

Я.П. Боловина^{1,2},
к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста; зав. ортодонтическим
отделением

Е.В. Филимонова^{1,2},
к.м.н., ассистент кафедры стоматологии
детского возраста; зам. главного врача
по клинико-экспертной работе

Н.С. Краевская¹,
аспирант кафедры стоматологии детского
возраста

¹ ВолгГМУ

² Детская клиническая стоматологическая
поликлиника № 2, Волгоград

Инфраокклюзия молочных моляров у детей 6—12 лет Волгограда

Резюме. В своей практике детские врачи-стоматологи сталкиваются с ситуациями, когда молочный моляр не имеет окклюзионного контакта с зубами-антагонистами. Для обозначения данной патологии используется термин «инфраокклюзия». В статье представлены данные о распространенности инфраокклюзии молочных моляров, раскрывается зависимость наклона постоянных моляров, расположенных в зубном ряду рядом с анкилозированными молочными молярами, а также смещение зачатков премоляров с учетом степени инфраокклюзии молочных моляров. Предложена тактика лечения пациентов с указанной патологией.

Ключевые слова: инфраокклюзия, окклюзионный контакт, анкилоз, молочный моляр, ортопантомография

Summary. In my practice, pediatricians, dentists are faced with situations where the milk molar has no occlusal contact with the teeth-antagonists. The term «infraocclusion» is used to refer to this disease. This article presents data on the prevalence infraocclusion deciduous molars, revealed dependence of the slope of permanent molars in the dentition located near the ankylosed primary molars, as well as the displacement of rudiments premolar taking into account the extent infraocclusion deciduous molars. A treatment strategy of patients with this pathology.

Keywords: infraocclusion, occlusal relationship, ankylosis, deciduous molar, orthopantomography

Детские стоматологи нередко в своей практике встречаются с клинической картиной, когда молочные моляры смещены относительно окклюзионной плоскости. В ряде случаев коронка молочного моляра находится на уровне слизистой или ниже. Для обозначения данного вида аномалий используют различные термины: инфраокклюзия, инфрапозиция, супраположение, супраокклюзия. В полости рта инфрапозиция нижних зубов или супрапозиция верхних зубов выглядит как неполное прорезывание зуба в зубной дуге [9, 14]. По данным Сосниной Ю.С. (2006), распространенность инфраокклюзии постоянных зубов составляет 35,4%, супраокклюзии — 45,5% [12]. По данным зарубежных авторов, распространенность инфраокклюзии молочных моляров, когда зубы не имеют или потеряли окклюзионный контакт с зубами-антагонистами, составляет 8—14% и наблюдается с одинаковой частотой и у мальчиков, и у девочек. Чаще поражаются нижние первые молочные моляры. По данным Д. Миллет, Р.Уэлбери, в 2% случаев инфраокклюзия молочных моляров сочетается с адентией соответствующих постоянных зубов [5]. Авторы выделяют 4 степени инфраокклюзии: I степень — уменьшение высоты клинической коронки зуба менее чем на $\frac{1}{3}$ высоты; II степень — уменьшение высоты клинической коронки зуба от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ высоты;

III степень — уменьшение высоты клинической коронки зуба более чем на $\frac{2}{3}$ высоты; IV степень — клиническая коронка скрыта.

Выделяют разные этиологические факторы, приводящие к данной аномалии. Джафарли Анар Фуад оглы причиной инфраокклюзии называет множественный кариес боковых групп зубов [6]. Многие авторы указывают на генетическую предрасположенность к инфраокклюзии молочных моляров [3—5, 16, 18]. Причинами инфраокклюзии молочных моляров, по мнению большинства авторов, является анкилоз данных зубов. Так называемое погружение зуба в альвеолу объясняют следствием неизменности положения анкилозированного зуба при росте альвеолярного отростка вокруг [1, 5, 11, 15, 17].

Анкилоз молочных зубов представляет собой потенциальную проблему для правильного формирования прикуса, так как не происходит своевременная смена зубов, что приводит к задержке прорезывания постоянных зубов и зубоальвеолярным деформациям. Также этому способствуют наклоны рядом стоящих зубов [8, 11, 13].

