

БАХРІ НАДХЕМ

**КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА І
АПАРАТУРНО-ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
РЕТЕНЦІЇ ІКОЛІВ
14.00.21 - стоматологія**

АВТОРЕФЕРАТ

**кваліфікаційної роботи на здобуття наукового ступеня
Магістра стоматології**

Магістерська робота виконана у Дніпропетровській Державній Медичній Академії

Науковий керівник -

доктор медичних наук,

професор А.В. Самойленко

Офіційні опоненти -

доктор медичних наук,

професор Є.Н. Дичко

доцент І.М. Щербина

Захист відбудеться:

«15» травня 2007 р. о 12 годині на засіданні вченої ради стоматологічного факультету Дніпропетровської Державної Медичної Академії за адресою: 49045, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.

З магістерською роботою можна ознайомитись у науковій бібліотеці Дніпропетровської Державної Медичної Академії за адресою: 49045, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9.

Автореферат розіслано «15» квітня 2007 р.

Голова Вченої Ради, стоматологічного факультету ДДМА доцент Д.В.Чернов

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА АПАРАТУРНО-ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕТЕНЦІЇ ІКЛІВ

Актуальність проблеми.

Ретенція іклів є однією з тих, що найчастіше зустрічаються, до 30.5% аномалій положення зубів і деформації зубних рядів [Хорошилкина Ф.Я., Проскурін Е.Ф., 1977; Ширака З.П., 1961]. Лікування іклів, які не прорізалися вчасно, досить складне, тому що більшість авторів пов'язують її виникнення з нестачею місця в зубній дузі, яке виникає внаслідок її звуження або в результаті мезіального переміщення бічних зубів, макродентії та аномалійного положення зачатків. Дефіцит місця змушує включати до схеми лікування аномалій прорізування зубів нормалізацію форми зубної дуги та зміни положення передньої групи зубів, вдаватися до видалення постійних зубів як до лікувальної процедури [Дубивко С.А. та ін., 1992; Малигин Ю.М., 1991; Спатарь Г.К., 1984; Hotz R.P., 1978; Reboul M., 1987] та інші.

Ретиновані зуби є причиною виникнення різних зубощелепних деформацій і захворювань щелеп. Вони можуть діяти як чужорідне тіло, спричиняючи ушкодження сусідніх органів, а при спонтанному прорізуванні можуть бути причиною розсмоктування коренів постійних зубів, які стоять поряд, або ж їх аномального прорізування [Арсеніна О.І., Стадницька Н.П., 1997; Жигурт Ю.І., 1994; Неспрядько В.П., 1985; та ін.].

Незважаючи на численні роботи з лікування цієї патології, ціла низка питань залишається недостатньо вивченою і слабо висвітленою в літературі. Так, недостатньо чітко дано рекомендації щодо застосування сучасних методик дослідження, які застосовуються для виявлення причин виникнення неправильного положення іклів, що зумовлює труднощі в діагностиці та виборі раціонального способу лікування. Потребують удосконалення методики розшифровки ортопантомограм. Недостатньо відомостей про показання для вибору методу лікування, що враховує причини виникнення аномалії та ступінь її вираженості і топографію ретинованого зуба. Зокрема під час проведення комплексного лікування, що включає хірургічні та ортодонтичні методи [Арсеніна О.І., Стадницька Н.П., 1997; Вакушина О.А., та ін., 1999; Жигурт Ю.І., 1991; Неспрядько В.Л. 1985; Хорошилкина Ф.Я., Проскурін Е.Ф., 1977; Шулькіна Н.М., та ін., 1984].

Ціль дослідження.

Удосконалювати комплексне лікування ретенції іклів на підставі використання сучасних методів обстеження та поглибленого вивчення етіопатогенезу цієї патології.

Для досягнення зазначеної цілі вирішувалися нижчевказані задачі.

Задачі дослідження.

1. Вивчити поширеність постійних зубів, що своєчасно не прорізалися, за матеріалами стоматологічної поліклініки ДДМА та дитячої міської стоматологічної поліклініки (м. Дніпропетровськ), філії у м. Кривий Ріг, Дніпропетровської області.
2. Виявити частоту і види зубів, що своєчасно не прорізалися, за даними рентгенологічного дослідження.

