

ЗВОРОТНА РЕТЕНЦІЯ ЯК ПРОФІЛАКТИКА АТРОФІЇ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ВІДРОСТКА В РЕТРОМОЛЯРНІЙ ДІЛЯНЦІ

М.В.Касіяничук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. У статті наведено авторський метод зворотної ретенції зубів у ретромолярній ділянці. Зворотна ретенція дозволяє уникнути атрофії альвеолярного відростка при видаленні зуба в ретромолярній ділянці. Після зворотної ретенції не зменшуються ширина альвеолярного відростка та ознаки вертикальної резорбції кісткової тканини в місці ураження. Даний метод передбачає збереження тканини власного зуба та створення оптимальних умов для подальшої імплантації та протезування.

Ключові слова: зворотна ретенція, атрофія альвеолярного відростка, ретромолярна ділянка.

Втрата зубів внаслідок травми або періодонтальних захворювань часто пов'язана з екстенсивним дефіцитом твердих і м'яких тканин зубо-щелепної системи та атрофією альвеолярного відростка (АВ) [1], що нерідко обмежує можливість встановлення дентальних імплантатів. Збереження розмірів АВ і тканин верхньої та нижньої щелеп є більш ефективним, релевантним та економічно вигідним порівняно з будь-яким методом аугументації [2], оскільки нарощення кісткової тканини аугументацією збільшує ризик післяопераційних ускладнень та підвищує вартість лікування [3].

Загоювання ранової поверхні ямки після видалення кореня являє собою тривалий процес ремоделювання гребеня АВ, що у кінцевому результаті призводить до переміщення великої кількості кісткової тканини. Атрофія АВ описується в літературі як "редукція альвеолярного гребеня" [2] і вважається хронічним незворотним поліетіологічним захворюванням.

З метою збереження висоти, ширини і форми АВ розроблена велика кількість профілактичних заходів з дуже широким спектром результатів. Усі вони спрямовані на зменшення травмування АВ і прилеглих тканин під час видалення, а це, у свою чергу, зменшує резорбцію кісткової тканини у процесі загоювання ранової поверхні ямки [4].

Нами розроблено і впроваджено власний метод зворотної ретенції зуба для профілактики атрофії АВ [5].

Мета дослідження. Визначити ефективність зворотної ретенції зубів для запобігання атрофії АВ в ретромолярній ділянці.

Матеріал і методи. За період 2000-2007 рр. під нашим спостереженням перебувало 45 пацієнтів з клінічними та рентгенологічними ознаками перикоронариту. Співвідношення чоловіки/жінки становило 1:2, середній вік пацієнтів – 39±3,9 років. Використано описовий та аналітичний дизайн дослідження. Пацієнти поділені на 2 групи: до основної групи (30) увійшли пацієнти, яким проведена зворотна ретенція 8-го зуба, до контрольної (15) – пацієнти зі стандартними методами лікування перикоронариту, зокрема з екстракцією зуба. Пацієнтам обох груп призначали терапевтичне лікування (антибактеріальна, антисептична місцева терапія, антигістамінні препарати) та обробку місця ураження. Після усунення ознак запалення пацієнтам основної групи проводили зворотну ретенцію зуба в ретромолярній ділянці за власним методом. Всього пацієнтам контрольної групи проведено екстракцію 8-го зуба. Для оцінки маргінального краю АВ та щільності кістки (остеопоротичних змін) використовували рентгенологічний метод (панорамна рентгенографія щелеп, радіовізіографія) та метод комп'ютерної томографії. Для оцінки анатомічного стану щелепи та об'єктивізації ступеня атрофії кістки використовували метод вимірювання гіпсових моделей. Статистичну обробку одержаних результатів проводили стандартними методами [6] з використанням пакету комп'ютерних програм Statistica 6.0 for Windows та QuattroPro 12.0 for Windows. Вірогідність різниці оцінювали за критерієм Стюдента при рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. До початку лікування у пацієнтів обох груп спостерігалися класичні ознаки перикоронариту. У 5 пацієнтів обох груп (11,1 %) не визначалося виділення ексудату, в 3 (6,66 %) він був серозним, у 27 (60 %) – серозно-гнійним, у 12 (26,6 %) – гнійним. У всіх хворих визначалося обмеження відкривання рота, у 12 пацієнтів (26,6 %) – збільшення регіонарних лімфатичних вузлів та асиметрія обличчя за рахунок набряку м'яких тканин. Рентгенологічно у 31 пацієнта (68,8 %) визначено розширення періодонтальної щілини в дистальній ділянці 8-го зуба, у 15 (33,3 %) – деструкція кістки. Ці дані свідчать про активність запального процесу, що збігається з даними літератури.

