

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЯ СТИРАЕМОСТИ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ АНОМАЛИЕЙ

Введение

Физиологическая стираемость временных зубов обусловлена особенностями строения их твердых тканей, а также функциональной нагрузкой [3,5]. Она наблюдается у детей с 3 лет и с возрастом должна усиливаться. Недостаточная стираемость коронок временных зубов может явиться этиологическим фактором развития зубочелюстной аномалии [3, 5] (рис. 1).

По данным Е. С. Бимбас, нарушение стираемости временных зубов встречается у каждого третьего ребенка с молочным прикусом [1]. По результатам обследования Ю.А. Гиевой и Л.С. Персина, среди пациентов с мезиальной окклюзией у 8% наблюдалась задержка стираемости бугорков временных клыков [2].

Согласно классификации А. Г. Молдованова, выделяют следующие формы физиологического истирания твердых тканей временных (молочных) зубов [5]:



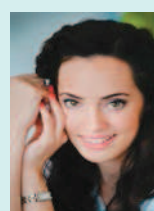
Бимбас Е.С.

профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМУ, г. Екатеринбург



Мягкова Н.В.

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМУ, г. Екатеринбург



Сайпеева М.М.

врач-ортодонт, ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии УГМУ, г. Екатеринбург, marybel@bk.ru

Резюме

В статье представлен обзор наиболее часто встречающихся зубочелюстных аномалий у пациентов в возрасте 3-9 лет с нарушением стираемости временных зубов.

Ключевые слова: нарушение стираемости временных клыков, пришлифовывание временных клыков.



Рис. 1. Аномалии ЗЧС, связанные с нарушением физиологической стираемости временных клыков



Бикшанова Ю.Р.
к.м.н., врач-ординатор
кафедры стоматологии
детского возраста
и ортодонтии УГМУ,
г. Екатеринбург



Логинова Т.О.
врач-ординатор
кафедры стоматологии
детского возраста
и ортодонтии УГМУ,
г. Екатеринбург

INTERRELATION OF DISORDER OF TEMPORARY TOOTH ABRASION WITH MALOCCLUSION

Bimbas E.S., Myagkova N.V., Sayreeva M.M.,
Bikshanova Y.R., Loginova T.O.

The summary

The most frequent dentoalveolar anomalies in children at age of 3 to 9 with disorder of temporary tooth abrasion are presented in the article.

Keywords: disorder of temporary canines abrasion, lapping of temporary canines.

I форма – к 3-4 годам жизни ребенка истираются зубчики резцов и бугры клыков и моляров.

II форма – 6 годам истирание происходит в пределах эмалевого слоя, вплоть до точечного вскрытия эмалево-дентинной границы.

III форма – у детей старше 6 лет истирание происходит в пределах дентинного слоя зубов до замены на постоянные зубы.

Цель

Определить частоту встречаемости нестершихся временных клыков и сопутствующих зубочелюстных аномалий у детей 3-9 лет, по данным обращений за ортодонтическим лечением.

Материалы и методы

Частота встречаемости и особенности клинической картины у детей с нестершимися временными клыками определялись в ходе ретроспективного анализа историй болезни 83 пациентов, проходивших лечение на базе ортодонтического отделения МСП УГМУ. Данные пациентов вносились в таблицу, учитывались следующие критерии: возраст ребенка, наличие нарушений прикуса в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскости, нестершиеся временные зубы.

Результаты и их обсуждение

По данным ретроспективного анализа историй болезни нарушение стираемости временных клыков встречается у 66,3% детей 3-9 лет, обратившихся за ортодонтической помощью. Из них детей в период временного прикуса 13,0%, раннего сменного прикуса – 71,8%, позднего сменного прикуса – 15,2%.

Наличие у детей нестершихся временных клыков в 24,0% случаев сочеталось с мезиальной окклюзией. Высокая распространенность мезиальной окклюзии у детей с нарушением стираемости временных зубов объясняется следующим механизмом: несошлифованные клыки длиннее резцов, и очень часто они не дают возможности ребенку откусить пищу. Ребенок вынужден смещать вперед нижнюю челюсть, вследствие чего формируется принужденное положение нижней челюсти с признаками мезиальной окклюзии (рис. 2).

У 21 пациента, что составило 26,0% случаев, была выявлена дистальная окклюзия. Наличие высоких бугров временных клыков препятствует смыканию зубных рядов, в связи с чем может наблюдаться дистальное положение нижней челюсти.



Рис. 2. Ранний сменный прикус, мезиальная окклюзия со смещением нижней челюсти у пациентки Е. (7 лет).

