

УДК 616.311-02: 616.314-089

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РЕТЕНОВАНИМИ ЗУБАМИ ПРИ НЕСТАЧІ МІСЦЯ У ЗУБНОМУ РЯДУ

К.М. Лихота, доктор медичних наук, доцент, Інститут стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

В.В. Коваленко, полковник медичної служби, доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри щелепно-лицьової хірургії і стоматології Української військово-медичної академії

Резюме. *Мета:* вивчення розташування ретенованих зубів фронтальної групи та виведення їх в прикус за допомогою хірургічних та ортодонтичних методів. Удосконалення методики хірургічного втручання при ретенції третіх молярів. *Матеріали та методи:* обстежено 58 пацієнтів, віком від 12 до 20 років, з частковою або повною ретенцією фронтальних зубів верхньої щелепи. Також 52 пацієнта, віком від 16 до 34 років, з ретенованими третіми молярами. *Результати:* у 58 пацієнтів з ретенованими фронтальними зубами, проводили хірургічний етап підготовки до ортодонтичного лікування: відшарувували слизовий клапоть з коронкової частини зуба з подальшою фіксацією ортодонтичної кнопki. При потребі, порожнину заповнювали біокомпонентною (BiO-OSS) композицією. Зуб з ортодонтичною кнопкою, за допомогою ортодонтичної дуги, поступово виводили в зубний ряд. У 52 пацієнтів, після атипичного видалення ретенованих молярів, лікування проводилося з використанням F.R.P. *Висновки:* метод дозволяє проводити лікування ретенції зубів, а також скоротити період реабілітації пацієнтів. Запропонована схема лікування пацієнтів з ретенованими третіми молярами знижує рівень післяопераційних ускладнень та покращує процес регенерації в лунці видалених зубів.

Ключові слова: ретенвані зуби, незнімна ортодонтична техніка (брекет система), шинування зубів, оперативне втручання, біокомпозиція Bi-OSS та аутокістка.

Вступ. Повна та часткова ретенція окремих зубів є досить розповсюдженою патологією серед аномалій оклюзії. За даними вітчизняних та зарубіжних авторів найчастіше зустрічається одностороння або двостороння ретенція третіх молярів, а також ікол, нерідко зустрічається ретенція центральних різців [6, 7].

Важливим моментом реабілітації пацієнтів, які мають ретенвані зуби є комплексний підхід, який повинен включати крім ортодонтичної корекції хірургічну підготовку – відшарування хірургічного клаптя з клінічної коронки ретенваного зуба, фіксація ортодонтичної кнопки та подальше ортодонтичне лікування, направлене на оптимізацію оклюзії [2, 6].

Окремої уваги заслуговує хірургічна тактика при видаленні, за ортодонтичними показаннями, третіх молярів, особливо на нижній щелепі. Хірургічне втручання з приводу атипичного видалення третіх молярів на нижній щелепі є досить складним і часто супроводжується

такими післяопераційними ускладненнями як альвеоліт та кровотеча. Запалення лунок ретенваних зубів обумовлено, перш за все, анатомо-топографічними особливостями їх розташування та травматичністю методики атипичного видалення (розтин тканин, препарування оточуючих кісткових структур альвеоли, фрагментація коронкової частини та коренів зуба) [1, 3, 4, 5].

Метою дослідження є вивчення розташування ретенваних зубів фронтальної групи та виведення їх в прикус за допомогою хірургічної корекції та ортодонтичного лікування. Удосконалення методики хірургічного втручання при ретенції третіх молярів.

Матеріали та методи дослідження. Нами обстежено 58 пацієнтів, віком від 12 до 20 років, з частковою або повною ретенцією фронтальних зубів верхньої щелепи. Всі пацієнти розподілені на дві вікові групи: I – 12-17 років (37 пацієнтів), та II – 18-20 років (21 особа).

Також 52 пацієнта, віком від 16 до 34 років, склали групу, яким проводилося атипове видалення ретенуваних третіх молярів, в комплексі ортодонтичного лікування.

Завдяки рентгенологічним методам дослідження визначається розташування ретенуваного зуба – глибокого залягання, косоного або поперечного (рис.1, 2).



А



Б

Рис. 1 (А, Б). Ортопантомограма (А) та комп'ютерна томографія (Б) пацієнтки С. II вікової групи. Визначається ретенуваний, вертикально розташований зуб №13

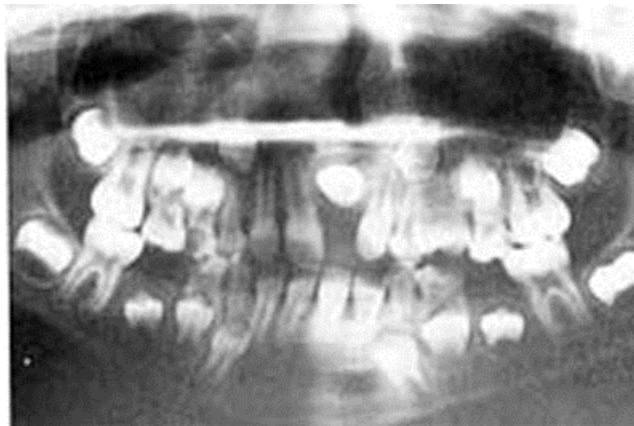


Рис. 2. Ортопантомограма пацієнтки Л. I вікової групи. Визначається ретенуваний, вертикально розташований зуб №11