Після терапевтичного лікування та висікання запального капюшона в пацієнтів основної групи нами проведено зворотну ретенцію. Оперативне втручання виконують під локальною анестезією. Проводять обробку операційного поля розчином антисептика та озоном за допомогою апарата для озонотерапії Хілозон (фірма Kavo) або гелій-неоновим лазером. Коронкову частину зуба спилують до рівня АВ у межах плащового або навколопульпарного дентину методом бережливого препарування під сильним охолодженням ізотонічним розчином натрію хлориду за допомогою хірургічного фіздиспенсера IntraSurg 500 (фірми Kavo) із спеціальною програмою для даної маніпуляції. Після цього проводять консервацію поверхні: покривають зуб титановою, танталовою або золотою мембраною, при потребі – тонким шаром іономера або проводять ремінералізаційну терапію (при незначному препаруванні достатньо провести тільки її). Перед проведенням пластики дефект між кісткою та мембраною заповнюють кістковим матеріалом Bio-Oss у комбінації з еритроцитарною масою даного пацієнта за власною методикою. Проводять пластику слизової оболонки за Zoller (2006) у власній модифікації.

Зворотна ретенція третіх молярів нижньої щелепи необхідна для попередження атрофії АВ в ретромоллярній ділянці. Під час видалення 3-го моляра порушується функціонування 2-го моляра. Отже, при збереженні 8-го зуба можна передбачити збереження і 7-го. Видалення третіх молярів потребує високої кваліфікації лікаря. Невидалений 8-й зуб часто сприяє підтриманню вогнищ запального процесу в ретромо-

лярній ділянці і розвитку перикоронариту. В результаті необхідно висікати капюшон та призначати консервативну антибактеріальну терапію, чим не завжди досягається бажаний результат. При цьому часто виникають запальні ускладнення, больовий синдром і часткова втрата працездатності. Зворотна ретенція передбачає збереження тканини зуба, створення оптимальних умов для подальшої імплантації та протезування (рис. 1).

Після лікування перикоронариту стандартними методами 9 (60 %) пацієнтів контрольної групи звернулися по медичну допомогу повторно. З них у 5 випадках (33,3 %) проведено екстракцію 8-го зуба за життєвими показаннями. В жодного пацієнта основної групи не спостерігали повторного розвитку перикоронариту, у 3 хворих (10 %) проведено повторну пластику слизової оболонки. При проведенні контрольного рентгенографічного дослідження в усіх пацієнтів основної групи було збережено циркулярну зв'язку дистального відділу 7-го зуба (тільки 10 (66,6 %) пацієнтів контрольної групи) і збережений рівень ясен у межах 7-го зуба (8 (53,3 %) пацієнтів контрольної групи мали знижений рівень ясен). При повторному обстеженні через 1, 3, 6 і 12 місяців у пацієнтів основної групи визначався збережений фізичний об'єм кістки, а початок інтеграції кісткової тканини в проміжку між зубами – через місяць після зворотної ретенції.

Для оцінки ефективності зворотної ретенції нами вивчено об'єктивні показники атрофії кісткової тканини в пацієнтів обох груп: ширину АВ в ретромоллярній ділянці, ступінь вертикальної резорбції кісткової тканини протягом 12 місяців спостереження, кількісні характеристики лунки зуба та прилеглих тканин. Якщо ширина АВ в ретромоллярній ділянці до операції (після усунення ознак перикоронариту) вірогідно не відрізнялася і становила $6,3 \pm 1,7$ мм для основної групи та $6,2 \pm 1,9$ мм для контрольної, то після зворотної ретенції в основній групі визначені вірогідні відмінності ширини АВ порівняно з групою контролю (рис. 2).

Після зворотної ретенції не визначено жодних ознак атрофії АВ по ширині. Подібне спостерігається при оцінці вертикальної резорбції кісткової тканини (рис. 3).

Ширина кістки між лункою зуба та нижньощелепним каналом в основній групі після



Рис. 1. Фрагмент радіовізіограми до (А) та після (Б) зворотної ретенції 8-го зуба та встановлення дентальних імплантів.

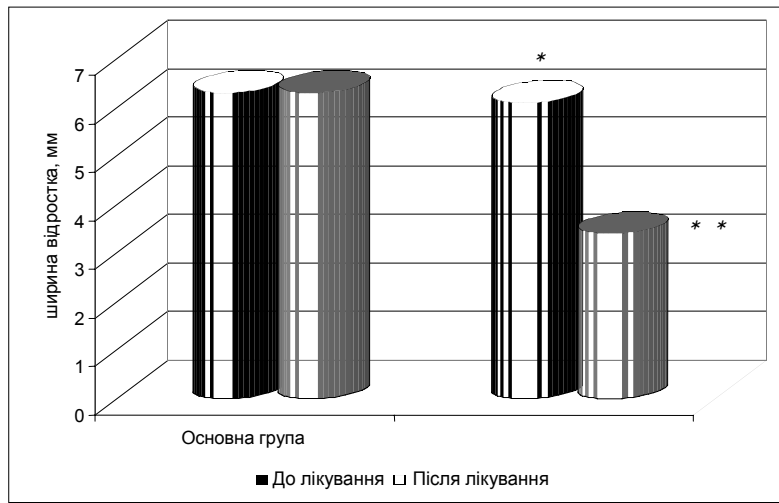


Рис. 2. Ширина альвеолярного відростка в основній та контрольній групах пацієнтів до та через 12 місяців після лікування (* – $p < 0,05$ між основною та контрольною групами, ** – $p < 0,01$ в контрольній групі до та після лікування).