Нарушение стираемости зубов 6.3, 7.3, 8.3



Рис. 3. Ранний сменный прикус, дистальная окклюзия у пациентки Б. (8 лет).
Сужение нижнего зубного ряда, эндоокклюзия слева, нарушение стираемости зуба 6.3



Рис. 4. Временный прикус у пациента Л. (5 лет).
Сужение верхнего зубного ряда, экзоокклюзия справа, нарушение стираемости зубов 5.3, 6.3, 7.3, 8.3



Рис. 5. Вертикальная дизокклюзия во фронтальном отделе пациента С. (7 лет). Нарушение стираемости зубов 5.3, 6.3, 7.3, 8.3

Положение нижней челюсти в ретропозиции приводит к развитию дистальной окклюзии (рис. 3).

У половины обследуемых детей сагиттальной аномалии прикуса не выявлено.

Одним из компенсаторных механизмов нарушения стираемости временных клыков является смещение нижней челюсти в сторону, благодаря чему достигается множественный контакт зубных рядов. Стойкая привычка смещать нижнюю челюсть приводит к перестройке функции мышц, изменению взаимоотношений элементов височно-челюстных суставов, формированию перекрестного прикуса и асимметрии лица (рис. 4).

Трансверзальные нарушения прикуса, а именно односторонняя экзоокклюзия со смещением нижней челюсти, были выявлены у 5 детей, что составило 6,0%.

Вертикальная резцовая дизокклюзия выявлена в 9,0% случаев. При этой аномалии прикуса нарушение стираемости временных клыков определено ее недостаточной функциональной нагрузкой. Высокие коронки временных клыков могут препятствовать устранению резцовой дизокклюзии при ортодонтическом лечении (рис. 5).

При наличии нестершихся бугров нижних временных клыков и тесного расположения верхних резцов может наблюдаться небное отклонение прорезывающихся верхних боковых резцов. Небное прорезывание боковых резцов верхней челюсти было определено у 3,6% пациентов (рис. 6).

Раннее удаление временных зубов и необходимость профилактического протезирования определено практически у половины детей из группы обследования, а именно 45,5%. В некоторых случаях при нарушении стираемости временных клыков у пациента невозможно провести полноценное рациональное протезирование. В таких клинических ситуациях первый этап лечения заключается в шлифовывании бугров временных зубов.

Нестершиеся бугры всех временных клыков выявлены в 80,0% случаев, клыков только верхней челюсти – в 1,8% случаев, только нижней челюсти – в 5,5% случаев, сочетание двух или трех клыков на верхней и нижней челюсти – в 12,7% случаев.

Лечение пациентов в 100,0% случаев начиналось с окклюзионного шлифовывания временных клыков. Шлифовывание зубов проводилось алмазными мелкодисперсными борами пламевидной,



Рис. 6. Окклюзия зубных рядов пациента А. (8 лет).
Небное положение зуба 1.2, нарушение стираемости зубов 5.3, 6.3, 7.3, 8.3



а)



б)

Рис. 8. а) Временный прикус, мезиальная окклюзия пациентки В. (6 лет).
Раннее удаление зубов, нарушение стираемости зубов 5.3, 6.3, 7.3, 7.2, 8.2, 8.3. б) Окклюзия зубных рядов пациентки В. после окклюзионного пришлифывания зубов и профилактического протезирования

грушевидной, цилиндрической формы с водяным охлаждением и последующим полированием дисками системы Sof-lex. После процедуры пришлифывания проводилась флюоризация эмали зубов препаратом Fluosol. При необходимости редукции большого объема твердых тканей временных клыков процедура проводилась в 2-3 посещения.

Выводы:

Нарушение стираемости временных клыков является предрасполагающим фактором формирования зубочелюстных аномалий.

При нарушении стираемости временных клыков наиболее часто встречаются мезиальная и дистальная окклюзия. Частота встречаемости экзо-эндоокклюзии составила меньший процент.

Своевременное пришлифывание временных клыков является мерой первичной профилактики зубочелюстных аномалий и должно проводиться не только врачом-ортодонтом, но и детским стоматологом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бимбас Е.С., Стати Т.Н., Вольхина Н.В., Мягкова Н.В., Ожгихина Н.В. Профилактика стоматологических заболеваний. Стоматология детского возраста. Ортодонтия. Учебное пособие. г. Екатеринбург ГОУ ВПО «УГМА – Росздрава» Гриф УМО. – 2008 г. – 94 с.
2. Гюева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов. / Ю.А.Гюева, Л.С.Персин//М.: Медицина, 2008. – 189 с.
3. Молдованов А.Г. Физиология и патология истирания твердых тканей зубов. Симферополь, 1992. – 70 с.
4. Нанда Р. Биомеханика и эстетика в клинической практике / Р.Нанда // Пер. с англ. – М.: Медпресс-информ, 2009. – 386 с.
5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.: ил.
6. Черненко С.В., Железный П.А., Железная Ю.К., Железный С.П. Ортодонтия детей и взрослых: Учебное пособие. – Москва, типография ООО «Миттель Пресс», 2010. – 360 с.