3. Розробити методику визначення та уточнення топографії ретинованого зуба.
4. Визначити ефективність запропонованої методики для діагностики та планування комплексного лікування пацієнтів із затриманими за термінами прорізування і ретинованими зубами і виробити рекомендації для практичної охорони здоров'я.
5. Розробити рекомендації щодо вибору способу лікування аномалій положення іклів з урахуванням клінічної та рентгенологічної картини.

Наукова новизна дослідження

Запропоновано оригінальну методику й алгоритм розшифровки ортопантограм щелеп для визначення топографії й уточнення глибини залягання в кістці альвеолярного відростка ретинованих зубів.

Уточнено діагностичні можливості методик вивчення контрольних-діагностичних моделей, ортопантомографії та телерентгенографії для з'ясування причин виникнення ретенції іклів і планування комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Отримано нові дані про поширеність, частоту та групову приналежність постійних зубів, що своєчасно не прорізувалися, у жителів м. Дніпропетровськ та м. Кривий Ріг.

Практична значимість дослідження

Рекомендації з комплексного обстеження хворих з ретенцією іклів і застосування еджуайс-техніки дали змогу розширити показання для консервативного методу лікування цієї патології. Запропоновано методики аналізу ортопантограм для визначення й уточнення топографії ретинованих зубів, які дають змогу точніше та з меншою травматичністю провести хірургічний доступ до ретинованого зуба.

Впровадження результатів дослідження.

Основні результати дослідження постійно застосовуються в повсякденній роботі ортодонтичних кабінетів стоматологічної поліклініки ДДМА та дитячої міської стоматологічної поліклініки (м. Дніпропетровськ), використовуються під час читання лекцій і проведення практичних занять зі студентами, ординаторами та на циклах удосконалення лікарів-стоматологів.

Основні положення дисертації, що виносяться на захист.

1. Запропонована методика розшифровки ортопантограм дає змогу проводити менш травматичний хірургічний доступ до зубів, що своєчасно не прорізувалися, у комплексному лікуванні ретинованих іклів.
2. Комплексний підхід (сучасні методи обстеження, зниження травматичності хірургічного втручання і застосування сучасних незнімних апаратів) підвищує

ефективність ортодонтичного лікування ретенції іклів, істотно скорочує його строки та зменшує кількість видалених за ортодонтичними показаннями премолярів.

Апробація роботи.

Основні матеріали магістерської роботи були повідомлені на розширеному засіданні кафедри стоматології ДДМА, 2006 р.

Обсяг і структура роботи.

Магістерську роботу викладено на 102 сторінках машинописного тексту. Вона складається зі вступу, 4 розділів, заключної частини, висновків, практичних рекомендацій, покажчика літератури, до якого включено 172 джерела літератури, зокрема 122 вітчизняні та 50 зарубіжних авторів. У роботі наведено 28 малюнків і 7 таблиць.

Матеріал дослідження.

Під час дослідження було проаналізовано 1854 історії хвороби пацієнтів, які лікувалися в дитячому відділенні стоматологічної поліклініки ДДМА та дитячої міської стоматологічної поліклініки (м. Дніпропетровськ) в 2005-2006 рр. Для аналізу взято 193 клінічні історії хвороби, де зустрівся діагноз аномалія прорізування зубів.

Цей матеріал склав групу, на якій виявлено частоту зустрічальності порушення процесу прорізування зубів, топографію локалізації іклів, які не прорізувалися, оцінено діагностичні можливості ортопантомографії, а також тривалість і ефективність різних способів лікування. Власні спостереження автора склали 644 пацієнти з різною патологією, з яких 57 мали ретенцію іклів верхньої щелепи, які лікувалися в стоматологічній поліклініці ДДМА та дитячій міській стоматологічній поліклініці (м. Дніпропетровськ).. Загальна кількість спостережень, на яких оцінено ефективність сучасних методик обстеження, і комплексного лікування ортодонтичних пацієнтів, склали 250 пацієнтів.

