

АНЭРУБЦИЯ ПОСТОЯННЫХ КЛЫКОВ

Москалёва И.В., Бейшер Е.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
кафедра ортодонтии*

Анэрубция постоянных клыков (задержка прорезывания или ретенция) – относится к наиболее распространенным зубочелюстным аномалиям [3]. В европейской популяции анэрубция верхних клыков составляет 1-2%, нижних клыков - 0,35%. Эта аномалия встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Установлено, что у 8% отмечается двухсторонняя аномалия среди всех пациентов с анэрубцией верхних клыков [10].

Известно, что клыки имеют самый длинный период формирования, от момента развития в челюсти до окончательного прорезывания в зубной ряд. Развитие верхних и нижних клыков начинается между 4 и 5 месяцами жизни. Верхние клыки прорезаются в среднем в 11-12 лет, тогда как клыки нижней челюсти - в среднем в 10-11 лет. Во время своего прорезывания коронки постоянных клыков находятся рядом с корнями боковых резцов. Broadbent выступает против ранней коррекции положения боковых резцов, смещенных

вестибулярно и дистально, считая, что это может привести либо к анэрубции клыков, либо к резорбции корней боковых резцов.

Причины анэрубции зубов можно разделить на общие и местные [1]. Общие причины включают наследственность, эндокринные нарушения, рахит, врожденный сифилис, лихорадочные заболевания, облучение. К местным факторам относятся:

1. Несоответствие размеров зубов и места в зубном ряду.
2. Длительная ретенция или ранняя потеря временного клыка.
3. Неправильное положение зубного зачатка.
4. Анкилоз клыка.
5. Кистозное или опухолевое образование.
6. Факторы ятрогенного происхождения.
7. Идиопатическая ретенция.

По данным Shafer [11] анэрубция постоянного клыка может привести к следующим последствиям: вестибулярное или лингвальное положение зуба в анэрубции, смещение соседних зубов и дефицит места в зубной дуге, внутренняя резорбция, формирование одонтогенной кисты, наружное рассасывание корня зуба в анэрубции.

Установлено, что у 0,71% детей в возрастной группе 10-13 лет было отмечено рассасывание корней постоянных резцов вследствие эктопического прорезывания верхних клыков [4].

Потенциальные осложнения подчеркивают необходимость более пристального наблюдения за формированием и прорезыванием постоянных клыков при обычных периодических осмотрах детей стоматологом.

Цель работы - определить эффективность применения трёхмерной компьютерной томографии и тактику врача-ортодонта при лечении пациентов с анэрубцией клыков в зависимости от клинической ситуации.

Были поставлены следующие задачи:

- 1) определить наиболее информативный метод диагностики пациентов с аномалией сроков прорезывания зубов;
- 2) изучить подходы к лечению пациентов с анэрубцией зубов;
- 3) обосновать тактику лечения пациентов с анэрубцией зубов в зависимости от клинической ситуации.

Материал и методы.

На кафедре ортодонтии Белорусского государственного медицинского университета на базе Республиканской клинической стоматологической поликлиники была обследована пациентка Е., 17 лет. При обследовании пациента применяли клинический и рентгенологический методы исследования,

позволяющие объективно оценить состояние зубочелюстной системы, регистрировать динамику проводимого лечения.

Клинический метод включал выяснение жалоб, сбор анамнеза, внешний осмотр пациента, осмотр полости рта с постановкой ортодонтического диагноза по Ф.Я. Хорошилкиной.

Рентгенологическое исследование включало изучение ортопантограммы, данных трехмерной компьютерной томографии.

Результаты исследования.

Пациент Е., 17 лет, обратилась на кафедру ортодонтии БГМУ 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 (рис. 1,2).



Рис. 1 Пациент Е. с анэрубцией клыков. Фотограмма окклюзии до лечения



Рис. 2 Пациент Е. с анэрубцией клыков. Фотограммы зубных дуг до лечения

Предполагается, что индикаторами данной патологии могут быть следующие клинические признаки [1]:

1. Задержка прорезывания постоянного клыка или наличие молочного клыка в зубной дуге в возрасте старше 14-15 лет.
2. Отсутствие вестибулярной выпуклости клыка; невозможность определить положение клыка посредством внутриротовой пальпации альвеолярного отростка, либо наличие асимметрии выпуклости клыка.
3. Определяемая оральная припухлость в области клыка.

4. Задержка прорезывания, дистальное смещение бокового резца.

При пальпации альвеолярного отростка в области 2.3 с небной поверхности определялось выбухание отростка, а при пальпации альвеолярного отростка с вестибулярной поверхности 3.3, 4.3, и в области переходной складки на нижней челюсти также определяется припухлость отростка.

В оценке положения клыков могут помочь различные рентгенологические методы исследования, такие как окклюзионные снимки, обзорные снимки (ортопантомограмма) [5]. Как правило, пациенты приходят с прицельными снимками и ортопантомограммой челюстей, но это двухслойное изображение, которое не всегда позволяет определить соотношение корней зубов, что является ключевым моментом при планировании ортодонтического лечения.