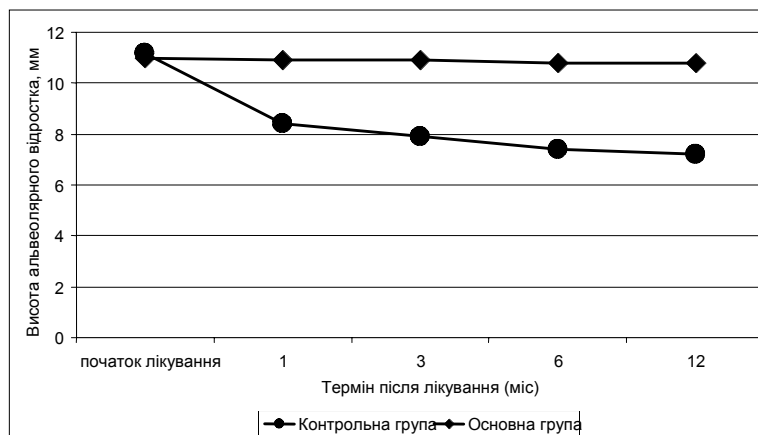


Рис. 3. Висота альвеолярного відростка та ступінь резорбції після лікування в основній та контрольній групах (вірогідність різниці між основною та контрольною групами – $p < 0,05$).

лікування становила $6,5 \pm 0,5$ мм, у контрольній – $3,1 \pm 0,7$ мм.

Отже, проведені нами дослідження демонструють істотну ефективність зворотної ре-

тенції зуба в ретромоларній ділянці за власним методом.

Висновок. Зворотна ретенція запобігає атрофії альвеолярного відростка, що підтвердже-

но відсутністю зменшення ширини гребеня альвеолярної кістки та вертикальної резорбції, що створює оптимальні умови для подальшої імплантації та/або протезування і збільшує резерв автогенного матеріалу.

Перспективи наукового пошуку. Застосу-

вання зворотної ретенції зубів з ретромоллярної на інші ділянки дозволить удосконалити технологію імплантації. Вивчення та подальша розробка методу зворотної ретенції в дитячому віці дозволить створити унікальний шанс щодо збереження власних тканин.

Література

1. Vilardi M.A. Regenerating lost alveolar socket anatomy: the internal barrier membrane technique // *Pract. Proced. Aesthet. Dent.* – 2005. – V. 17, № 5. – P. 350-354.
2. Shapurian T., Damoulis P.D., Reiser G.M. et al. Quantitative evaluation of bone density using the Hounsfield index // *Int. J. Oral. Maxillofac. Implants.* – 2006. – V. 21, № 2. – P. 290-297.
3. Schmidlin P.R., Jung R.E., Schug J. Prevention of alveolar ridge resorption after tooth extraction – review // *Schweiz. Monatsschr. Zahnmed.* – 2004. – V. 114, № 4. – P. 328-336.
4. Irinakis T. Rationale for socket preservation after extraction of a single-rooted tooth when planning for future implant placement // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2006. – V. 72, № 10. – P. 917-922.
5. Касіяничук М.В. Спосіб профілактики атрофії альвеолярного паростка в ретромоллярній ділянці зворотною ретенцією за Касіяничуком // Патент України на корисну модель № 22910; Заявл. 19.01.2007 / Промислова власність. – 2007. – № 5. – 4 с.
6. Гланц С. Медико-біологічна статистика: Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.

ОБРАТНАЯ РЕТЕНЦИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В РЕТРОМОЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Резюме. В статье рассмотрен предложенный автором метод обратной ретенции зубов в ретромоллярной области. Обратная ретенция позволяет избежать атрофии альвеолярного отростка при удалении зуба в ретромоллярной области. После обратной ретенции не уменьшаются ширина альвеолярного отростка и признаки вертикальной резорбции костной ткани в месте поражения. Применение обратной ретенции предусматривает сохранение ткани собственного зуба и создание оптимальных условий для имплантации и протезирования.

Ключевые слова: обратная ретенция, атрофия альвеолярного отростка, ретромоллярная область.

THE USA OF REVERSE RETENTION TO PREVENT ATROPHY OF THE ALVEOLAR RIDGE OF THE RETROMOLAR AREA

Abstract. The paper deals with the method of reverse dental retention in the retromolar area. The application of reverse retention makes it possible to avoid the atrophy of the alveolar ridge in case of extracting a tooth in the retromolar area. Upon terminating the operation of reverse retention no decrease of the width of alveolar ridge was determined compared with the control group and no signs of vertical resorption of the osseous at the site of a lesion. The application of reverse retention of the teeth envisages the preservation of the dental tissue of the host organism and creation of optimal conditions for further implantation and prosthesis.

Key words: reverse retention, atrophy of alveolar ridge, retromolar area.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 10.08.2007 р.

Рецензент – доц. О.А.Удод (Донецьк)