Планування ортодонтичного лікування проводилось з урахуванням віку пацієнтів, виду і тяжкості патології.

Методи дослідження.

Ефективність ортодонтичного лікування багато в чому залежить від правильного і раціонального обстеження хворих із зубощелепними аномаліями та деформаціями. Для постановки діагнозу і планування лікування пацієнтів із ретенцією зубів використовували клінічний, рентгенологічний, антропометричний методи.

Клінічне обстеження пацієнтів проводили за методиками, прийнятими на кафедрі стоматологічної поліклініки ДДМА та дитячої міської стоматологічної поліклініки (м. Дніпропетровськ).

Вивчення фотографій обличчя в анфас включало визначення його форми за Izard; симетричності його будови, висоти обличчя і співвідношень верхньої, середньої та

нижньої його частин, розташування і форми носа, губ, підборіддя, лицьових ознак аномалій. Порівнювали фотографії обличчя, отримані до лікування, після його закінчення і визначали зміни форми обличчя.

Під час вивчення діагностичних моделей щелеп визначали аномалії розмірів і положення зубів, форми зубних рядів, ступінь вираженості морфологічних порушень. Виявляли порушення співвідношень зубних рядів у трьох взаємно перпендикулярних напрямках. Вивчали зміни, що відбулися в результаті лікування.

Рентгенологічний метод дослідження включав вивчення ортопантограм і дентальних близькофокусних рентгенограм зубів. Ортопантограми робили на апараті "Cranex dc2". Під час вивчення ортопантограм щелеп: виявляли частоту постійних зубів, що своєчасно не прорізалися, у пацієнтів, визначали розташування, глибину залягання та їхній вплив на положення сусідніх зубів, а також наявність надкомплектних зубів, кіст, їх вплив на розташування й формування зубів, що не прорізалися.

Ці дані мали велике значення для вирішення питання про тактику лікування, доцільність виведення ретенованого зуба і визначення прогнозу лікування.

Аналіз телерентгенограм проводили на основі методичних вказівок кафедри ортодонтії та дитячого протезування ММСІ (1995).

У роботі, для опрацювання отриманих результатів, застосовано метод варіаційної статистики: для визначення середніх величин, їх помилок і середньоквадратичних відхилень.

Ступінь достовірності між двома порівнюваними величинами ми визначали за таблицею критеріїв достовірності за Стьюдентом при рівні достовірності 0,05.

На підставі аналізу 1473 історій хвороби пацієнтів, узятих на лікування в стоматологічній поліклініці ДДМА, виявлено 193 пацієнти з порушеннями процесу прорізування зубів, що становило 13,1%, з них ретенція - 4,1%, а в дитячій міській стоматологічній поліклініці (м. Дніпропетровськ) із 522 виявлено 103 (19,7%) випадки порушення процесу прорізування, зокрема 57 (10,9 ± 1,4%) осіб мали ретенцію іклів верхньої щелепи.

