



ХІРУРГІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ НАДКОМПЛЕКТНИХ ЗУБІВ ПЕРЕД ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

Луценко А. О.  0009-0003-4147-4050,

Лобур М. О.  0009-0003-2997-1900

Навчально-науковий інститут стоматології НМУ імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Наукові керівники:

д. мед. н., професор Костюк Т. М., Навчально-науковий інститут стоматології НМУ ім. О. О. Богомольця

PhD, Якименко Р. О., ПЗВО «Університет медицини та соціальних наук»

Вступ. Надкомплектні зуби (гіпердонтія) — патологія розвитку зубощелепної системи, за якої кількість зубів перевищує фізіологічну норму. Поширеність цієї аномалії у загальній популяції становить від 0,1 % до 3,8 %, при цьому верхня щелепа уражається у 90% випадків, переважно у вигляді мезіоденсів фронтального сегмента.

Надкомплектні зуби спричиняють серйозні ортодонтичні ускладнення: затримку прорізування або дистопію постійних зубів, формування діастеми, ротацію та скупченість, резорбцію коренів суміжних зубів, а також розвиток фолікулярних кіст. Ці чинники суттєво ускладнюють подальше ортодонтичне лікування та погіршують його клінічний прогноз.

Питання оптимального хірургічного протоколу, вибору часу втручання та послідовності міждисциплінарної взаємодії (хірург-ортодонт) залишаються предметом наукової дискусії, що зумовлює актуальність даного дослідження.

Мета роботи: клінічно обґрунтувати доцільність хірургічного видалення надкомплектних зубів як обов'язкового етапу передопераційної підготовки перед ортодонтичним лікуванням; систематизувати оптимальні терміни та алгоритми хірургічного втручання на підставі аналізу клінічних випадків і даних сучасної літератури.

Матеріали та методи. Дослідження проводили на базі Навчально-наукового інституту стоматології НМУ ім. О. О. Богомольця впродовж 2022–2026 рр. До аналізу включено 48 пацієнтів віком від 8 до 24 років із верифікованим діагнозом «надкомплектні зуби». Розподіл за статтю: чоловіки — 29 осіб (60,4 %), жінки — 19 осіб (39,6 %). Середній вік пацієнтів на момент звернення склав $16,2 \pm 2,1$ року (з переважанням у межах 14–18 років).

Діагностичний комплекс включав стандартний клінічний огляд, ортопантомографію та конусно-променеву комп'ютерну томографію (КПКТ). Останню застосовували для прецизійного визначення локалізації, осьового нахилу та топографо-анатомічних взаємовідносин надкомплектних зубів із коренями суміжних зубів та повітроносними пазухами.

Хірургічне видалення здійснювали за стандартизованим протоколом: вибір оперативного доступу (піднебінний, вестибулярний або комбінований) базувався на даних КПКТ. У 14 випадках (29,2 %) застосовували п'єзохірургічну методику. Пацієнти були розподілені на дві групи:

- Група А ($n = 31$) — хірургічне втручання у періоді змінного прикусу (8–16 років);
- Група Б ($n = 17$) — втручання у періоді сформованого постійного прикусу (16–24 роки).

Ортодонтичне лікування розпочинали через 3–6 місяців після епітелізації рани та стабілізації кісткової тканини. Термін динамічного спостереження становив 12–30 місяців. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою пакету IBM SPSS Statistics v.26 із застосуванням критерію Манна-Уїтні та точного критерію Фішера ($p < 0,05$).

Результати. За даними КПКТ-обстеження, у 38 пацієнтів (79,2 %) виявлено поодинокі надкомплектні зуби, у 10 (20,8 %) — множинні. За локалізацією переважало піднебінне розташування — 31 випадок (64,6 %), вестибулярне зафіксовано у 12 (25,0 %), серединне (інтраальвеолярне) — у 5 (10,4 %). Найбільш поширеною морфологічною формою був мезіоденс — 34 пацієнти (70,8 %).

Порівняльний аналіз груп продемонстрував переваги раннього втручання:

- Спонтанне прорізування ретенуваного центрального різця у групі А відбулося у 77,4 % випадків ($n = 24$) протягом 6–12 місяців після видалення перешкоди. У групі Б цей показник був достовірно нижчим — 29,4 % ($n = 5$), що свідчить про виражену втрату потенціалу спонтанної ерупції з віком ($p < 0,001$).
- Пацієнтам групи Б у 64,7 % випадків ($n = 11$) знадобилося додаткове хірургічне оголення коронки та ортодонтичне витягнення.
- Тривалість активної фази ортодонтичного лікування у групі А була на 25,2 % меншою, ніж у групі Б ($18,4 \pm 2,3$ міс. проти $24,6 \pm 3,1$ міс. відповідно; $p = 0,003$).
- Частота ускладнень (неповне прорізування, вісьові дистопії, резорбція коренів) у групі А склала 9,7 %, тоді як у групі Б — 35,3 % ($p = 0,021$).

Інтраопераційних ускладнень у групі А не зафіксовано. У групі Б в одному випадку виявлено резорбцію кореня суміжного зуба. Використання п'єзохірургічного протоколу дозволило мінімізувати післяопераційний набряк та скоротити термін загоєння рани в середньому на 3,2 доби.

Висновки

1. Хірургічне видалення надкомплектних зубів є фундаментальним етапом передопераційної підготовки, що створює оптимальні умови для фізіологічного прорізування постійних зубів та запобігає розвитку тяжких зубощелепних аномалій.
2. Оптимальним терміном втручання є період змінного прикусу (8–16 років). Рання екстракція забезпечує спонтанну ерупцію ретенованих зубів у 77,4 % випадків та дозволяє скоротити термін активного ортодонтичного лікування в середньому на 6,2 місяця порівняно з пацієнтами зрілої вікової групи.
3. Конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) є обов'язковим стандартом діагностики, що дозволяє прецизійно верифікувати топографію надкомплектного зуба, обрати малотравматичний хірургічний доступ та мінімізувати ризик ятрогенного пошкодження суміжних структур.
4. Пацієнти з пізньою діагностикою (сформований постійний прикус) потребують складного міждисциплінарного протоколу, що включає хірургічне оголення коронки та примусове ортодонтичне витягнення, що суттєво подовжує терміни реабілітації.
5. Тісна взаємодія між хірургом-стоматологом та ортодонтом на всіх етапах лікування є критичним фактором для досягнення стабільного функціонального та естетичного результату.

Ключові слова: надкомплектні зуби; гіпердонтія; хірургічне видалення; ортодонтична реабілітація; КПКТ; мезіоденс; ретенція зубів; міждисциплінарний підхід.