Після встановлення діагнозу, складали план лікування. При ретенції фронтальної групи зубів, хірургічне втручання здійснювали після провідникової або інфільтраційної анестезії в місці ретенуваного зуба, проводили лінійний розтин вздовж альвеолярного відростка і два вертикальних розрізи. Распатором відшарували слизово-надкістковий клапоть трапецієвидної форми, основою звернений до

перехідної складки. Потім видаляли кісткову тканину біля ретенуваного зуба і оголяли його коронку.

Далі проводили репозицію зуба, в результаті чого інколи утворювалась кісткова порожнина, яку заповнювали біоматеріалом Ві-ОСС і аутокісткою, отриманою в результаті хірургічного втручання. На вертикальні розрізи накладали шви (рис. 3).



Рис. 3. Хірургічний етап лікування ретенції зуба № 11 у пацієнтки Л. І вікової групи

Після хірургічного втручання проводили подальше ортодонтичне лікування (рис. 4, 5). Для реабілітації всім пацієнтам призначали протизапальну, десенсибілізуючу терапію та фізичні методи лікування.

Атипове видалення третіх молярів проводили, як правило, під провідниковою анестезією з медикаментозною седативною премедикацією за класичною методикою. Препарування кісткової тканини в ділянці зубу

здійснювали, переважно, за допомогою п'єзохірургічного інструменту.

Для профілактики запальних ускладнень після атипових видалень ретенованих молярів застосовували комплексну схему післяопераційного лікування, яка включала медикаментозну протизапальну терапію (антибіотики, антигістамінні препарати та місцеві антисептики) та введення в альвеолу видаленого зуба кров'яного згустка, збагаченого тромбоцитами (FRP).



Рис. 4. Внутрішньоротове фото пацієнтки Л. І вікової групи, ортодонтичний етап корекції

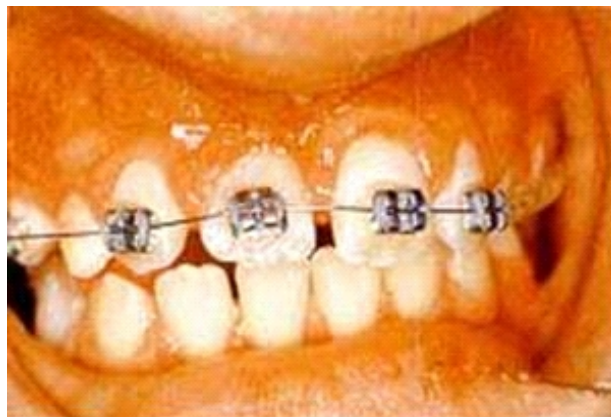


Рис. 5. Внутрішньоротове фото пацієнтки Л. І вікової групи, ортодонтичний етап корекції, після встановлення зуба № 11 в зубний ряд

Контроль за процесами репаративної регенерації проводили методом ультразвукової ехоостеометрії. Цей метод дозволяє на основі різниці в терміні проходження ультразвуку по відрізьку кісткової тканини визначити зміни цілісності та щільності її структури. За загальною методикою визначали електрочутливість пульпи в віддалені строки після операції.

Результати дослідження та їх обговорення.

Всім пацієнтам до лікування проводили рентгенологічні методи дослідження: ортопантомографію або комп'ютерну томографію.

Дослідження електрочутливості пульпи ретенуваних зубів після оперативного втручання через 1-3 місяці показали, що електрочутливість пульпи в середньому складала 7-10 мкА, що відповідає реакції пульпи здорових зубів.

На основі прикладу лікування пацієнтки Л., І вікової групи показана динаміка переміщення зуба 11в зубний ряд (рис. 6). Використана хірургічна методика відкриття ретенуваного зуба, заповнення альвеоли зуба біоматеріалом Ві-OSS і аутокісткою, що прискорює процеси регенерації і дає можливість без ускладнень застосовувати ортодонтичну апаратуру для переміщення зуба. Методи контролю процесу регенерації – ультразвукової ехоостеометрії та електрочутливості пульпи ретенуваного зуба дали змогу констатувати позитивний ефект даної методики. Також позитивні результати отримані в усіх 58 пацієнтів І та ІІ досліджуваних груп. Після переміщення ретенуваних зубів в зубний ряд продовжувалось ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій та деформацій.

