

Процук Р.Ю., Начева Л.В.

Кемеровская государственная медицинская академия,  
г. Кемерово

## НОВЫЙ СПОСОБ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОРЕЗАВШИХСЯ ЗУБОВ

Новый способ ортодонтического лечения непрорезавшихся, глубоко залегающих в челюсти зубов, обеспечивает удобство технического исполнения, исключает ортопедический этап в ортодонтическом лечении непрорезавшегося зуба, не требует значительных затрат; позволяет сохранить ретенированный, глубоко залегающий зуб; предупреждает развитие осложнений, связанных с ретенцией зуба.

**Ключевые слова:** ретенция зуба; одонтогенная фолликулярная киста; ортодонтическое лечение.

**Protsuk R.Yu., Nacheva L.V.**

*Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo*

### NEW METHOD OF ORTHODONTIC TREATMENT OF UNERUPTED TEETH

The new method of orthodontic treatment of unerupted teeth ensures technical execution comfort, allows to exclude orthopedic stage in orthodontic treatment of unerupted tooth, requires no additional expenses; allows to preserve retained tooth; prevents development of complications caused by tooth retention.

**Key words:** tooth retention; odontogenic follicular cyst; orthodontic treatment.

По данным литературы, ретенция зубов встречается у 4-18 % пациентов, обращающихся за стоматологической помощью [1]. Ретенция отдельных зубов может быть причиной затруднен-

ного откусывания пищи, инфантильного типа глотания, патологического ротового дыхания, вредной привычки прокладывания языка в дефект зубного ряда. Отсутствие в результате ретенции в зубном ряду отдельных передних зубов и аномальное положение соседних зубов приводят к некрасивой улыбке и психологическому дискомфорту [2]. Ретенированные зубы являются причиной возникновения различных зубочелюстных деформаций и заболеваний челюстей. Они могут действовать как инородное тело, вызывая повреждение соседних органов в силу

#### Корреспонденцию адресовать:

ПРОЦУК Руслан Юрьевич.

650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,

ГБОУ ВПО «КемГМА» Минздравсоцразвития России.

Тел.: 8 (3842) 73-36-96; +7-903-946-37-33.

E-mail: protsuk42@jandex.ru

спонтанного прорезывания, быть причиной рассасывания корней рядом стоящих постоянных зубов или же их аномального прорезывания [3]. Возможна резорбция самого ретеннированного зуба, вследствие чего он срастается с альвеолярной костью, вызывая невралгию и образование кист.

Причиной задержки прорезывания являются эндокринные нарушения, сверхкомплектные зубы, атипичное строение зуба, задержка смены временного зуба, недоразвитие альвеолярного отростка, кисты, чаще фолликулярные, которые диагностируются в 51,1 % случаев одонтогенных кист [4]. При отсутствии соответствующего лечения фолликулярной кисты причинный зуб не прорезывается, киста может нагнаиваться, увеличение ее размеров может в дальнейшем привести к патологическому перелому, асимметрии развития, т.к. в процесс могут быть вовлечены зоны роста на челюстях [5].

**Цель исследования** — изыскать новый более совершенный и экономически выгодный способ лечения непрорезавшихся зубов у детей.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для получения результатов ортодонтического лечения глубокой ретенции зубов мы использовали материалы: ортопедическую проволоку круглого сечения из нержавеющей стали 20X18H9T, применяемую в ортопедической стоматологии для изготовления кламмеров с целью фиксации частичных съемных пластинчатых зубных протезов в полости рта [6]; стеклоиономерный цемент Vitremer тройного (химического отверждения), который в практике применяется как пломбирочный материал для лечения кариеса [7], стандартные брекет-системы, используемые для лечения патологии прикуса. Антисептическая обработка проводилась по стандартным методикам, принятым в стоматологии.

Метод, который был нами разработан и использовался впервые для лечения глубоко залегающих ретеннированных зубов у детей, подтвержден приоритетной справкой Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (Роспатент) от 01.06.2010, регистрационный № 2010122375. Лечебные мероприятия осуществлялись в два этапа: хирургический — обнажение части коронки непрорезавшегося зуба; ортодонтический — вытягивание зуба и установка его в зубной ряд.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В литературе описаны несколько способов ортодонтического лечения ретеннированных зубов, которые наиболее часто используются в стоматологии.

К одному из них относится изготовление ортодонтических съемных пластинок с периодической перебазировкой, которая действует как раздражитель и способствует прорезыванию ретеннированного зуба [8]. Использование этого метода не всегда возможно, потому что давление на альвеолярный отросток может вызвать рецидив фолликулярной кисты и усугубить состояние больного.