Поэтому пациенту было назначено трёхмерное рентгенологическое исследование. Этот вид исследования позволяет установить расположение зубов в трёх плоскостях, а также состояние и плотность окружающей костной ткани. В сравнении с ОПТГ и внутриротовыми прицельными рентгенограммами позволяет на начальной стадии выявить резорбцию корней зубов. По результатам рентгенологического обследования у пациента была выявлена анэрубция зубов 2.3,3.3,4.3. Зуб 4.3. располагался горизонтально в альвеолярном отростке нижней челюсти (рис.3).



Рис. 3 Ортопантомограмма пациента Е. с анэрубцией клыков

При планировании лечения пациентов с анэрубцией клыков необходимо учитывать следующие факторы, влияющие на результат лечения:

1. Положение зуба в костной ткани.
2. Возраст пациента.
3. Жалобы пациента.

4. Эстетический компонент зубочелюстной системы.
5. Вид прикуса.
6. Продолжительность лечения.
7. Уровень кооперации пациента и доктора.
8. Состояние тканей периодонта.

После этого врач выбирает различные варианты лечения, показанные для данного пациента, среди которых могут быть следующие [2,3].

1. Отсутствие лечения, если у пациента нет мотивации. В таком случае необходима периодическая оценка состояния клыка в анэрубции на предмет наличия патологических изменений. Следует напомнить пациенту, что отдаленный прогноз для задержавшегося молочного клыка неблагоприятный независимо от длины корня и эстетически приемлемого вида коронки. Это связано с тем, что в большинстве случаев корень молочного клыка в конце концов рассасывается, и зуб приходится удалять.
2. Аутотрансплантация клыка.
3. Удаление клыка в анэрубции и перемещение первого премоляра на его место.
4. Рациональное протезирование.
5. Хирургическое обнажение коронки клыка и перемещение его в зубной ряд. Это наиболее приемлемый подход.

Существует большое число хирургических методов для обнажения клыка в анэрубции и установки его в зубной ряд. Приведем два наиболее часто используемых способа [5,6]:

1. Хирургическое обнажение клыка, обеспечивающее самостоятельное прорезывание.
2. Хирургическое обнажение клыка, фиксация ортодонтического приспособления и установка в зубной ряд.

Первый метод эффективен, когда клык имеет правильный осевой наклон и не нуждается в выпрямлении по ходу прорезывания. Динамика прорезывания должна контролироваться рентгенологически с использованием ориентиров, таких как соседний зуб или проволочная дуга. Основным недостатком этого метода является медленное (самостоятельное) прорезывание, увеличение времени лечения и невозможность повлиять на направление прорезывания зуба.

При втором методе после хирургического обнажения коронки зуба в анэрубции к нему прикрепляется ортодонтическое приспособление (брекет, лингвальная кнопка). Относительно времени установки ортодонтического приспособления обычно рекомендуют два подхода:

1. Двухступенчатая методика, при которой клык хирургически обнажается и на область операции накладывается повязка. После того, как рана заживет, через 3-8 недель, повязка удаляется и фиксируется аппаратура.

2. Одноступенчатая методика, при которой приспособление фиксируется к зубу на этапе его хирургического обнажения. Ткани вокруг фиксируемого приспособления должны быть иссечены, наложена десневая повязка. Повязка будет снижать дискомфорт пациента и предотвращать нарастание на аппаратуру грануляционной ткани до того времени, когда появится возможность применить ортодонтические силы для перемещения зуба. Этот подход особенно оправдан при небно-расположенных зубах. Одним из преимуществ в данном случае является то, что когда к зубу приложена сила, врач может видеть коронку зуба и лучше контролировать его перемещение.

Следует помнить, что при хирургическом обнажении коронки зуба в анэрубции должно удаляться такое количество костной ткани, которое необходимо для фиксации брекета. Во время операции цемента-эмалевое соединение не должно специально обнажаться, так как это благотворно повлияет на будущее состояние периодонта зуба, т.к. сведет к минимуму потерю костной ткани и риск повреждения зуба во время ретракции. Предложены различные методы прикрепления к зубу в анэрубции, включая коронки, проволочные лигатуры, звенья цепочки, кольца и непосредственно фиксированные брекеты. Очень важно проводить консервативное хирургическое обнажение ретинированных зубов, достаточное для фиксации брекета или ортодонтической кнопки. Использование проволочного лассо должно быть исключено.

На основании результатов клинического и рентгенологического исследования был составлен план лечения:

1. Нормализация формы зубных дуг и прикуса с помощью мультибондинг системы.

2. Удаление 6.3, 7.3 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 (рис. 4).