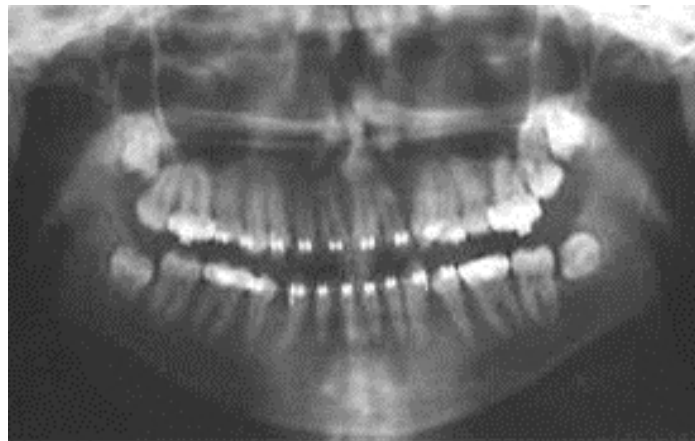


Рис. 6. Ортопантомограма пацієнтки Л. І вікової групи. Зуб №11 знаходиться в зубному ряду

У 83,94% пацієнтів атипове видалення, в комплексі ортодонтичного лікування, проводили пацієнтам з ретенуваними третіми молярами нижньої щелепи (рис. 7). Застосування запропонованої схеми післяопераційного

лікування дозволило мінімізувати больовий синдром, гіперемію та набряк слизової оболонки в ділянці видаленого зуба. Заповнення лунки видаленого зуба згустком FRP сприяло швидкій остеорегенерації стінки альвеоли.

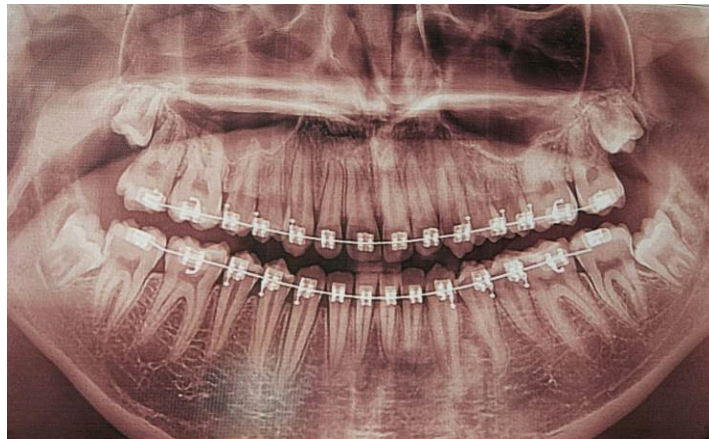


Рис. 7. Ортопантомограма пацієнтки М., 17 років. Ретенція третіх молярів

Висновки

Таким чином, на основі проведених досліджень, було доведено, що запропонований метод стимулює процес регенерації, запобігає виникненню рецесії ясен, скорочує строки та забезпечує стабільний результат ортодонтичного лікування, а також зменшує період реабілітації пацієнтів. Такий

підхід відіграє значну роль в нормалізації функції та естетики.

Запропонована схема лікування пацієнтів з ретенованими третіми молярами знижує рівень післяопераційних ускладнень та покращує процес регенерації лунок видалених зубів.

Література

1. Клиническая апробация различных антибактериальных и гемостатических средств для остановки кровотечения и профилактики воспаления после удаления зуба / Э.А. Дыгов, Э.А. Дегтярь, А.В. Арутюнов, М.К. Демурова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2015 - №1(150). - с.66-69.

2. Коваленко В.В. Особливості планування дентальної імплантації в складних клінічних випадках / В.В. Коваленко, В.В.Белявцев, М.З.Лицишин // Матеріали третього з'їзду черепно-щелепно-лицевих хірургів України, 17–18 травня 2013 р. - К., 2013.- С. 299-302

3. Лихота А.М. Видалення ретенованих нижніх третіх молярів та профілактика ускладнень пов'язаних з ним / А.М. Лихота, В.В. Коваленко, В.П. Цислюк // Проблеми військової охорони здоров'я: збірник наукових праць УВМА. - Вип.19. - 2007. - С.442-446.

4. Клинико-экспериментальное обоснование применения препарата «коллост» и биорезорбируемых мембран «Диплен-гам» и «Пародонкол» при удалении ретенированных и дистопированных нижних третьих моляров / Сирак С. В., Слетов А. А., Алимов А. Ш. [и др.] // Стоматология. – 2008. – Т. 87. № 2. – С. 10–14.

5. Сирак С. В. Опыт лечения альвеолита с использованием различных антибактериальных и гемостатических средств / С.В. Сирак, А.А. Слетов, А.Д. Читанова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2013. – № 2. – С. 56–58.

6. Machtei Eli E. Периодонтальный аспект при лечении ретенции резцов верхней челюсти / Machtei Eli E., Zyskind Karin, Ben-Yegouda Amos // Ортодонт-инфо. – 2000. - № 4. – С.35-37.

7. Ортодонтическо-хирургическая техника обнажения интактного зуба методом закрытого прорезывания / Scomro P., Balcerzak Y., Sobczyk P., Zesakovski M. // Современная стоматология/ Минск-2005.-№2.-с.56-57.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Борисова І.В.