

ID: 2013-03-5-A-2521

Краткое сообщение

Гоголева А.В.

Распространенность ретенции вторых нижних премоляров и рекомендации по профилактике данной патологии

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии**Научный руководитель: асс. Кочетова М.С.*

Резюме

Исследование показало, что ретенция вторых нижних премоляров достаточно часто встречается в практике врача-ортодонта. В профилактике данной зубочелюстной аномалии должны принимать участие сразу несколько специалистов: педиатр, детский стоматолог и ортодонт

Ключевые слова: ретенция, ортодонтия, профилактика, зубочелюстная аномалия

Гармоничное развитие ребенка оказывает благоприятное влияние на формирование зубочелюстной системы, при котором зубы прорезываются парно, в определенной последовательности и в средние сроки. Нарушение по параметрам сроков прорезывания может быть преждевременным или затрудненным. Преждевременным и запоздалым прорезыванием, или ретенцией, считается отклонение от средних сроков на 2-3 месяца для молочных зубов и 2-4 года для постоянных [1].

Результаты исследования распространенности дефектов зубных рядов у детей и подростков отличаются значительной вариабельностью и составляют от 5,5% до 49,7% в зависимости от исследуемого региона [2; 3; 4; 5]. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций в различных регионах России по данным исследователей колеблется от 30,9% до 76,5% [2; 4; 6].

По частоте встречаемости аномалий сроков прорезывания постоянных зубов по локализации можно расположить в следующем порядке: односторонняя ретенция постоянных клыков верхней челюсти - 43,64 %, двусторонняя ретенция постоянных клыков верхней челюсти - 25,65 %, односторонняя ретенция постоянных вторых премоляров нижней челюсти - 12,84 %, сочетанная ретенция постоянных клыков верхней челюсти и постоянных вторых премоляров нижней челюсти - 10,34 %, двусторонняя ретенция постоянных вторых премоляров нижней челюсти - 5,11 %, двусторонняя ретенция медиальных резцов верхней челюсти - 2,61 % [2] (Рис. 1). Причинами ретенции постоянных зубов могут быть: неправильное положение зачатков, сверхкомплектные зубы, фолликулярные кисты, воспалительные процессы в области корней молочных зубов, недоразвитие челюстных костей, персистенция молочного зуба-предшественника, патологические изменения челюсти в области ретенированного зуба (костное разрастание или новообразование), различные заболевания в детском возрасте. [7; 8; 9]. Ретенция премоляров нередко связана с преждевременным удалением молочных моляров, в результате которого постепенно происходит мезиальный сдвиг постоянных зубов и возникает механизм ущемления: зубной зачаток оказывается зажатым между конвергировавшими соседними зубами. Поэтому тема профилактики, выявления, своевременного лечения ретенции вторых нижних премоляров актуальна.

Клинически различают: частичную и полную ретенцию. При полной ретенции, при внутриротовом обследовании ребенка определяется дефект зубного ряда средней (несколько зубов) или малой (один зуб) протяженности. [5]

Принято различать следующие варианты ретенции по отношению к нормальному положению данного зуба (Кожокару М. П., Постолаки И. И., 1980):

1. Коронка зуба частично прорезалась и не смещена от нормального положения.
2. Коронка зуба располагается в толще альвеолярного отростка без смещения зуба.
3. Коронка расположена глубоко и зуб смещен.

Цель работы - выявление частоты встречаемости ретенции вторых нижних премоляров по г. Саратову и Саратовскому району и причин ее возникновения. Разработка наиболее эффективных методов профилактики ретенции зубов 45/35.

По данным различных авторов сроки прорезывания вторых премоляров варьируют в пределах с 9 до 14 лет [10; 11; 12]. Поэтому, учитывая такой возрастной диапазон и то, что ретенцией считается задержка прорезывания не менее 2 лет, мы проводили исследование у детей с 11 лет. Нами было обследовано 196 пациентов, проанализированы их ортопантомограммы, из них у 35 (17,8%) человек была выявлена ретенция вторых нижних премоляров. Ретенированных зубов обнаружено 48. Односторонняя ретенция была выявлена у 22 (62,8%) пациентов, двусторонняя у 13 (37,2%) соответственно. Частично ретенированные зубы наблюдались у 10 пациентов (20,8%), полностью ретенированные - у 38 (79,2%). Встречаемость вариантов ретенции по отношению к нормальному положению данного зуба следующая: коронка зуба частично прорезалась и не смещена от нормального положения - 10 (20,8%) зубов, коронка зуба располагается в толще альвеолярного отростка без смещения зуба - 34 (70,8%) зубов, коронка расположена глубоко и зуб смещен - 4 (8,4%) (Рис.2). Выявлены следующие причины ретенции отдельных зубов: дефицит места (раннее удаление молочных моляров по поводу осложненного кариеса) - 43 (89,6%); воспалительные процессы в области корней молочного зуба - 5 (10,4%) (Рис.3). Как видно из диаграммы, самой частой причиной является раннее удаление молочных зубов по поводу осложненного кариеса.

Основные меры профилактики ретенции 35, 45 зубов представляют собой предупреждение развития кариеса молочных зубов и его осложнений. Ортодонтическая профилактика сводится к применению аппаратов с местохраниателем, которые предотвращает конвергенцию соседних зубов. У такого аппарата на поверхности соприкасающейся с местом прорезывания изготавливается ребристая поверхность для наибольшего раздражения пародонта и, соответственно, стимуляции прорезывания постоянного зуба. Но при этом необходимо помнить о том, что ортодонтическая конструкция может тормозить развитие челюстных костей, поэтому в нее включают расширяющие ортодонтические винты.