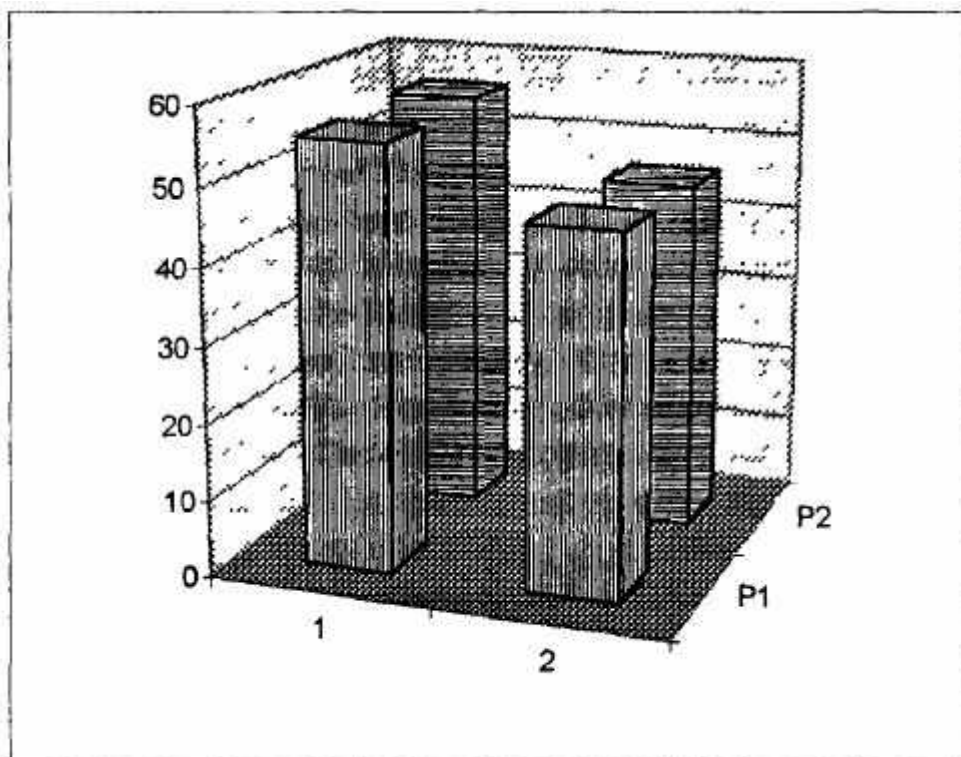


Рис 1. Співвідношення ретенції та затримки прорізування у структурі патології процесу прорізування іклів верхньої щелепи (1 - затримка прорізування; 2 - ретенція; P1 - клініка ДДМА; P2 - клініка м. Дніпропетровськ)

Порівнюючи дані про структуру порушення процесу прорізування зубів у поліклініці ДДМА і клініці м. Кривий Ріг, можна зробити висновок про практично повний збіг даних, незважаючи на те, що поширеність цієї патології в м. Кривий Ріг достовірно вища ($P \leq 0,05$).

Достовірно збільшення поширеності цієї патології в м. Кривий Ріг ми пояснюємо відсутністю спеціалізованої дитячої стоматологічної служби в цьому регіоні Дніпропетровської області.

На 1339 ортопантомограмах було виявлено 193 випадки, у яких зуби вчасно не прорізулися в середні строки. Усі досліджувані непрорізані зуби були розподілені на дві групи. Першу склали зуби, корінь яких ще не закінчив своє формування і зберігалася потенція для прорізування зуба. Другу - зуби, корінь яких був повністю сформований. Отримані дані представлені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Структура непрорізаних зубів за даними ортопантомограм

Зуби	Всього зубів		Затримка прорізування		Ретенція	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Центральні різці в/ч	17	8,8 ± 2,0	11	10,6 ± 1,8	6	6,7 ± 4,7
Бічні різці в/ч	18	9,3 ± 1,0	13	12,5 ± 1,2	5	5,6 ± 1,9
Ікла в/ч	106	54,9 ± 2,6	46	44,2 ± 3,0	60	67,4 ± 4,9
Перші премоляри в/ч	8	4,1 ± 0,5	6	5,8 ± 0,8	2	2,2 ± 1,7
Другі премоляри в/ч	18	9,3 ± 1,0	10	9,6 ± 2,5	8	9,0 ± 2,5
Ікла н/г	9	4,6 ± 1,0	6	5,8 ± 1,1	3	3,4 ± 1,9
Перші премоляри н/г	7	3,8 ± 0,5	4	3,9 ± 0,4	3	3,4 ± 1,9
Другі премоляри н/г	10	5,2 ± 1,8	8	7,6 ± 2,4	2	2,3 ± 1,3
Всього	193	100	104	100	89	100

З усіх зубів, що не прорізалися в середні строки, 54% були зубами, що затрималися, а 46% - ретинованими.

Основну кількість склали ікла верхньої щелепи (55%). На другому місці опинилися бічні різці та другі премоляри верхньої щелепи по - 9,3%.

