

Vliv palatinálně vedeného aktivního tahu u léčby retence středních řezáků

MDDr. Anna Janková^{1,2}, MUDr. Ivo Marek, Ph.D.^{1,2}, doc. MUDr. Martin Starosta, Ph.D.³
MDDr. Michal Novosad²

¹ Ortodontické oddělení Kliniky zubního lékařství LF UP, Olomouc

² Stomatologická klinika STOMMA, Břeclav

³ Stomatologická klinika 1.LF UK a VFN, Praha

Cíl práce

Cílem retrospektivní studie bylo zhodnocení estetického a parodontologického stavu zařazených retinovaných stálých horních středních řezáků a porovnat výsledek ortodontické léčby při použití dvou léčebných metod, a to otevření místa s následnou spontánní erupcí zubu a chirurgické metody uzavřené erupce a aktivního tahu.

Materiál

V této studii byl hodnocen soubor 34 pacientů po ortodontické terapii fixním aparátem v soukromé stomatologické praxi STOMMA Břeclav a na Ortodontickém oddělení Kliniky zubního lékařství v Olomouci, kteří byli minimálně 6 měsíců v retenční fázi léčby. Ze studie byli vyřazeni pacienti s rozštěpy nebo jinými vývojovými poruchami.

Metodika

Pacienti byli rozděleni do dvou skupin dle léčebného plánu. První skupina obsahovala 13 pacientů, u kterých byla provedena léčba malým fixním aparátem s otevřením adekvátního místa pro spontánní erupci retinovaného řezáku. Druhá skupina pak obsahovala 21 pacientů, kteří byli léčeni plným fixním aparátem a podstoupili chirurgický zákrok uzavřené erupce s nalepením ortodontického knoflíku s řetízkem na palatinální plochu retinovaného řezáku a aktivní tah byl veden na vrchol alveolárního výběžku dle protokolu Marka a Starosty. Do této skupiny byly zařazeni pacienti s těžkým stupněm retence. Byly zaznamenány potřebné údaje z dokumentace každého pacienta a pro hodnocení byla použita fotografická dokumentace pacientů, OPG a kefalometrické rentgenové snímky.

Výsledky

U všech retinovaných řezáků zařazovaných dle uvedeného protokolu uzavřené chirurgické erupce byla připojená gingiva vytvořena v dostatečné velikosti, bez přítomnosti jizev či atypického vzhledu. U metody uzavřené erupce s erupcí na vrchol alveolárního hřebene nedochází k nežádoucí vertikální recidivě zubu. U zubů s dilacerací kořene, s těžkým stupněm retence nebo v horizontálním postavení byla celková doba terapie zpravidla delší, nikoliv však signifikantně. Bylo zjištěno, že celková doba léčby retinovaných řezáků nezávisí na věku pacienta na začátku terapie, na uzávěru apexu, na původní příčině způsobující retenci zubu, na stupni retence, na uložení zubu vzhledem k jeho dlouhé ose. Při hodnocení délky klinické korunky nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi metodou uzavřené erupce s palatinálně lepeným attachmentem na aktivní tah a druhostranně prořezaným referenčním zubem.

Závěr

Výsledky studie korelovaly s výsledky jiných doposud zveřejněných studií, kdy léčebná metoda uzavřené erupce s aktivním tahem na hřeben alveolu je jednou z nejvhodnějších metod terapie těžce retinovaných řezáků s dosažením přijatelného estetického a funkčního

výsledku. Výsledky u spontánní erupce s otevřením adekvátního místa a aktivním tahem na vrchol alveolu byly srovnatelné.