При другом способе — обнажают коронку ретеннированного зуба, на которую фиксируют фосфатцементом ортодонтическую коронку с крючком на ней для резиновой тяги [9]. Но этот метод сложен и трудоемок, травматичен на хирургическом этапе лечения, т.к. требует значительного обнажения коронки ретеннированного зуба для фиксации на ней металлической коронки.

Более современным методом, который применяется в детской стоматологии, является снятие слепка с полупрорезавшегося зуба и изготовление индивидуального брекета для фиксации его на ретеннированный зуб и последующего вытягивания [3]. Недостаток этого способа лечения заключается в том, что его невозможно применить для вытягивания ретеннированных (непрорезавшихся) зубов от фолликулярной кисты, т.к. большая глубина залегания такого зуба, что не позволяет снять с него слепок (рис. 1).

**Рисунок 1**  
Глубокая ретенция 23 зуба



Наша задача состояла в том, чтобы произвести вытягивание глубоко залегающего ретеннированного зуба в зубной ряд хотя бы на 1/3 длины коронки, что в дальнейшем предупредит рецидив фолликулярной кисты, потерю этого зуба, и позволит стандартными способами и методами установить вытянутый зуб в зубной ряд. Кроме этого, необходимо было упростить методику вытягивания непрорезавшегося зуба.

### Сведения об авторах:

ПРОЦУК Руслан Юрьевич, ассистент, кафедра детской стоматологии, ГБОУ ВПО «КемГМА» Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: protsuk42@jandex.ru

НАЧЕВА Любовь Васильевна, доктор биол. наук, профессор, зав. кафедрой общей биологии с основами генетики и паразитологии, ГБОУ ВПО «КемГМА» Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия.

Результаты наших исследований показали, что можно использовать новую методику для лечения ретенированных глубоко залегающих зубов, которую мы и разработали. Методика осуществляется следующим образом: после хирургического этапа обнажения части коронки ретенированного зуба, к ней фиксируется ортодонтическая проволока круглого сечения из нержавеющей стали 20X18Н9Т. Она имеет различный диаметр и легко может быть изогнута по форме обнаженной части коронки зуба для оптимальной фиксации к ней. Выбор длины фиксируемой проволоки диктуется глубиной залегания непрорезавшегося зуба. Фиксируется проволока к зубу на стеклоиономерный цемент Vitremer, который в практике применяется как пломбировочный материал для лечения кариеса (рис. 2).

Он обладает высокими адгезивными свойствами, выделяет ионы фтора в слабо минерализованную эмаль ретенированного зуба. Положительным свойством этого материала является и то, что он обладает гидрофильными свойствами, в отличие от других известных фиксирующих материалов (композиты и т.д.), а среда вокруг обнаженной, глубоко залегающей коронки, является «мокрой». Учитывается также и низкая растворимость этого стеклоиономерного цемента, близкая к нулевой. Конец проволоки, обращенной в полость рта, фиксируется к стандартной ортодонтической дуге в технике прямой дуги брекет-системы (рис. 3).

Пример конкретного применения нового способа лечения глубоко залегаемого ретенированного зуба:

**Больная А.**, 1993 г.р., обратилась на кафедру детской стоматологии 06.10.2009 года с жалобами на потемнение коронки и подвижность 22 зуба, отсутствие 23 зуба. Подвижность 22 зуба появилась 3 мес. назад.

Объективно: коронка 22 изменена в цвете, подвижность 1 степени. Коронка 23 отсутствует. На ортопантограмме (рис. 4) в альвеолярной части фронтального участка верхней челюсти слева определяется ретенированный 23 зуб, коронка обращена к корню 22 зуба, корень 23 зуба сформирован. Корень 22 резорбирован, оболочкой фолликулярной кисты от 23 зуба наполовину.

Диагноз: Фолликулярная киста верхней челюсти от 23 зуба. Ретенция 23 зуба. Патологическая резорбция корня 22 зуба.

Лечение: под инфильтрационной анестезией Sol. Septanesti 1,8 ml удален 22 зуб. Проведена цистотомия. Частично обнажена коронка 23 зуба.

На приеме 08.10.2009 года пациентка жалоб не предъявляла. При объективном осмотре явлений воспаления не обнаружено. Лечение: на обнаженную часть коронки 23 зуба фиксирована на стеклоиономерный цемент Vitremer предварительно изогнутая в форме петли ортодонтическая проволока подвязана к брекет-системе.

