

*Всеукраїнська науково практична конференція з міжнародною участю
Полтавський державний медичний університет*

Ретенція перших постійних молярів нижньої щелепи

**Автори: д. мед. н., проф. Смаглюк Л. В.,
к. мед. н., доцент Воронкова Г. В.,
к. мед. н., доцент Карасюнок А. Є.**

Полтава 2025

Актуальність теми

Згідно з даними сучасної літератури, в багатьох країнах світу спостерігається зростання частоти зубо-щелепних аномалій, в тому числі і ретенції зубів. За даними досліджень різних науковців затримка прорізування складає від 0,8% до 17,4% випадків. Серед постійних зубів частіше спостерігається ретенція іклів верхньої щелепи і премолярів нижньої щелепи, потім третіх молярів на нижній щелепі, рідше - ретенція центральних і бічних різців. Затримка прорізування першого моляра нижньої щелепи зустрічається нечасто. Так, Grover PS, Lorton L. визначили, що його поширеність становила менше 0,01%, а Kramer RM, Williams AC повідомили, що поширеність цієї патології становить 0,04%. В той же час, прорізування першого постійного моляра дуже важливе, оскільки воно забезпечує гармонію росту обличчя і достатню оклюзійну підтримку. Порушення прорізування цього зуба може викликати багато проблем, такі як зменшення вертикальних розмірів нижньої частини обличчя, екструзію зубів антагоністів, порушення прикусу, формування фолікулярної кістки, перикоронального запалення, і резорбцію коренів сусідніх зубів.

У зв'язку з цим, питання етіології, патогенезу, ранньої діагностики та подальшої тактики лікування ретенції нижніх перших постійних молярів є дуже актуальним для сучасного ортодонта. Тому огляд сучасної світової літератури, яка б розкрила ці питання, і став метою нашого дослідження.

Матеріали і методи

Було проведено літературне дослідження за допомогою бази даних Medline, Google Scholar. Ключові слова, що використовувались в пошуку «ретенція зубів», «порушення прорізування нижнього першого моляру», «затримка прорізування зубів». Були ідентифіковані англomовні статті з 1965 по 2009 рік, пов'язані з предметом дослідження. 84 з них відібрані та проаналізовані.

Результати

Прорізування зубів є фізіологічним процесом, який сильно впливає на нормальний розвиток краніофациального комплексу.

У спеціальній літературі ретенція розглядається як порушення процесу прорізування зубів. Деякі автори вважають ретенованим зубом такий, що не прорізався після закінчення терміну свого фізіологічного прорізування із завершеним формуванням кореня та періодонта і знаходиться в кістці. Інші фахівці до ретенованих відносять ті зуби, які не прорізалися протягом двох років після терміну їх фізіологічного прорізування.

Для діагностичних цілей ретеновані зуби класифікуються за трьома станами: імпація, первинна та вторинна ретенція (Raghoobar та ін., 1991).

1. Імпація - це припинення прорізування зуба, яке викликане клінічно або рентгенологічно виявленим бар'єром на шляху прорізування або через неправильне положення зуба.
2. Первинна ретенція визначається як припинення прорізування нормально розташованого і нормально розвиненого зуба перед прорізуванням через ясна без фізичного бар'єру на шляху прорізування, і коли зуб затримується більше двох років.
3. Вторинна ретенція – припинення прорізування зуба після появи у порожнині рота без фізичного бар'єру або ектопії зуба.

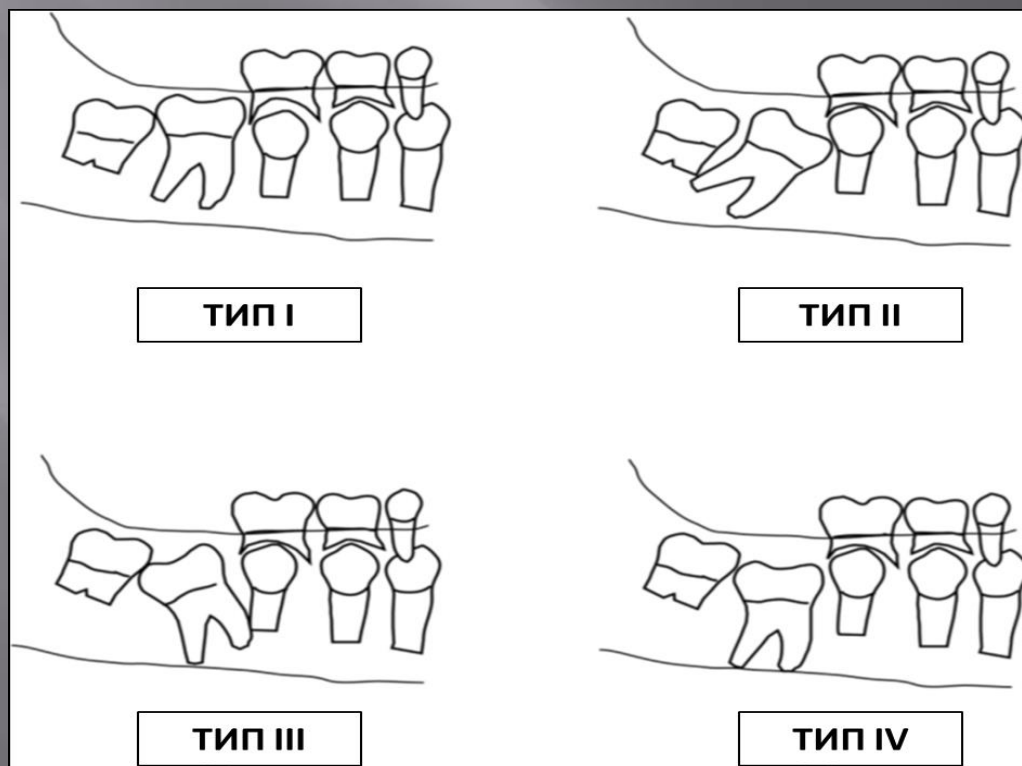
Порушення прорізування постійних зубів може бути викликане системними факторами пов'язаний з ендокринними відхиленнями і синдромами або місцевими факторами. Місцеві фактори, що викликають затримку прорізування зубів, включають порушення шляху прорізування зубів, аномалію форми зуба, гіперплазію, зміщення зачатку через кісту і пухлину, втрату простору для прорізування, фіброз ясен, ідіопатичні умови. Системні фактори включають ендокринні розлади, такі як гіпотиреоз, гіпертиреоз, гіпопаратиреоз, рахіт, краніофациальну гіпертрофію.

