

УДК 616.314.5-76-073.7

В.Д. Куроєдова, Є.Є. Виженко

ПОЗИЦІЯ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ ТА ