

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИИ КЛЫКА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ

Магистры: Рахматуллаева Нигора Рузметовна, Абдуганиева Нозима

Абдукаххор Кизи, Умаралиев Жавлонбек Тохирович

Руководитель: проф. Р.Н. Нигматов - зав.кафедрой

Кафедра ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Узбекистан

На протяжении последних 40 лет значительно увеличилось количество детей с адентией одного двух или нескольких зубов. Один из признаков редукции зубочелюстной системы это ретенция (нарушение сроков прорезывания) одного или нескольких постоянных зубов поражает своей частотой. По данным отечественной литературы ретенированными зубами могут быть любые комплектные зубы, однако наиболее часто встречается ретенция клыков - 51,1% среди ретенированных зубов (Г.В. Степанов 2016). По данным различных авторов частота встречаемости ретенции клыков на верхней челюсти составляет от 0,9 до 2,2%, причем из них 85% случаев составляют небо ретенированные клыки на верхней челюсти (D'Amico, Bjerklin, 2013).

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось определение особенностей комплексного лечения ретенции клыков на верхней челюсти у детей.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленных задач было обследовано и взято на лечение 39 пациентов в возрасте от 12 до 16 лет с диагнозом ретенция клыков на верхней челюсти. Из них с диагнозом вестибулярная ретенция клыков - 15 (38,5%) детей, с диагнозом небная ретенция клыков - 24 детей (61,5%).

Все дети были распределены по возрасту и месторасположению ретенированного клыка на верхней челюсти. Всем детям проведены клинические, антропометрические и рентгенологические методы исследования.

Результаты исследования. Использование стандартных методов рентгенологического обследования таких как ОПТГ и ТРГ в боковой проекции позволили на начальном этапе диагностики аномалии окклюзии установить угол наклона ретенированного клыка к средней линии, оценить позицию корня ретенированного клыка, вертикальное расположение клыка относительно соседнего латерального резца, наложение проекции коронки ретенированного клыка на корень латерального резца.

Для уточнения расположения коронки и корня ретенированного клыка, оценки расстояния между ретенированным клыком и соседними зубами в трансверсальной плоскости необходимо было получение окклюзионной рентгенограммы. Анализ ТРГ в боковой проекции позволил изучить особенности строения краниального и лицевого скелета пациента, оценить положение зубов относительно базисов челюстей и мягкотканый профиль. Оценка этих показателей позволяла провести планирование ортодонтического лечения, направленное на устранение сопутствующих аномалий окклюзии и определяла

пути создания пространства для ретенированного клыка и выбор опоры.

У пациентов с диагнозом вестибулярная ретенция клыков на верхней челюсти сужение верхнего зубного ряда в области премоляров и моляров обнаруживалось в 53,3% случаев, расширение в 33,3%. Укорочение переднего участка зубной дуги встречалось в 80% случаев. У пациентов с небной ретенцией клыков на верхней челюсти укорочение переднего участка зубной дуги наблюдалось в 91,6% случаев. Расширение зубного ряда в области премоляров и моляров наблюдалось в 62,5% и сужение в 29,1% случаев.

Первая стадия подготовки зубного ряда для вытяжения ретенированного клыка состояла из использования эластичных никель-титановых дуг. На начальных этапах ортодонтического лечения пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти достижение хорошей формы зубной дуги очень важно. После применения легких, выравнивающих дуг, мы устанавливали более жесткие дуги и пружины для раскрытия дополнительного места для ретенированного клыка и для достижения плотных контактов между остальными зубами верхней челюсти.

Жесткая дуга должна быть плотно фиксирована, место для ретенированного зуба должно оставаться на протяжении всего дальнейшего лечения. Чем больше сечение дуги, тем лучше. Предпочтительно использовать сечение дуги не менее 0,017 x 0,025 дюйма при работе брекетами с пазом 0,018 дюйма; и 0,019 x 0,025 дюйма при работе брекетами с пазом 0,022 дюйма.