Низка авторів (Reid, 1954; Brady, 1990; Ireland, 1991; DiBiase and Leggat, 2000), враховуючи велику кількість спадкових випадків, припускають, що порушення прорізування може мати генетичний компонент. Є дані, що ретенція молярів також перебуває під генетичним контролем (Baccetti, 2000). Науковці вказують, що порушення прорізування пов'язані з Менделевською схемою успадкування (Shokeir, 1974), а прорізування зубів може бути під впливом низки синдромів (клеїдокраніальна дисплазія, остеопетроз та ін.).

Marsuzaki et al. досліджували причини затримки прорізування саме першого нижнього моляра. Було проведено обстеження одинадцяти пацієнтів (середній вік – 9,5 років) з первинною затримкою прорізування цих зубів. Проведена оцінка клінічних, рентгенологічних та гістопатоморфологічних досліджень з метою виявлення факторів, які перешкоджають спонтанному прорізуванню обстежених зубів, вибору подальшого хірургічного втручання та перебігу післяопераційного періоду. Гістопатологічні діагнози пацієнтів включали 3 одонтогенних пухлини, 2 одонтогенні кісти і 6 гіперплазій зубних фолікулів.

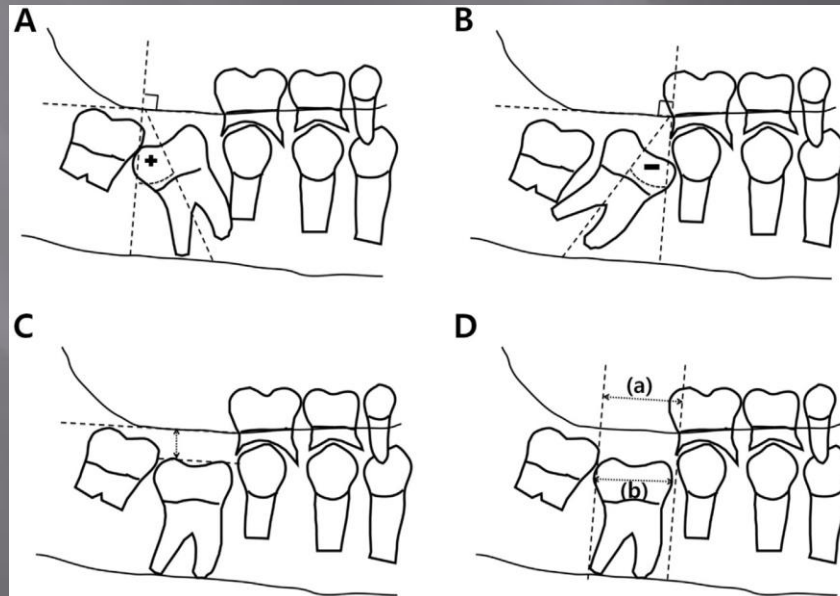
У своєму дослідженні науковці розподілили ретенцію нижніх перших молярів на чотири типи, відповідно до його положення відносно до зачатку другого моляру і другого премоляру (рис. 1). Перший тип характеризується вищим положенням першого моляру по відношенню до зачатків другого моляра і другого премоляра. В тих випадках, коли перший моляр розташовувався вище зачатку другого моляра, але нижче другого премоляра, говорять про тип II. У випадках III типу, перший моляр розташовувався нижче другого моляра, але над другим премоляром. При IV типі перший моляр розташовувався нижче другого моляра і другого премоляра.

Тип I є нез'ясованим у багатьох випадках і може вважатися складним для прогнозування результатів лікування.



Вчені пропонують визначати глибину ретенції, кут нахилу та простору для їх прорізування на панорамних рентгенограмах. Базова лінія, що з'єднує цементно-емалевий перехід сусіднього тимчасового другого моляра та верхній край альвеолярного гребню визначали як опорну лінію альвеолярної кістки. В тих випадках, коли другий тимчасовий моляр був видалений, в якості орієнтиру використовували перший тимчасовий моляр.

Глибина ретенції вимірювалася як найкоротша вертикальна відстань між базовою лінією альвеолярної кістки і ретенуваним зубом. Кут ретенції зуба вимірювали як кут між базовою лінією альвеолярної кістки і повздовжньою віссю зуба. Ширину коронки вимірювали в ділянці екватора першого моляра нижньої щелепи. Простір прорізування вимірювався як відстань між вертикальними лініями апроксимальних контактів другого моляра і другого премоляра відносно до базової лінії альвеолярної кістки.



ВИСНОВОК

Літературний огляд виявив незначну кількість досліджень порушення прорізування першого моляру нижньої щелепи. Більшість з них були представлені клінічними випадками. Автори зазначають необхідність подальших досліджень в цьому напрямку. Невчасна діагностика та лікування ретенції перших постійних молярів збільшує ступінь ускладнення. Тому важливо проводити ранню діагностику та лікування шляхом періодичних стоматологічних обстежень починаючи з 6 років.