

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АНЭРУБЦИЯ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ

Москалева И. В., Бейшер Е. А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра ортодонтии, г. Минск, Беларусь*

Введение. Анэрубция (задержка прорезывания или ретенция) верхних постоянных клыков в европейской популяции составляет 1–2%, нижних клыков – 0,35% [3]. Эта аномалия встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин. При планировании лечения пациентов с анэрубцией клыков необходимо учитывать: жалобы, возраст пациента, вид прикуса, продолжительность лечения, уровень кооперации с пациентом, положение зуба в костной ткани и состояние тканей периодонта.

Цель работы – определить эффективность комплексного метода при лечении пациентов с анэрубцией клыков.

Объекты и методы. На кафедре ортодонтии УО «Белорусский государственный медицинский университет» на базе ГУ «Республиканская клиническая стоматологическая поликлиника» был обследован пациент

Е., 17 лет. При обследовании применяли клинические и лучевые методы. Клинические методы включали выяснение жалоб, сбор анамнеза, внешний осмотр пациента, осмотр полости рта с постановкой ортодонтического диагноза по Ф. Я. Хорошилкиной. Лучевое исследование включало выполнение и детальный анализ ортопантограммы и данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ).

Результаты. Пациент Е., 17 лет, обратился на кафедру ортодонтии УО «Белорусский государственный медицинский университет» с жалобами на наличие временных клыков в зубной дуге. При внешнем осмотре – лицо симметричное, профиль прямой. При осмотре полости рта установлен диагноз: нейтральный, глубокий прикус, укорочение зубных дуг, зубоальвеолярное удлинение в переднем отделе, зубоальвеолярное укорочение в боковых отделах, анэрубция зубов 2.3, 3.3, 4.3, в зубной дуге 6.3, 7.3, 8.3.

Ключевым моментом при планировании ортодонтического лечения является оценка положения клыков и определение соотношения корней зубов, поэтому пациенту была назначена КЛКТ. По результатам лучевых методов исследования у пациента была выявлена анэрубция зубов 2.3, 3.3, 4.3. Зуб 4.3 располагался горизонтально в альвеолярном отростке нижней челюсти.

Существуют различные варианты лечения пациентов с анэрубцией клыков [2, 3]: удаление клыка в анэрубции перемещение первого премоляра на его место; рациональное протезирование; хирургическое обнажение коронки клыка и перемещение его в зубной ряд (наиболее приемлемый подход). К преимуществам одноступенчатой методики хирургического лечения можно отнести наложение десневой повязки, которая будет снижать дискомфорт пациента, и предотвращать нарастание на аппаратуру грануляционной ткани. Этот подход наиболее оправдан при небно-расположенных зубах. В данной ситуации врач может видеть коронку зуба и лучше контролировать перемещение. Следует помнить, что при хирургическом обнажении коронки зуба необходимо удалять такой объем костной ткани, который необходим для фиксации брекета. Во время операции цемента-эмалевое соединение не должно обнажаться, так как это влияет на будущее состояние периодонта зуба и сведет к минимуму потерю костной ткани и риск повреждения зуба во время перемещения. На основании результатов клинических и лучевых исследований был составлен план лечения: 1) нормализация формы зубных дуг и прикуса с помощью мультибондинг системы; 2) удаление 6.3, 7.3, 4.3 по ортодонтическим показаниям; 4.3 (горизонтальное положение в альвеолярном отростке нижней челюсти); 3) хирургическое обнажение коронок зубов 2.3, 3.3 и установка в зубной ряд.

Пациенту Е. была установлена мультибондинг система для нормализации формы зубных дуг. После 6 месяцев лечения и возможности постановки стальных дуг прямоугольного сечения, пациент был направлен к челюстно-лицевому хирургу для удаления 6.3 и оголения коронки 2.3, с проведением люксации. С появлением новых ортодонтических аппаратов врачам-ортодонтам стало значительно легче контролировать величину и направление силы. Прежде чем хирургически обнажить клык в анэрубции, необходимо создать место для постановки зуба в зубной ряд. Это обеспечит достаточную зону прикрепленной десны. После того, как зуб 2.3 успешно переместили в зубную дугу, пациент был направлен для удаления 7.3 и оголения 3.3. К зубу приложена небольшая сила с помощью металлической лигатуры, которая прикреплена к стальной жесткой дуге (SS0,017 * 0,025). Сочетание слабой силы и жесткой дуги сводит к минимальному перемещению соседних зубов и физиологичному перемещению зуба с минимальным воздействием на ткани периодонта. Прогноз для перемещения зубов в анэрубции зависит от множества факторов. В целом, горизонтально ретинированные и анкилозированные клыки наиболее сложны в перемещении и имеют неблагоприятный прогноз. У пациента Е. в виду горизонтального положения 4.3 и расположения в подбородочной области, было принято решение об удалении 4.3 и сохранении в зубной дуге 8.3.

Заключение. Для диагностики целесообразно применение КЛКТ. При возможности перемещения зуб устанавливают на место, в противной ситуации проводится выравнивание зубов с последующим хирургическим, терапевтическим или ортопедическим лечением. Лечение пациентов с анэрубцией клыка, как правило, требует комплексного подхода с участием нескольких специалистов. Очень важно, чтобы эти специалисты работали сообща, так как только таким образом может быть определена наилучшая тактика лечения и получен результат, удовлетворяющий как доктора, так и пациента.

Литература.

1. Арсенина, О. И. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с ретинированными зубами / О. И. Арсенина, Н. П. Стадницкая // Новое в стоматологии. – 1997. – Вып. 1 (51). – С. 32–34.
2. Пономарева, К. Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / К. Г. Пономарева; Санкт-петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова. – СПб., 2000. – 17 с.
3. Степанов Г. В. Комплексное лечение при ретенции отдельных зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Г. В. Степанов; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т МЗ РФ. – М., 2000. – 24 с.