Результаты исследования показывают, что частота встречаемости ретенции вторых нижних премоляров среди детей 11-16 лет составляет 19,4%. Наиболее частой причиной является раннее удаление молочных зубов (86,5%). Поэтому основная профилактика

такой зубочелюстной аномалии должна быть направлена на своевременное выявление и лечение кариеса и его осложнений. Немаловажно значение комплексных мероприятий в профилактике данной аномалии. Участие педиатра, детского стоматолога, а самое главное бдительность и внимание родителей к здоровью ребенка. Педиатр при первом визите матери с ребенком должен проводить пропаганду грудного вскармливания и давать рекомендации по режиму питания ребенка. Детский стоматолог в свою очередь должен мотивировать родителей к регулярному посещению (2 раза в год) с 6-месячного возраста ребенка и уходу за зубами детей с момента их прорезывания. Проводить обучение гигиеническому уходу за полостью рта детей, осуществлять регулярный контроль проведения гигиенических мероприятий у детей. Родители же должны осуществлять ежедневный гигиенический уход за полостью рта и зубами ребенка: с 5—6 мес — чистка очень мягкой зубной щеточкой без применения зубной пасты — 1 раз в день (вечером, перед сном); с 8—10 мес — чистка мягкой детской зубной щеткой (длина рабочей части не более 15 мм) без применения зубной пасты — 2 раза в день (утром и вечером); с 2—2,5 лет — чистка мягкой детской зубной щеткой с применением гелеобразной зубной пасты 2 раза в день; соблюдать режим кормления ребенка, следовать рекомендациям по использованию соски, ограничить потребление сахара детьми, проводить профилактику вредных привычек. Родители должны следить за состоянием полости рта своих детей и при появлении различных заболеваний или аномалий своевременно обращаться к соответствующим специалистам.



Рис. 1. Частота встречаемости аномалий сроков прорезывания постоянных зубов по локализации

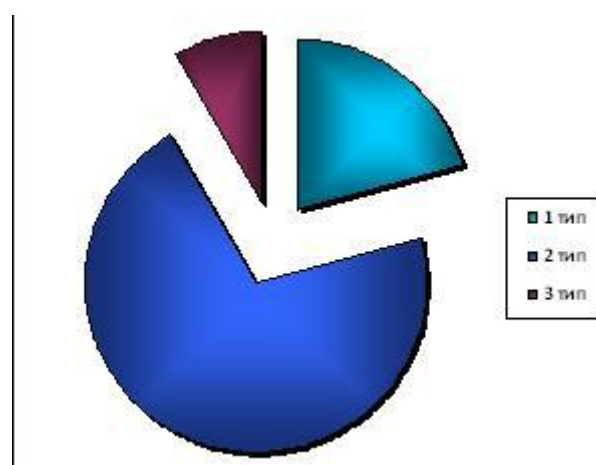


Рис. 2. Встречаемость вариантов ретенции по отношению к нормальному положению данного зуба



Рис. 3. Причины ретенции отдельных зубов

Литература

1. Железный П.А., Плотникова Н.А. Ортодонтия и детское протезирование: Новосибирск., 1998. - С. 91
2. Вакушина Е.А. // Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов: автореф. дисс.. доктор мед. наук – Волгоград 2007.
3. Галенко, В.В. Диагностика и лечение аномалий со сверхкомплектными и ретинированными зубами / В.В. Галенко // Ортодонтия. Методы профилактики, диагностики и лечения : тр. ЦНИИС. -М, 1990.-С. 90-93.
4. Малыгин Е.Л. Берсенева Ортодонтия. Методы профилактики, диагностики и лечения : тр. ЦНИИС. М., 1990. - С. 38-41.
5. Учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / Куцевляк В. И., д.мед.н., проф., Самсонов А. В., к.мед.н., доц., Скляр С.А., к.мед.н., доц., Алтунина С.В., к.мед.н., доцент, Ткаченко Ю.В., к.мед.н., Старикова С.Л., к.мед.н. / под ред. Куцевляка В. И..— Харьков: ХГМУ, 2005.— С. 200
6. Зуева, С.А. Лечение подростков и взрослых врожденной адентией / С.М. Зуева // Новое в стоматологии. 1994. - № 3 (спец. вып.) - С. 34-37.
7. Персин, Л.С. Учебно-методическое пособие по ортодонтии для студентов стомат. ф-та / Персин Л.С., Логинова Л.А. Косырева, Т.Ф.. М., 1994. - 152 с.
8. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Основы ортодонтии. 2001. С. 134
9. Персин Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. Руководство для врачей. М. – Медицина 2005. С.165
10. Хорошилкина, Ф.Я. // Показания к частичному сошлифовыванию эмали зубов при ортодонтическом лечении / Хорошилкина Ф.Я., Анжеркулян Г.А. //Новое в стоматологии. 1997. - № 1 (спец. вып.). - С. 147 -155.
11. Стоматология детского возраста: Учебник Колесов А.А., Каспарова Н.Н., Жилина В.В. и др. / Под ред Колесова А.А. 4-е изд. М. – Медицина 1991. С. 25.
12. Калвелис Д.А. // Ортодонтия: зубочелюстные аномалии в клинике и эксперименте. Элиста - Джангар 1994. С. 18