Аналіз ортопантомограм показав, що зуби із затримкою прорізування були розташовані в напрямку прорізування або мали невеликий нахил, тобто мали задовільні умови для прорізування.

Під час аналізу ортопантомограм встановлено, що найчастіше до затримки прорізування схильні ікла верхньої щелепи (44,2 %), другі різці (12,5 %) і центральні різці (10,6 %) верхньої щелепи.

Основною причиною затримки слугувала відсутність місця в зубному ряду або його нестача внаслідок передчасного видалення молочного зуба.

Групу ретенції здебільшого склали ікла верхньої щелепи (67,4±4,9), які мають відхилення від осі прорізування і відсутність місця в зубному ряду, і медіальні різці верхньої щелепи (10,8%), що мають на шляху прорізування перешкоду у вигляді надкомплектного зуба.

Найпоширеніші причини, що призводять до виникнення патології прорізування зубів, наведено в таблиці 2.

Таблиця 2.

Основні причини патології прорізування зубів

Етіологічні чинники	Кількість зубів у %		
	I група затримка	II група ретенція	P
1. Дефіцит місця	31,3 ± 4,2	41,8 ± 5,2	≤0,05
2. Атипове положення зуба	36,8 ± 4,3	59,9 ± 5,2	≤0,05
3. Перешкоди під час прорізування	32,3 ± 4,2	14,5 ± 3,7	≤0,05
4. Поєднання різних форм	61,2 ± 4,4	67,3 ± 5,0	>0,05

Наведені в таблиці 3 дані свідчать про те, що поєднані форми трапляються частіше, ніж ізольовані у пацієнтів обох груп.

Недостовірність відмінності показників свідчить про однорідність груп. При відсутності лікування пацієнти I групи, через деякий час, переходять у II групу.

Наявність перешкоди на шляху прорізування включала дефіцит місця через звуження щелеп або вкорочення зубної дуги внаслідок передчасного видалення молочного зуба.

Крім того, перешкодою для прорізування постійних зубів слугували надкомплектні або затримані молочні зуби.

Глибоке розташування зуба, що не прорізався, в кістковій тканині рідко було самостійною ознакою. Найчастіше воно поєднувалося з іншими етіологічними причинами.

Атипове положення зуба характеризувалося різким відхиленням його осі від осі прорізування.

Розподіл частоти ретенції іклів верхньої щелепи за статевою ознакою представлено в таблиці 3.

Таблиця 3

Локалізація ретенції іклів верхньої щелепи

Кількість	Стать	Зуби		
		3⊥	3⊥3	⊥3
28	Ч	28,6 ± 12,1%	35,7 ± 12,8%	35,7 ± 2,8%
29	Ж	24,1 ± 9,2%	41,4 ± 10,2%	34,5 ± 9,9%
57		≤0,05	≤0,05	≤0,05

Аналізуючи дані таблиці 3, можна зазначити, що достовірно рідше спостерігається ретенція правого верхнього ікла в осіб жіночої статі, у чоловіків спостерігається подібна тенденція.

Лікування всіх пацієнтів проводили комплексно апаратурно-хірургічним методом, спрямованим на створення умов для переміщення ретинованого зуба в зубну дугу.

Комплексне лікування ретинованих зубів включає в себе 2 етапи: 1 - забезпечення доступу до коронки зуба за допомогою хірургічного втручання; 2 - фіксація на коронку ретинованого зуба ортодонтичного пристосування (брекет, кнопка) та його переміщення в зубний ряд за допомогою еджуайс-техніки.

І якщо другий етап не становить великих труднощів для ортодонта, то перший етап є найскладнішим.

Локалізація ретинованого ікла (піднебінне або вестибулярне положення) для планування і проведення лікування має велике значення. У разі розташування зуба в товщі альвеолярного відростка, точність визначення його топографії за внутрішньоротовими рентгенівськими знімками та ортопантомограмами відповідає приблизно 50%.

Для підвищення інформативності про положення ретинованого зуба в альвеолярному відростку ми виготовили ортопантограму пацієнта, помістивши на вестибулярній і піднебінній поверхні альвеолярного відростка верхньої щелепи опорні мітки з рентгеноконтрастного матеріалу (Рис. 2).