Рисунок 2  
Фиксированная петля проволоки на Vitremer



Рисунок 3  
Схема усовершенствованного метода ортодонтического лечения глубокой ретенции зуба

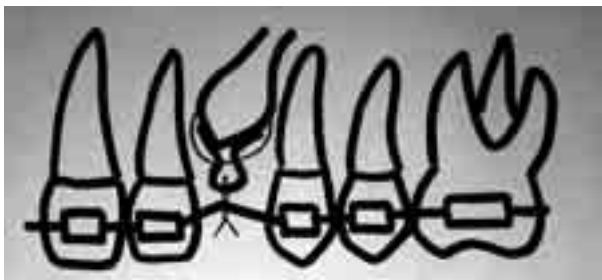
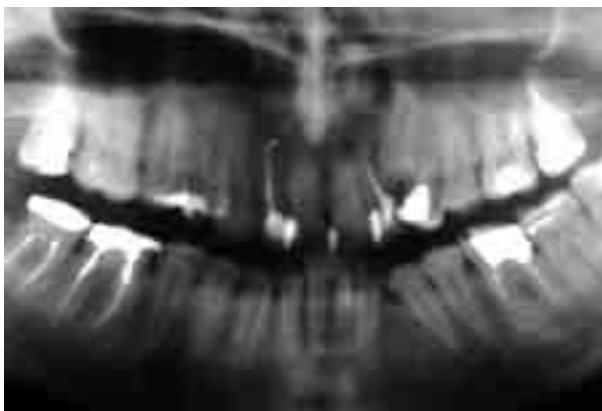


Рисунок 4  
Ортопантограмма с фолликулярной кистой от 23 зуба



На приеме 05.03.2010 года пациент жалоб не предъявлял. Объективно: отмечено прорезывание коронки 23 зуба более, чем наполовину. Лечение: вместо

**Information about authors:**

PROTSUCK Ruslan Urievich, assistant, the chair of stomatology of children's age, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: protsuk42@jandex.ru

NACHEVA Ljubov Vasilievna, doctor of biological sciences, professor, head of the chair of general biology with genetics and parasitology course, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia.

петли из ортодонтической проволоки на 23 зуб был зафиксирован брекет по стандартной методике для дальнейшей правильной установки его в зубном ряду (рис. 5).

Предложенный нами способ лечения глубокой ретенции зубов более удобен в применении. Хирургический этап менее травматичен, так как не требует значительного обнажения коронки ретенированного зуба. В ортодонтическом лечении исключается ортопедический этап непрорезавшегося зуба (снятие оттиска, что в принципе невозможно; изготовление коронки или индивидуального брекета). Данный способ лечения не требует значительных затрат; позволяет сохранить ретенированный глубоко залегающий зуб; предупреждает развитие осложнений, связанных с непрорезыванием зуба – повреждение соседних органов, аномальное прорезывание соседних зубов, невралгии, образование кист, затрудненного откусывания пищи, нарушение эстетики, психологический дискомфорт.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенный нами способ ортодонтического лечения глубокой ретенции зубов является более совершенным

**Рисунок 5**  
23 зуб фиксирован к стандартной брекет-системе



в сравнении с применяемыми в настоящее время, простым в техническом исполнении и экономически выгодным для использования в стоматологической практике. Данный способ позволяет сохранить и установить в зубной ряд зуб с глубокой ретенцией.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Гасымова, З.В. Частота ретенции зубов по данным ортопантограмм /З.В. Гасымова //Рос. стоматол. журнал. – 2003. – № 2. – С. 35-37.
2. Будкова, Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения /Т.С. Будкова, Ю.И. Жигурт, Ф.Я. Хорошилкина //Новое в стоматологии. – 1997. – Спец. вып. – С. 46-53.
3. Хорошилкина, Ф.Я. Особенности расположения ретенированных клыков на верхней и нижней челюстях /Ф.Я. Хорошилкина, Ю.И. Жигурт, Г.В. Кузнецова //Казанский вестник стоматологии. – Казань, 1995. – Кн. 1. – С. 38-40.
4. Зеленский, В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: учеб. пособие /В.А. Зеленский, Ф.С. Мухорамов. – М.: Медицина, 2008. – 208 с.
5. Рабухина, Н.А. Рентгенодиагностика в стоматологии /Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 452 с.
6. Жулев, Е.Н. Материаловедение в ортопедической стоматологии: учеб. пособие /Е.Н. Жулев. – Н-Новгород: Изд-во НГМА, 1997. –136 с.
7. Лекарственные средства и пломбировочные материалы, применяемые для лечения кариеса зубов: учеб. пособие. – С.Т. Сохов, Э.М. Аванесьянц, В.Г. Алпатов и др. – М.: АНМИ, 2001. –164 с.
8. Николов, Б.С. Лечение ретенированных зубов без наличия места в зубном ряду /Б.С. Николов //Стоматология. – 1985. – № 6. – С. 25-28.
9. Секлетов, Г.А. Нарушение формирования зубоальвеолярной дуги в переднем отделе верхней челюсти, вызванное ретенцией 11,21 зубов. Лечение /Г.А. Секлетов //Стоматология. – 2006. – № 3. – С. 67-70.