

**Дорошенко С. І., Кульгінський Є. А., Стороженко О. В., Дорошенко К. В.**

### **КЛІНІЧНІ ФОРМИ РЕТЕНЦІЇ ЗУБІВ ТА ЇХ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ДІАГНОСТИКА**

Медичний університет Української асоціації народної медицини

**Актуальність.** У фаховій літературі ретенція розглядається як порушення процесу прорізування зубів (Персин Л. С., 1998 та ін.)

Згідно з даними масових оглядів дітей та підлітків, ретенція зубів складає від 0,8% до 8%, а за даними клінічних спостережень – від 3,5% до 17,4% (С. І. Дорошенко, 1991; С. І. Тріль, 1992; Арсенина О. І., Стадницькая Н. П., 1997; Пискунова Е. В., 1999; Бардавил Дж. Е., Тугарин В. А., 2000; Аникиєнко А. А., Камышева Л. І., Рогова М. Е., 2000; Пономарева К. Г., 2000 та ін.)

У ретенції можуть перебувати як окремі зуби, так і група зубів, серед яких тимчасові, постійні та надкомплектні. Ретенція окремих зубів зустрічається частіше, ніж множинна чи повна.

За останні роки в ортодонтічній практиці почастишали випадки звернення пацієнтів із такою тяжкою зубощелепною аномалією як множинна та повна ретенція зубів, які є одним із симптомів спадкових і системних захворювань організму людини, що мають свої характерні клінічні прояви в зубощелепно-лицевій ділянці, зокрема в порожнині рота, що важливо враховувати в проведенні їх диференційованої діагностики.

**Мета.** Розробка алгоритму диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів на підставі ретельного вивчення особливостей її клініки.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено та прийнято на лікування 148 пацієнтів віком від 2 до 17 років із ретенцією зубів. Використані клінічні, рентгенологічні та антропометричні методи обстеження пацієнтів.

**Результати.** Основним діагностичним критерієм ми обрали кількість ретенованих зубів. Тому прийняті нами на лікування 148 дітей і підлітків віком від 2 до 17 років були розподілені на 3 основні клінічні групи з урахуванням кількості ретенованих зубів: I – 109 пацієнтів із ретенцією поодиноких зубів (не більше трьох та розташованих у різних ділянках зубної дуги за класифікацією С. І. Дорошенко); II – 36 осіб із множинною ретенцією зубів (від 4 до 9 і більше зубів); III – 3 особи, які мали повну ретенцію зубів.

Другим діагностичним критерієм ретенції зубів слугувало розміщення їх у щелепних кістках. При цьому використовували класифікації Ф. Я. Хорошилкиной, Е. Ф. Проскурина (1977) та В. П. Неспрядька (1985). Ураховуючи те, що перший клінічний ступінь (форма) ретенції зубів у обох авторів збігається за своєю характеристикою, ми вважали за доцільне їх об'єднати і виділити такі типи: I тип – умовна (ідіопатична), або проста ретенція зубів, при якій зуби знаходяться в щелепних кістках із правильним нахилом осі прорізування до альвеолярного гребеня, і такий зуб згодом може прорізатися самостійно за умови усунення перепони; II тип – із відхиленням поздовжньої осі рете-

нованого зуба від правильної осі прорізування більше 15°; III тип – із різними ступенями розташування ретенованого зуба відносно альвеолярного гребеня по вертикалі та у вестибулооральному напрямку; IV тип – за станом кореня ретенованого зуба.

Наступним діагностичним критерієм слугувала наявність у пацієнта загальносоматичних системних або генетичних захворювань, а саме: фіброматозу ясен, рахіту та синдромальної патології (черепно-ключичний дизостоз, хондродистрофія та ін.)

Тому, враховуючи вищенаведене, при проведенні диференційованої діагностики різновидів ретенції зубів ми визначали не тільки кількість ретенованих зубів, розташування їх у щелепних кістках, стан коренів і пародонта, а і причини її виникнення.

Проведений нами аналіз причин ретенції зубів та клінічних даних показав наступне.

У пацієнтів I групи, тобто з ретенцією поодиноких зубів, основною причиною даної аномалії прорізування слугував переважно дефіцит місця в зубній дузі, який був зумовлений не тільки ранньою втратою тимчасових зубів у 45 (41,28%) осіб, а й невідповідністю між величиною зубів та щелеп – 24 (22,02%) особи. У пацієнтів II групи, тобто з множинною ретенцією зубів (4 і більше) в анамнезі превалювала синдромальна патологія в 15 (41,67%) осіб. У 7 (19,4%) пацієнтів причиною множинної ретенції зубів слугував фіброматоз ясен, а в 5 (13,89%) – рахіт, перенесений у ранньому дитинстві. У пацієнтів III групи, тобто з повною ретенцією усіх зубів, причиною виникнення ретенції зубів слугував рахіт (у 2 осіб) та системне спадкове захворювання – хондродистрофія (1 пацієнт).

На підставі проведених досліджень ми розробили схему, тобто алгоритм диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів з урахуванням вищезгаданих критеріїв.

**Висновки.** Усе наведене вище ще раз підтвердило той факт, що ретенція зубів (часткова, множинна та повна) є поліфакторним захворюванням, яке потребує виваженого підходу до диференційованої діагностики.

Розроблена нами схема алгоритму диференційованої діагностики різних форм ретенції зубів з урахуванням їх кількості, топографії та локалізації, причини виникнення даної зубощелепної аномалії та її наслідків дозволяє не тільки полегшити встановлення діагнозу, а і обрати найраціональніші та адекватні методи лікування.

**Дорошенко С. І., Саранчук О. В.**

### **ЗВ'ЯЗОК ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ**

Медичний університет Української асоціації народної медицини

**Актуальність.** Захворювання тканин пародонта (ЗТП) натепер є однією з найскладніших проблем сучасної стоматології. Це пов'язано, в першу чергу, з