОЯННЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Рамм Н.Л., к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Закиров Т.В., к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Шутова Т.О., врач-ординатор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Ретенция зуба – довольно распространенная патология, для которой характерно отсутствие зубов в зубном ряду при наличии их зачатков в челюсти. Наиболее часто встречается односторонняя ретенция центральных резцов и клыков верхней челюсти, вторых премоляров на нижней челюсти, реже встречаются случаи ретенции моляров. Ретенция резцов составляет 34,6% от общего числа ретенированных зубов, при этом только 18% пациентов обращаются за помощью по поводу данной патологии (Степанов Г.В., 2000).

Выделяются две разновидности ретенции зуба: частичная ретенция (коронка зуба лишь отчасти скрыта слизистой оболочкой десны (часть ее видима извне при обследовании) и полная ретенция (коронка зуба скрыта

та под слизистой оболочкой десны, а возможно, полностью находится в костной ткани челюсти и незаметна при осмотре полости рта).

Ретенционный зуб может занимать вертикальное, угловое или горизонтальное (сагиттальное, поперечное или косое) положения. Очень редко встречается ретенция зуба, когда ретенционный зуб коронкой повернут в сторону тела челюсти, а корнями – к альвеолярному краю.

Диагностика ретенции основывается как на клинических, так и на рентгенологических данных. К клиническим данным относится задержка прорезывания постоянного зуба или персистенция молочного зуба, а также пальпаторно и визуально определяемая небная или вестибулярная припухлость в области залегания ретенционных зубов. Окончательный ответ при подозрении на ретенцию могут дать рентгенологические методы исследования [4]. Это, прежде всего, прицельные снимки. Одиночный снимок может дать врачу двухмерное представление о зубе. Врач может оценить положение зуба в вертикальной плоскости и в мезиодистальном направлении. Более информативно изучение ортопантограммы. Данный вид исследования дает информацию о положении ретенционного зуба в мезиодистальном направлении, однако не всегда можно точно выявить сложную анатомию его взаиморасположения с соседними зубами. Современный метод трехмерной дентальной компьютерной томографии позволяет точно определить расположение ретенционного зуба в трех взаимно перпендикулярных плоскостях и его соотношение с соседними анатомическими структурами.

Основные причины, которые могут вызвать ретенцию зуба:

- Наследственные синдромы (черепно-ключичный дизостоз).
- Раннее удаление молочных зубов, формирование толстого слоя кости на пути прорезывания.
- Аномальное расположение зачатков постоянных зубов в челюсти, при котором коронка ретенционного зуба направлена в корень соседнего, создавая проблемы не только для прорезывания зуба, но и для состояния соседних зубов.
- Наличие на пути режущегося зуба сверхкомплектных зубов.
- Анкилоз зуба в результате возможной травмы в анамнезе.
- Неблагоприятная наследственность.

Ретенция зуба – достаточно опасная аномалия, под воздействием которой могут развиваться серьезные последствия. Так, 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. Также возможно развитие таких осложнений, как киста, резорбция корней или аномаль-

ное прорезывание соседних зубов, смещение боковых зубов в сторону ретеннированного зуба в переднем отделе зубного ряда, приводящие к нарушению эстетики улыбки и лица, формированию психологических проблем у ребенка [1].

Цель работы – изучить распространенность и структуру ретенции резцов верхней челюсти у пациентов, обратившихся в стоматологическую клинику.

Материал и методы

Нами были проанализированы 1034 истории болезни пациентов, обратившихся за хирургической помощью в детское отделение многопрофильной стоматологической поликлиники УГМА за 2001-2010 гг. 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%). Наличие сверхкомплектных зубов было в 43 случаях (36,4%), по 1 случаю наблюдались новообразование верхней челюсти в переднем отделе, слияние коронок двух зубов и эндокринные нарушения с проявлением в челюстно-лицевой области (по 0,85%).

Продолжительность перемещения ретеннированного зуба в зубной ряд в среднем составила $7 \pm 1,6$ месяцев.

Среди хирургических методов лечения ретеннированных зубов можно выделить несколько видов операций.

Если зуб прорезался через кортикальную пластинку кости и располагается непосредственно под уплотненной слизистой оболочкой, достаточно простого разреза мягких тканей для облегчения прорезывания. При этом разрез рекомендуется проводить, отступив примерно 5 мм от слизисто-десневой границы в сторону окклюзионной плоскости для предотвращения повреждения пародонта прорезывающегося зуба [3].

Хирургическое обнажение коронки ретеннированного зуба используется чаще всего (табл. 1). По нашим данным, этот метод проводился в 64 случаях (54,3%). При операции хирургического обнажения коронок ретеннированных зубов применяется 2 основных способа: открытый и закрытый [2]. Техника открытого доступа применяется чаще при достаточно

близком расположении ретеннированного зуба к окклюзионной линии. Она подразумевает создание окна в слизистой оболочке с целью фиксации на зуб ортодонтического элемента с тягой для низведения ретеннированного зуба в зубной ряд. К недостаткам этой методики можно отнести то, что вокруг выведенных в зубной ряд ретеннированных зубов могут наблюдаться явления гингивита и рецессии десны, что в дальнейшем требует наблюдения у врача-пародонтолога.

Основным преимуществом техники закрытого способа обнажения коронки ретеннированного зуба (с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута) является имитация процесса физиологического прорезывания зуба. В результате формируется более естественный уровень десневого края и оптимальный эстетический результат. Однако у этой методики имеется существенный недостаток: если произойдет дебондинг ортодонтической кнопки от зуба, то пациент вновь направляется на операцию, а это дополнительная травма и определенный риск для здоровья.

Таблица 1

*Хирургические вмешательства
для обнажения ретеннированных резцов верхней челюсти*

Открытый способ		Закрытый способ	
С перфорацией кости	Без перфорации кости	С перфорацией кости	Без перфорации кости
13 случаев	31 случай	8 случаев	12 случаев
11%	26,3%	6,8%	10,2%

Из других хирургических вмешательств в 43 случаях (36,4%) проводилось удаление сверхкомплектного зуба. Операция удаления собственного ретеннированного зуба была проведена в 10 случаях (8,45%). В 1 случае коронки сросшихся зубов были разъединены (0,85%).

Существует несколько способов ортодонтического перемещения ретеннированных зубов. Эти методы могут сочетаться, применяться последовательно или самостоятельно. К наиболее известным методам ортодонтического перемещения зубов относят способы с использованием металлической лигатуры, эластичной тяги, непрерывной суперэластичной дуги, рычагов и пружин, а также использование магнитного усилия. В последнее время широко применяется метод использования золотой цепочки. Золотая цепочка обладает неоспоримыми преимуществами перед другими ортодонтическими аксессуарами. Она не разбухает в слюне и ротовой жидкости, не рвется и не перетирается, как, например, метал-

лические 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 спечки биологически совместимо с органами и тканями полости рта.

Выводы

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

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

Не выявлено зависимости ретенции резцов верхней челюсти от пола.

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.

ЛИТЕРАТУРА

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 ортодонтіа. – 2010. – № 2 (20). – С. 11–16.
3. Корбандо Ж.М., Патти А. Хирургическое и ортодонтическое лечение ретенированных зубов. – 2009. – М., «Азбука стоматолога». – 135 с.
4. Паслер Ф.А., Виссер Х. Рентгенодиагностика в практике стоматолога. – 2007. – М. «МЕДпресс-информ». – 351 с.