

# СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ



01 (03) 2006

**РЕДАКЦИЯ:****Главный редактор:**

Проф. Флис П.С. (Киев)

**Научный редактор:**

Доц. Скрипник И.Л. (Киев)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**


Проф. Москаленко В.Ф. (Киев)  
 Проф. Король М.Д. (Полтава)  
 Проф. Смоляр Н.И. (Львов)  
 Проф. Хоменко Л.А. (Киев)  
 Проф. Деньга О.В. (Одесса)  
 Проф. Харьков Л.В. (Киев)  
 Проф. Сысоев Н.П. (Симферополь)  
 Проф. Куцевляк В.И. (Харьков)  
 Проф. Покровский М.М. (Львов)  
 Проф. Гризодуб В.И. (Харьков)  
 Доц. Дрогомирецкая М.С. (Львов)  
 Доц. Романовская А.П. (Симферополь)

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

Проф. Головкин Н.В. (Полтава)  
 Проф. Зубкова Л.П. (Одесса)  
 Проф. Удод А.А. (Донецк)  
 Проф. Руденко М.М. (Одесса)  
 Проф. Самойленко А.В. (Днепропетровск)  
 Проф. Казакова Р.В. (Ивано-Франковск)  
 Проф. Савичук Н.О. (Киев)  
 Проф. Филимонов Ю.В. (Винница)  
 Проф. Мирза А.И. (Киев)  
 Проф. Гризодуб В.И. (Харьков)  
 Доц. Евшушенко Л.Г. (Днепропетровск)

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ  
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Проф. А. Центнер (Голландия)  
 Проф. В. Александер (США)  
 Проф. В. Ким (Южная Корея)  
 Проф. Персин Л.С. (Россия)  
 Проф. Оспанова Г.Б. (Россия)  
 Проф. Токаревич И.В. (Белоруссия)  
 Доц. Гиоева Ю.А. (Россия)  
 Доц. Слабковская А.Б. (Россия)

Знак  — публикация на правах рекламы.

Все статьи и рекламные материалы рецензируются.

Перепечатка без согласования с редакцией запрещена.

© Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, 2006

© ООО «Юнимед», 2006

**Учредители:**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца  
 ООО «Юнимед»

**Издатель:**

ООО «Юнимед»

**Свидетельство о регистрации  
журнала:**

КВ №10218 от 03.08.2005

**Адрес редакции:**

г. Киев, ул. Зоологическая, 1;  
 тел. (044) 483-99-85;  
 e-mail ukrstom@mail.ru

Отпечатано в типографии «Прага»,  
 г. Харьков. Заказ №112. Тираж 1 000 экз.

**СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ****СОДЕРЖАНИЕ****ДО ВІДОМА АВТОРІВ.**

2

**ИЗУЧЕНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЕРВЫХ  
ПОСТОЯННЫХ МОЛЯРОВ  
ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕ  
ВРЕМЕННЫХ МОЛЯРОВ У ДЕТЕЙ  
В СМЕШАННОМ ПРИКУСЕ.**

3

Токаревич И.В., Кипкаева Л.В.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА  
БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ВЕРХНЕЙ  
МИКРОГНАТИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ  
С СУЖЕНИЕМ ЗУБНЫХ РЯДОВ.**

7

Маланчук В.А., Астапенко Е.А.

**СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ  
РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ.**

11

Флис П.С., Жачко Н.И., Скрипник И.Л.

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ  
КОНСТРУИРОВАНИЯ СЪЕМНОЙ  
ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ АППАРАТУРЫ.**

15

(страничка зубного техника)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНЕРОТОВОЙ ТЯГИ  
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО И ОТКРЫТОГО  
ПРИКУСА (ЧАСТЬ 1).**

19

Герасимов С.Н.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО  
ПРИКУСУ ФОРМИ II-1 У ПІДЛІТКІВ  
ТА ДОРОСЛИХ.**

23

Смаглюк Л.В.

**ИЗМЕНЕНИЯ В КОСТНОЙ ТКАНИ  
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ  
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ УЛЬТРАФОНО-  
ФОРЕЗА ТРИЛОНА Б.**

27

Гулько И.И., Берлов Г.А., Гулько Т.И.,  
Шибико В.А., Ельцова З.С.**БІБЛІОГРАФІЯ ІСТОРІЇ ОРТОДОНТІЇ.**

31

Фліс П.С., Скрипник І.Л.



## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ.

Флис П.С., Жачко Н.И., Скрипник И.Л.,

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, кафедра ортодонтии и протезистики стоматологии, заведующий кафедры, доктор медицинских наук, профессор Флис П.С.

УДК 616.314-007.1-08

### Ключевые слова:

Ретенция, ретенированный зуб, тортоаномалия, компактостеотомия, метод функционального раздражения, аппаратурно-хирургический метод.

### Резюме

Актуальною проблемою в ортодонтії є лікування ретенуваних зубів.

У даній статті обґрунтовується методика виведення в зубний ряд ретенуваних зубів, що лежать під осьовим нахилом, далеко від місця прорізування, з повною втратою потенції до самостійного прорізування. Проводиться порівняльна оцінка лікування даної патології ортодонтичним та апаратурно-хірургічним способами.

### Summary

Treatment of denture retention is a current issue of orthodontic methods of treatment.

This article gives grounds for a method of a removal to the dentition of the teeth suffering dental retention in a position with an axial tilt far from the site of dental eruption having completely lost the ability for spontaneous eruption. The efficacy of treatment of the mentioned pathology by using orthodontic methods is compared with the efficacy of treatment by using appliances and surgery.

Актуальной проблемой в ортодонтии является лечение ретенированных зубов, а особенно – фронтальных.

Причины ретенции зубов могут быть как общего характера (эндокринные заболевания, нарушения минерального обмена веществ, детские инфекционные заболевания и др.), так и местного (сверхкомплектные зубы, смещение зачатков в результате травмы, воспалительных процессов, кист, раннего удаления молочных зубов с последующим медиальным перемещением боковых зубов). Ретенированные зубы могут находиться в челюсти бессимптомно долго. В некоторых случаях могут быть причиной невралгии тройничного нерва. Чаще являются источником фолликулярных кист и новообразований. Ретенированные зубы вызывают поворот по оси соседних зубов, вестибулярное или оральное их смещение и даже резорбцию корней соседних зубов [6,7]. Вместе с тем, располагаясь в толще челюстной кости, ретенированные зубы могут вызывать гайморит, периостит, осложнения blastomatoznoy характера [5].

Целью данной работы явилось обоснование методики выведения в зубной ряд ретенированного зуба, лежащего с осевым наклоном, далеко от типичного места прорезывания. Ретенированные зубы с осевым на-

лоном более 30°, лежащие далеко от места прорезывания, как правило, ранее удаляли [4].

Мы обследовали 72 юноши и девушки в возрасте 15-17 лет. Распространенность ретенции в данной возрастной группе 7%. Общая распространенность ретенции составляет 4-8% [2,8]. Чаще наблюдались ретенированными клыки на верхней челюсти, центральные и боковые резцы верхней челюсти, вторые премоляры обеих челюстей, третьи моляры, клыки на нижней челюсти, крайне редко – первые моляры на верхней челюсти.

В настоящее время ретенция зубов лечится ортодонтическим и комбинированным аппаратурно-хирургическим способами [1,6,7]. В нашей работе был проведен поиск способа лечения ретенированных зубов, лежащих глубоко в челюстных костях, вдали от альвеолярного отростка и без потенции к самостоятельному прорезыванию. Ряд авторов положили в основу ортодонтического способа лечения метод функционального раздражения, который проводят съемными аппаратами с высокоперекрывающими альвеолярный отросток в области ретенированного зуба и незначительно повышающими высоту прикуса (по Катцу) [1,3,4,6]. Используется также стимуляция ортодонтического

воздействия физиотерапевтическими методами (вакуум-массаж, пальцевой массаж, МРТ, лазеротерапия, электрофорез с лидазой, ронидазой) [3]. Но потенцию к выведению из ретенции методом функционального раздражения со стимуляцией физиотерапевтическими методами имеют только зубы с хорошо выраженной периодонтальной щелью, незакрытой верхушкой корня, лежащие близко к вершине альвеолярного гребня, не имеющие осевых поворотов. Недостатком данного выжидательного метода является сложное прогнозирование результатов, длительность и малоэффективность, так как ретенированный зуб может и вовсе не прорезаться.

Существует также аппаратно-хирургический способ лечения ретенированных зубов, состоящий в обнажении коронки ретенированного зуба хирургическим путем (компактостеотомия) и наложении на зуб удлиненного колпачка с крючками-зацепами по Неспрядько В.П. (1980), наложении на ретенированный зуб петельной лигатуры (Skaloud, 1961), наложении лигатуры в сквозном отверстии в коронке ретенированного зуба по Hotz [7,8,12,13].

Недостатками выше изложенных методов являются необходимое круговое раскрытие коронки зуба [8,12,13], что не всегда возможно при сложном нетипичном положении ретенированного зуба с осевым поворотом, также манипуляционная сложность фиксации удлиненного колпачка с крючками-зацепами на обнаженной коронке ретенированного зуба. Также нарушение целостности эмали, необходимость создания сквозного отверстия в коронке зуба для наложения лигатуры, что приводит к дальнейшему инфицированию твердых тканей зуба, кариозному процессу и даже осложнениям кариеса.

В настоящее время ортодонты используют аппаратно-хирургический способ с выведением ретенированного зуба с помощью брекет-системы [9-13]. Эффективность данного метода состоит в быстром создании места, при выраженном его дефиците и в более удобной фиксации на обнаженный в ходе компактостеотомии ретенированный зуб брекета с помощью адгезивных систем. Перегрузка

периодонта соседних с ретенцией зубов исключается использованием жестких дуг квадратного и прямоугольного сечения.

В нашей клинике наблюдалась молодая женщина 26 лет со стойкой ретенцией 23 зуба. Сравнительная ортопантомограмма 2000 и 2001 годов, не наблюдалось перемещения глубоко лежащего в небном отростке верхнечелюстной кости зачатка 23 зуба (рис.1). На аксиальном снимке верхней челюсти фолликул 23 зуба далеко вне зубного ряда (рис.2).

В апреле 2001 года фиксирована брекет-система на зубах верхней челюсти. В тот же день произведена компактостеотомия в области ретенированного 23 зуба, наложен йодоформный давящий тампон. На III сутки после операции фиксировалась кнопка на обнаженную небную по-



а) за 1 год до начала лечения;



б) в начале лечения.

Рис. 1. Ортопантомограммы.



Рис. 2. Окклюзионная рентгенография в аксиальной проекции.



верхность 23 зуба. Была одета слабая эластическая тяга к круглой дуге 0.16 NiTi. Через 8 недель смена дуги на квадратную 0.16 x 0.16 NiTi. В течение 4-х месяцев зуб был подтянут к зубной дуге и был фиксирован комплектный брекет 23 зуба. Эластическими лигатурами дуга была введена в паз брекета. В декабре 2001 года фиксированы стальные дуги 0,18 x 0,18 жесткой длинной металлической лигатурой. В июне 2001 года была снята брекет-система и одеты ретенционные аппараты (съемные пластинки с вестибулярной дугой, покрытой кембриком и кламмерами на 16 и 26, 36 и 46 зубы) (рис.3-6).

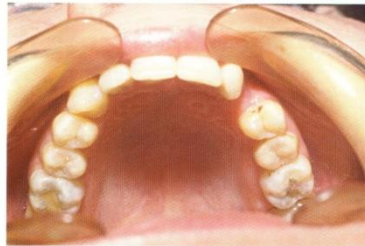


Рис. 3. До начала лечения.

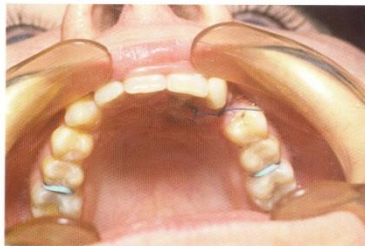


Рис. 4а. Первый день после компакстоми.

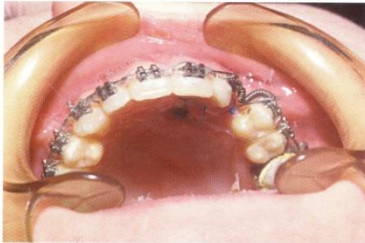


Рис. 4б. Третий день – фиксация брекет-системы.

Таким образом, данный способ лечения ретенированных зубов использовался для выведения глубоко лежащего в небном отростке верхней челюсти фолликула 23 зуба у молодой женщины 27 лет при отсутствии широкой периодонтальной щели, закрытой верхушке корня 23 зуба, что говорит о полной потере потенции



Рис. 5. Через 4 месяца после начала лечения.

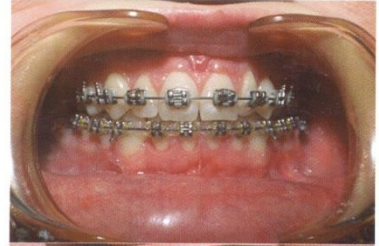


Рис. 6. Завершение лечения.

к самостоятельному прорезыванию данного зуба.

Данная методика позволяет уменьшить площадь операционного поля, так как необходимо раскрыть легко доступную часть коронки ретенированного зуба для фиксации кнопки ортодонтической адгезивом с наложением эластической или комбинированной лигатуры. Таким образом, сохраняются коронка зуба и ткани периодонта зубов, расположенных рядом с ретенцией. Позволяет использовать минимальную, постоянно действующую, четко направленную силу, контролировать торк и ангуляцию выведенных из ретенции зубов. Использование жестких дуг не перегружает ткани периодонта соседних с ретенцией зубов, дает возможность на фазе стабилизации качественному формированию костной ткани вокруг корня выведенного из ретенции зуба.

Таким образом, данный метод лечения позволяет эффективно и за короткий срок лечить ретенированные зубы, дистопированные и с полной потерей потенции к самостоятельному прорезыванию.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Василевская З.Ф., Мухина А. Деформация зубо-челюстной системы у детей. – Киев, 1975. – С.55.
2. Галенко В.В. Задержка прорезывания зубов. Этиология, клиника, лечение. – Автореф. дис.канд.мед.наук. – Киев, 1986. – С.21.
3. Дорошенко С.И., Ращенко Н.В. Методы стимуляции в комплексном лечении больных с ретенрованными зубами. – ЦНИС. – Москва, 1984. – С.98.
4. Калвелис Д.А. Ортодонтия. – Ленинград: Медицина, 1964. – С.237.
5. Князева Н.Г. К диагностике ретенрованного зуба в верхнечелюстной пазухе // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. – №3. – С.74-75.
6. Криштаб С.И. Ортопедическая стоматология. – Киев: Вища школа, 1986. – С.339.
7. Криштаб С.И., Василевская З.Ф., Мухина А.Д., Неспрядько В.П. Лечение зубо-челюстных деформаций. Библиотека практического врача. – Киев: Здоров'я, 1982. – С.192.
8. Неспрядько В.П. Патогенез, клиника и лечение непрорезавшихся зубов. – Автореф. дис. д-ра мед. наук. – Киев, 1985. – С.35.
9. Тугарин В.А., Персин П.С., Порохин А.Ю. Современная несъемная ортодонтическая техника. – Москва, 1996. – С.220.
10. Хорошилкина Ф.Я., Зубкова Л.П. Современные несъемные дуговые ортодонтические аппараты. – Одесса, 1993. – С.46.
11. Хорошилкина Ф.Я., Осман Д. Несъемные ортодонтические аппараты: Учебное пособие. – Москва, 1994. – С.156.
12. Droschl H., Eския H. Die Behandlung retinierter Front und Eckzähne, eine gemeinsame Aufgabe für Kieferorthopäden. Fortschr. Kieferorthop, 36, 161, 1997.
13. Kieferorthopädische Therapie mit festsitzenden Apparaturen, Barth, Leipzig, 1980.