Несмотря на то, что существует множество терминов для обозначения данной патологии, проблема инфраокклюзии молочных моляров в литературе освещена



Рис. 1. Варианты инфраокклюзии зуба 54

недостаточно, поэтому врачи всех специальностей испытывают затруднения при выборе тактики в отношении анкилозированных зубов.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости инфраокклюзии молочных моляров и ее клинико-рентгенологических особенностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено клиническое обследование 1014 детей в возрасте 6–12 лет и 242 ребенка в возрасте 3–5 лет. В ходе нашего исследования проводилось рентгенологическое обследование, анализ ортопантомограмм по методу Постолаки [10], анализ гипсовых моделей челюстей, фотографирование.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование детей Волгограда в возрасте 6–12 лет показало, что распространенность инфраокклюзии молочных моляров составляет $16,37 \pm 1,16\%$. Обследование детей 3–5 лет не выявило указанной патологии.

Были выявлены случаи так называемой реинклюзии, подтвержденные клиническим, рентгенологическим обследованием, исследованием моделей челюстей. Ретроспективный анализ историй болезни, рентгеновских снимков показал динамические изменения в положении молочных моляров относительно окклюзионной плоскости и рядом стоящих зубов. Распространенность данной патологии составила $2,76 \pm 0,51\%$, в том числе расширенная реинклюзия у $1,48 \pm 0,38\%$, начальная у $0,99 \pm 0,32\%$, полная реинклюзия у $0,3 \pm 0,17\%$. Начальная реинклюзия соответствовала I степени инфраокклюзии по Деклану Миллету, начальная — II степени, полная — III–IV степени. Чаше наблюдалась реинклюзия молочных моляров на нижней челюсти ($67,85 \pm 8,82\%$). Инфраокклюзия была отмечена как первых, так и вторых молочных моляров (рис. 1).

Нередко инфраокклюзия молочных моляров являлась причиной смещения постоянных моляров и зачатков соответствующих премоляров (рис. 2).

В ряде случаев наблюдали ретенцию премоляров вследствие анкилоза молочных моляров (рис. 3).

Анализ 283 ортопантомограмм детей в возрасте 6–12 лет с инфраокклюзией молочных моляров показал, что в $88,1 \pm 1,92\%$ случаев происходит мезиальный



Рис. 2. Изменение наклона зуба 16 и смещение зачатка зуба 15, вызванные инфраокклюзией зуба 55

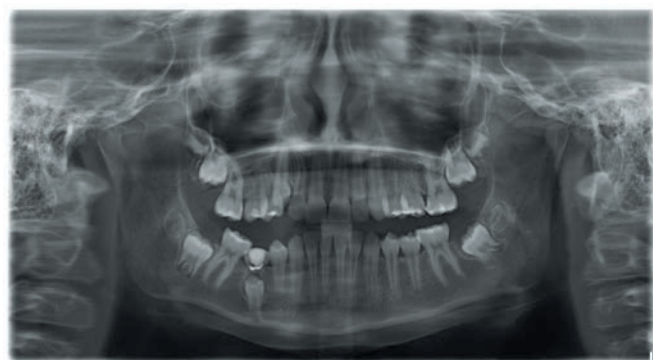


Рис. 3. Инфраокклюзия зуба 85 и ретенция зуба 45

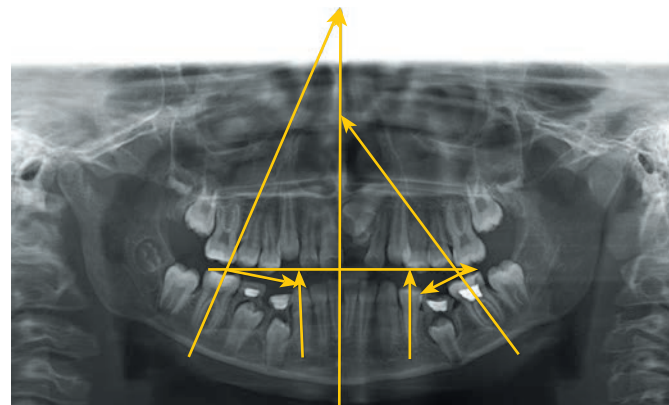


Рис. 4. Анализ ортопантомограммы по графическому методу определения биосимметрии строения зубных рядов по Постолаки

наклон первых постоянных моляров нижней челюсти в сторону зубов в инфраокклюзии. При вертикальном