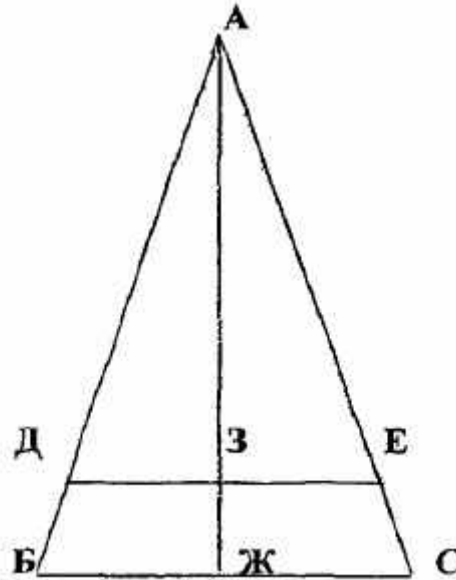
Рис. 2. Ортопантомограма із рентгеноконтрастними мітками:
1 – 2 - мітки на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка;
3 - 4 - мітки на піднебінній поверхні альвеолярного відростка.

Аналіз ортопантограм із рентгеноконтрастними мітками дав змогу зробити такий висновок:

Рентгенологічна тінь ретинованого зуба, розташованого нерівно, на плівці завжди буде більшою за симетричний зуб, який перебуває в зубній дузі.

1. Рентгенологічна тінь ретинованого зуба, розміщеного в товщі альвеолярного відростка, на плівці наблизатиметься за розмірами до тіні симетричного зуба, розміщеного в зубній дузі.
2. Рентгенологічна тінь ретинованого зуба, розташованого на вестибулярній поверхні альвеолярного відростка, на плівці буде меншою за розмірами за тінь симетричного зуба, розташованого в зубній дузі.
3. Крайова різкість зуба, більш віддаленого від площини плівки, завжди буде нижчою, ніж тінь зуба, розташованого ближче до площини плівки.

Для уточнення глибини залягання ретинованого зуба, розташованого в товщі альвеолярного відростка, ми запропонували наступний спосіб обчислення глибини залягання зуба, що не прорізався. Відомо, що відстань між джерелом випромінювання і площиною плівки - величина постійна. Змінною величиною буде тінь від зуба, що не прорізався, і вона буде залежати від розмірів зуба і величини відстані до плівки, що продемонстровано на контрольній рентгенограмі з мітками. Ми зобразили це графічно (рис. 3).



**Рис 3. Схема отримання рентгенологічного зображення:
 АБ і АС відстань від джерела випромінювання до площини плівки,
 ДЕ досліджуваний об'єкт, ВС рентгенологічна тінь об'єкта на плівці**

Аналізуючи рисунок, ми встановили, що фігура АВС - це рівнобедрений трикутник з бічною стороною, що дорівнює відстані від трубки до плівки, сторона ВС - тінь предмета на плівці, лінія ДЕ - розміри зуба, а лінія АЖ - висота. Таким чином ми отримали два подібні трикутники АВС і АДЕ, а використовуючи теорему подібності трикутників, знаходимо величину АД (АЕ), $AB/BC = AD/DE$ $AD = (AB \cdot DE)/BC$, розмір ДЕ дорівнює величині симетричного зуба, що прорізався, тоді $AZ = \sqrt{AD^2 - DZ^2}$

Використовуючи запропонований метод, ми встановили положення ретинованих іклів (табл. 5).

Топографія ретинованих іклів верхньої щелепи

Кількість	Стать	Зуби		
		3⊥	3⊥3	⊥3
28	Ч	вестибулярне 52,7±6,4 %; піднебінне 47,3 ± 5,6 %	вестибулярне 58,1 ±6,3 %; піднебінне 41,9 ± 4,9 %	вестибулярне 55,3 ±5,3%; піднебінне 44,7 ± 4,9 %
29	Ж	вестибулярне 44,3±6,4 %; піднебінне 55,7 ± 5,6 %	вестибулярне 42,6±5,1 %; піднебінне 57,4 ± 5,6 %	вестибулярне 40,9 ±5,3%; піднебінне 59,1 ± 6,6 %
57		≤ 0,05	≤ 0,05	≤ 0,05

Аналіз показав, що в осіб чоловічої статі незначно переважає вестибулярне положення ретинованих іклів, а в осіб жіночої - піднебінне.