Удержание (фиксация) результатов лечения осуществлялось при помощи съемных ретенционных аппаратов (ортодонтические пластинки с вестибулярной дугой, каппы, позиционеры) и зависела от начальной аномалии окклюзии. В виду большой вариативности расположения небно ретенированных клыков, стратегия хирургического и ортодонтического лечения имела свои особенности для каждой группы в зависимости от локализации ретенированного клыка.

Заключение. Ортодонтическое вытяжение ретенированных клыков на верхней челюсти необходимо проводить после подготовки зубного ряда и обеспечения стабилизирующей опоры. Направление приложения ортодонтической тяги зависит от начальной локализации клыка. При небной ретенции клыков на верхней челюсти ортодонтическое вытяжение должно состоять из 2-х этапов: перемещения клыка вертикально вниз и прорезывания его на небо, затем фиксации ортодонтической кнопки на вестибулярную поверхность коронки клыка и перемещения его к зубной дуге.

В зависимости от аномалии окклюзии, типа роста лицевого скелета, возраста пациента пространство для ретенированного клыка получали путем закрытия диастем и трем при мезиальном движении латеральных резцов, улучшения формы зубной дуги, увеличение длины зубной дуги или удаления постоянных зубов.

Литература

1. Флейшер, Григорий. Пропедевтика детской ортопедической стоматологии. Руководство для врачей. Litres, 2022.
2. Plate, A. F., and N. A. Belikova. "CONDENSATION OF CYCLOPENTADIENE WITH ALIPHATIC DIENES. 3. ISOMERIZATION OF 2-

VINYLBICYCLO [2.2. 1] HEPTENE-5 TO 4, 9, 7, 8-TETRAHYDROINDENE SYSTEM." JOURNAL OF GENERAL CHEMISTRY USSR 31.1 (1961): 124.

3. Рузметова, И., Нигматов, Р., Раззаков, Ш., & Нигматова, Н. (2014). Изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Ташкента. *Stomatologiya*, 1(3-4 (57-58)), 78-86.

4. Нигматов, Р. Н., and И. М. Рузметова. "Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти." *Вестник Казахского национального медицинского университета* 1 (2018): 519-521.

5. Расулова, Ш., et al. "Обоснование к учёту вертикального компонента роста при диагностике и планировании лечения у пациентов с дистальным прикусом." *Медицина и инновации* 1.1 (2021): 101-104.

ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ТРГ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С УДАЛЕНИЕМ И БЕЗ УДАЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ.

студенты Рашидова М.З, Лалазоде С.Ф.

Научный руководитель: Ассистент кафедры ортодонтии и зубного протезирования Расулова Ш. Р, доцент кафедры факультета повышения квалификации, Насимов Э.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность проблемы: Дистальная окклюзия одна из наиболее часто встречаемых аномалий окклюзии. Главной задачей ортодонтического лечения дистальной окклюзии является устранение несоответствия размеров зубных рядов, характерного для дистальной окклюзии. Часто, когда речь идет об ортодонтическом лечении, врачи-ортодонты рассматривают различные возможности ее коррекции без удаления зубов. В основном, такое лечение направлено на модификацию роста челюстных костей. Несмотря на это при значительной патологии окклюзии у пациентов, прошедших пик роста, достижение оптимального результата может потребовать удаления отдельных зубов. Исходя из этого перед началом и после лечения следует хорошо изучить цефалометрические показатели телерентгенограммы (ТРГ) в боковой проекции, которые помогают определить тип роста зубочелюстного комплекса и степень выраженности морфологических изменений.

Цель: Выявление изменений, произошедших на зубоальвеолярном и скелетном уровне на трг снимках в результате ортодонтического лечения у пациентов с дистальной окклюзией при различных направлениях роста зубочелюстной системы.

Материалы и методы: Исследование с участием 30 пациентов, разделены на три группы. За основу брали - тип роста челюстных костей (соотношение S-Go/N-Me и величина угла Oo), до начала ортодонтического лечения: I - пациенты с нейтральным, II - с горизонтальным, III - с вертикальным типом роста. Каждая