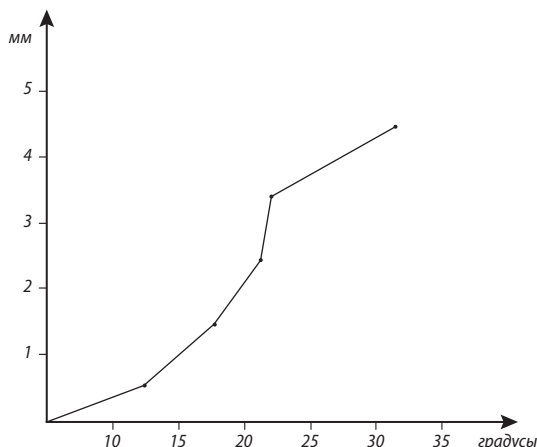


Рис. 5. График зависимости наклона первого постоянного моляра в сторону молочного моляра в состоянии инфраокклюзии (относительно центральной линии)

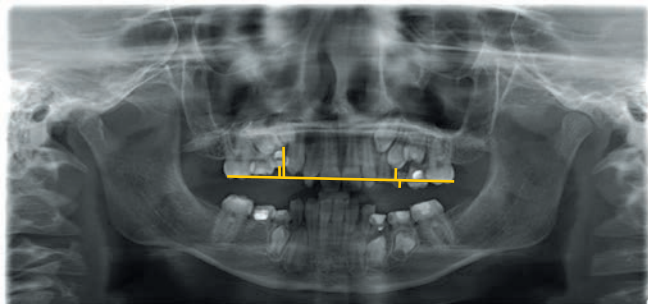


Рис. 6. Инфраокклюзия зуба 54 со смещением зачатка зуба 14

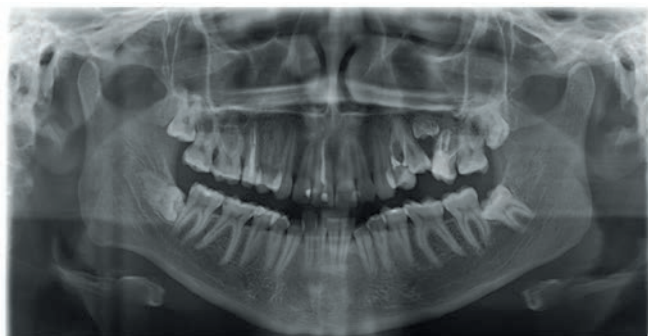


Рис. 7. Инфраокклюзия зуба 65 с наклоном коронок зубов 26 и 24

несоответствия между окклюзионной поверхностью молочного моляра и окклюзионной плоскостью менее 1 мм наклон происходит в $5,1 \pm 1,3\%$ случаев, от 1 до 2 мм — в $33,9 \pm 2,81\%$ случаев, от 2 до 3 мм — в $22,0 \pm 2,46\%$, от 3 до 4 мм — в $16,9 \pm 2,23\%$ и более 4 мм — в $10,2 \pm 1,8\%$ случаев (рис. 4).

Выявлена зависимость угла наклона зубов первого постоянного моляра и величины вертикального

несоответствия между зубами в инфраокклюзии и окклюзионной плоскостью, что отображено на графике (рис. 5).

Смещение зачатков премоляров, соответствующих молярам в состоянии инфраокклюзии выявлено в $77,7 \pm 4,16\%$ случаев. Наибольшее смещение зачатков отмечается у детей с III степенью — у $35,5\%$ и IV степенью — у $28,9\%$. Наименьшее смещение зачатков премоляров наблюдается у детей с I и II степенью — по $8,88\%$ (рис. 6, 7).

У детей с инфраокклюзией молочных моляров I—II степени мы проводили динамическое наблюдение с периодическим рентгеноконтролем до смены зубов. В случае инфраокклюзии III—IV степени рекомендовали молочные моляры удалять и изготавливать профилактические протезы. В связи с тем что при анкилозе молочных моляров часто наблюдали наклон первых постоянных моляров и хирургический доступ к зубам в состоянии инфраокклюзии был затруднен, проводили предварительно ортодонтическое лечение, направленное на нормализацию положения постоянных моляров. Следующим этапом было удаление молочных моляров и замещение дефекта профилактическим протезом до прорезывания премоляров. При значительном смещении зачатка премоляра, его ретенции тактика лечения та же, что и при ретенции зубов, вызванной другими причинами.