Таким чином, дотримуючись запропонованого нами алгоритму, рентгенологічне дослідження за допомогою ортопантограми дає змогу визначити точнішу локалізацію ретинованих зубів і зубів, що не прорізалися.

Хірургічну підготовку до апаратного переміщення ретинованих зубів проводили у всіх 57 випадках, і її обсяг залежав від багатьох причин:

- місця в зубній дузі;
- перешкоди на шляху прорізування зуба;
- глибини залягання ретинованого зуба;

топографії розташування ретинованого зуба в альвеолярному відростку у вестибуло-піднебінному напрямку.

Перед хірургічним втручанням ми фіксували в порожнині рота ортодонтичні апарати. Як лікувальні апарати використовували незнімні апарати (еджуайс-техніка), набори брекетів, системи Roht із поздовжнім ангульованим пазом розміром 0.018" x 0.025" і торком. Брекети фіксували до зубів композиційними матеріалами. У початковій фазі лікування ми фіксували круглі дуги типу "Флекс" на 2-3 тижні, або одразу накладали круглі нітинолові дуги діаметром 0.012"-0.016", далі міняли їх на нітинолові діаметром 0.018", а після закінчення нівелювання зубних рядів застосовували чотиригранні перетином 0.018" x 0.025" і закінчували лікування на сталевих дугах перетином 0,018" x 0.025". У процесі лікування, залежно від тяжкості патології, клінічної картини і планованих завдань лікування, ми застосовували дуги і з інших сплавів - нержавіючої сталі, нікелю і титану, титанфлексу.

Ортодонтичний елемент залежно від умов фіксували або безпосередньо під час операції, або через 2-3 доби після операції в довільному положенні. Активне ортодонтичне переміщення зуба після оголення коронки починали на 2-3 добу після фіксації активного елемента. Виведення зуба починали з використанням еластичної тяги, прикріпленої за допомогою ортодонтичного елемента (кнопка, брекет) до ретинованого зуба і дуги, яка входить у паз брекетів.

На перших етапах лікування, при необхідності, створювали місце в зубній дузі, використовуючи стандартні прийоми (мезіальне і дистальне переміщення сусідніх зубів,

розширення зубної дуги або її подовження, видалення молочних зубів, що затрималися, або постійних за показаннями) і одночасно виводили зуб до нормальної висоти коронки зуба. Далі переклеювали або наклеювали (якщо було наклеєно кнопку) брекет і, якщо це можливо, в правильне положення, та створювали правильний осьовий нахил зуба, торк та ангуляцію. Силу визначали індивідуально, і переміщували зуб у потрібну позицію.

Тривалість лікування залежала від:

- наявності місця в зубному ряду;
- поєднання аномалії положення окремих зубів з аномалією прикусу в сагітальному, трансверзальному і вертикальному напрямках;
- стану переміщеного зуба (глибина залягання, відхилення від осі прорізування, стану навколозубних тканин);
- віку пацієнта;
- методу лікування;
- акуратності пацієнта.

Результати наших клінічних, рентгенологічних досліджень і даних літератури дають нам змогу висловити припущення про те, що порушення термінів прорізування зубів та їх ретенція, які відносяться до аномалії прорізування зубів і є патологічним станом щелепно-лицьової ділянки, сприяють, за умови відсутності своєчасного лікування, розвитку зубощелепних деформацій, захворювань щелеп, а також порушенню функції й естетики.

У зв'язку з цим своєчасна повноцінна діагностика та комплексне лікування цієї аномалії є одночасно профілактикою можливих зубощелепних деформацій, які виникають при відсутності лікування.