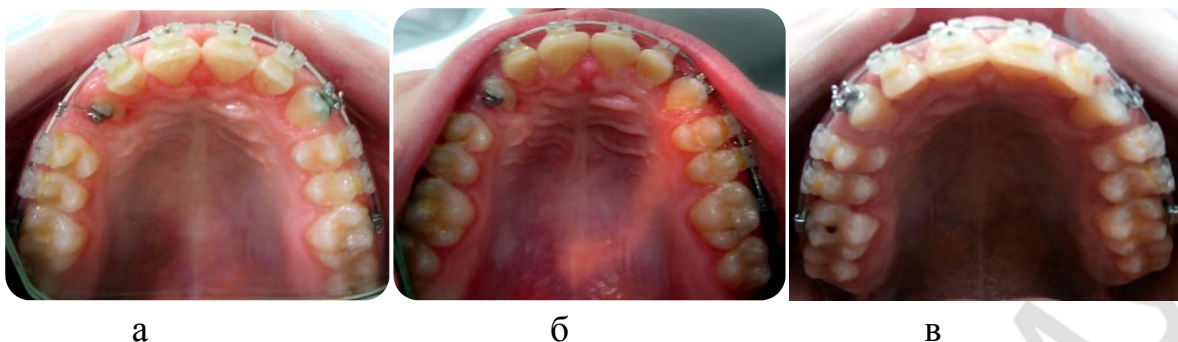


Рис. 4. Пациент Е., 17 лет, на этапе лечения.
а) после операции б) через 3 месяца в) через 9 месяцев

С появлением новых ортодонтических аппаратов врачам-ортодонтам стало значительно легче контролировать величину и направление силы. Прежде чем хирургически обнажать клык в анэрубции, необходимо создать место для постановки зуба в зубной ряд. Это обеспечит достаточную зону прикрепленной десны. После того, как зуб 2.3 был успешно перемещен в зубную дугу, пациент был направлен для удаления 7.3 и оголения 3.3 (рис. 5).



Рис. 5. Пациент Е., 17 лет, на этапе лечения.
а) после операции б) через 3 месяца

К зубу приложена небольшая сила с помощью металлической лигатуры, которая прикреплена к стальной жесткой дуге (SS 0,017 * 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 том числе положения зуба относительно соседних зубов, его ангуляции, расстояния, на которое следует переместить зуб, возможного наличия анкилоза. В целом, горизонтально ретинированные и анкилозированные клыки наиболее сложны в перемещении и имеют наиболее 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 (рис. 6).



Рис. 6. Пациент Е., 17 лет, на заключительном этапе лечения.

Выводы:

- 1) Для диагностики целесообразно применение трёхмерного рентгенологического исследования. Этот вид исследования позволяет установить расположение зубов в трёх плоскостях, а также состояние и плотность окружающей костной ткани. В сравнении с ОПТГ и внутривисочными прицельными рентгенограммами, позволяет на начальной стадии выявить резорбцию корней зубов.
- 2) Существуют различные варианты лечения задержки прорезывания клыков: отсутствие лечения, аутотрансплантация клыка, удаление ретинированного клыка и перемещение первого премоляра на его место, рациональное протезирование, хирургическое обнажение клыка и ортодонтическое перемещение его в зубной ряд.
- 3) Потенциальные осложнения подчеркивают необходимость раннего наблюдения за формированием и прорезыванием клыков при обычных периодических осмотрах детей стоматологом.
- 4) При возможности перемещения зуб устанавливают на место, в противном случае проводится выравнивание зубов с последующим хирургическим, терапевтическим или ортопедическим лечением.

Ранняя диагностика и знание тактики лечения пациентов с анэрубцией зубов позволят врачу-ортодонту в короткие сроки нормализовать положение отдельных зубов, восстановить функцию и эстетику. Лечение пациентов с анэрубцией клыка, как правило, требует комплексного подхода с участием нескольких специалистов. Очень важно, чтобы эти специалисты работали сообща - только так они смогут выбрать наилучшую тактику и получить результат, который удовлетворит и доктора и пациента.

Литература

1. Аникиенко А.А. , Камышева Л.И., Рогова М.Е. Клинические проявления и этиология нарушений прорезывания зубов. //Ортодент-инфо. - 2000.- № 1-2, - с.57-60.
2. Арсенина О.И., Стадницкая Н.П. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с ретинированными зубами //Новое в стоматологии. -1997. -Вып. 1(51). -с.32-34.
3. Калашников В.Н., Крыхтин Д.С., Сулова Д.И. Компактостеотомия в ортодонтическом лечении ретенции постоянных зубов верхней челюсти. // Труды 5 съезда стоматологической ассоциации России. М.- 1999.- с.246-247.
4. Пономарева, К. Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов. Автореферат дисс. ... к. м. н., СПб. 2000. С. 17.
5. Степанов Г. В. Комплексное лечение при ретенции отдельных зубов // Автореферат дисс. к. м. н. М. 2000. С. 24.
6. Sequeiros P, Carvalho V, Brito A. Tooth impaction. Apropos of a clinical case of bilateral impacted mandibular canines //Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 1988 Jan-Mar;29(1):9-14