ВЫВОДЫ

1. Инфраокклюзия молочных моляров встречается среди детей 6—12 лет Волгограда в $16,37 \pm 1,16\%$ случаев.
2. Инфраокклюзия молочных моляров приводит в $77,7 \pm 4,16\%$ случаев к смещению зачатков премоляров, соответствующих анкилозированным молярам.
3. В $88,1 \pm 1,92\%$ случаев происходит мезиальный наклон первых постоянных моляров нижней челюсти в сторону зубов в инфраокклюзии. При вертикальном несоответствии между окклюзионной поверхностью молочного моляра и окклюзионной плоскостью менее 1 мм наклон происходит в $5,1 \pm 1,3\%$ случаев, от 1 до 2 мм — в $33,9 \pm 2,81\%$ случаев, от 2 до 3 мм — в $22,0 \pm 2,46\%$; от 3 до 4 мм — в $16,9 \pm 2,23\%$ и более 4 мм — в $10,2 \pm 1,8\%$ случаев.
4. Тактикой лечения детей с инфраокклюзией молочных моляров I—II степени является динамическое наблюдение с периодическим рентгеноконтролем до смены зубов. В случае инфраокклюзии III—IV степени молочные моляры подлежат удалению с последующим ортодонтическим лечением и профилактическим протезированием.

Л И Т Е Р А Т У Р А :

1. **Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н.** Ортодонтия. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 78—79, 364—383.
2. **Бернадский Ю.И.** Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. — Медицинская литература, 2007.
3. **Боловина Я.П., Исайкина Т.Н., Милохова В.В., Кирпиченко В.С.** Клинический случай полной реинклюзии молочного моляра: в сб: «Стоматология — наука и практика. Перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию стоматологического факультета». — ВолгГМУ, 2011. — С. 267—269.
4. **Боловина Я.П., Милохова В.В., Кирпиченко В.С.** Особенности начальной и расширенной реинклюзии молочных моляров: в сб. «Стоматология — наука и практика. Перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию стоматологического факультета». — ВолгГМУ, 2011. — С. 265—267.
5. **Миллет Д., Уэлбери Р.** Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 35—38, 104.
6. **Фуад оглы Д.А.** Гнатологические осложнения внутриротовой реставрации зубов при множественном кариесе и их профилактика: автореф. дис. ... к.м.н. — М., 2006.
7. **Нетцель Ф., Шульц К.** Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике. — Львов: ГалДент, 2006. — С. 125—135.
8. **Митчелл Л.** Основы ортодонтии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. **Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В.** Стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 2003.
10. **Постолаки А.И.** Графический метод определения биосимметрии строения зубных рядов у человека на ортопантомограммах. — М.: Академия Тринитаризма, 2009. — С. 3—5.
11. **Профит У.Р.** Современная ортодонтия. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — С. 337—400.
12. **Соснина Ю.С.** Влияние окклюзионных факторов на формирование воспалительных локализованных процессов в тканях пародонта: дис. ... к.м.н. — СПб., 2009.
13. **Филимонова Е.В., Боловина Я.П., Вологина М.В., Горлачева М.М., Бамбушева И.А.** Взаимосвязь угла наклона первых постоянных моляров и величины инфраокклюзии анкилозированных молочных зубов. — *Вестник ВолгГМУ*. — 2015; 1 (53): 83—5.
14. **Хорошилкина Ф.Я.** Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М.: МИА, 2006. — С. 13—375.
15. **Alcan T.** A miniature tooth-borne distractor for the alignment of ankylosed teeth. — *Angle Orthod.* — 2006; 1: 77—83.
16. **Al-Eryani H.A.A.** Über das Vorkommen von progner Entwicklung und genetisch determinierten Störanfälligkeiten der Gebissentwicklung bei Spaltträgern: Inauguraldissertation. — Universität Rostock, 2008. — P. 14—15.
17. **Kurol J.** Early treatment of tooth eruption disturbances. — *Am J Orthod.* — 2002; 6: 588—91.
18. **Huber R.M.** Untersuchung zum erbgang der primären zahneruptionsstörung: Inauguraldissertation. — Albert Ludwigs-Universität Freiburg i. Br., 2006. — P. 8—9.