ВИСНОВКИ.

1. Поширеність своєчасно непрорізаних постійних за даними ортопантомографії становила 13,1%, з них ретенція іклів верхньої щелепи 4,1% (поліклініка ДДМА), а за матеріалами стоматологічної клініки м. Дніпропетровськ 19,7% з них $10,9 \pm 1,4\%$ осіб мали ретенцію іклів верхньої щелепи. м. Дніпропетровськ 19,7% з них $10,9 \pm 1,4\%$ осіб мали ретенцію іклів верхньої щелепи.
2. Основними етіологічними факторами ретенції іклів верхньої щелепи у Дніпропетровському є однаковою мірою неправильне положення їх зачатків ($36,8 \pm 4,3$), дефіцит місця ($31,3 \pm 4,2$) і перешкода на шляху прорізування ($32,3 \pm 4,2$), тоді як у стоматологічній клініці м. Дніпропетровськ - неправильне положення їх зачатків ($59,9 \pm 5,2$) та дефіцит місця ($41,8 \pm 5,2$).
3. Структура порушення процесу прорізування зубів за даними ОПТГ поліклініки ДДМА і матеріалами клініки м. Дніпропетровська є однорідною. На підставі рентгенологічного дослідження виділено дві групи пацієнтів залежно від стадії формування зубів. Пацієнти із затримкою прорізування зубів становили $53,9 \pm 3,6\%$, з ретинуваними - $46,1 \pm 3,6\%$, а в клініці м. м. Дніпропетровськ - $55,3 \pm 4,9\%$, що на $44,7 \pm 4,9\%$ більше, ніж у дітей, у яких не прорізувалися зуби, які не визріли вчасно.

4. Запропоновані методика й алгоритм розшифрування ортопантомограми щелеп дають змогу точно визначати розташування в альвеолярній кістці зубів, що затрималися в прорізуванні, та ретинуваних зубів.
5. Розроблена оригінальна методика розшифрування ортопантомограм підвищила ефективність ортодонтичного лікування і дала змогу знизити травматичність хірургічного етапу комплексного лікування ретенції іклів верхньої щелепи.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.

1. Для уточнення діагнозу, планування і прогнозування результатів лікування необхідно проводити комплексне клініко-лабораторне обстеження з обов'язковим вивченням діагностичних моделей, ортопантомограм і телерентгенограм.
2. При наявності у пацієнтів затримки прорізування зубів обов'язковим є ортопантомографічне обстеження.
3. Для підвищення ефективності комплексного лікування ретенції іклів рекомендуємо дотримуватися запропонованого алгоритму і методики розшифровки ортопантомограм.
4. Для профілактики рецидивів неправильного положення іклів і різцевої групи зубів необхідне визначення достатності місця для прорізування третіх молярів за даними ортопантомографії.

Список робіт опублікованих за темою магістерської роботи

1. Визначення топографії ретинованого зуба за даними ортопантомографії // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченій 30-річчю кафедри стоматології дитячого віку Тверської державної медичної академії та 85-річчю її засновника професора Р.Д. Новоселова - Твер, 2004. (Бобров Д.В., Чумаков О.М.) с. 201-203.
2. Дисталізація перших постійних молярів за допомогою апарату Хансе // Збірник праць науково-практичної конференції, присвяченій 30-річчю кафедри стоматології дитячого віку Тверської державної медичної академії та 85-річчю її засновника професора Р. Д. Новоселова - Твер, 2004 (Бобров Д. В., Чумаков О. М.) с. 199-201.
3. Алгоритм визначення положення ретинованого зуба на панорамній рентгенограмі // Верхньоволзький медичний журнал № 3 (Співавт. Бобров Д.В., Чумаков А.Н.).
4. Спосіб розшифровки ортопантомограм. Раціоналізаторська пропозиція № 2586 від 28.03.2004 р., видана ДУ ТДМА.
5. Спосіб отримання інформації про топографію ретинуваних зубів. Раціоналізаторська пропозиція № 2586 від 28.03 2004 р., видана ДУ ТДМА.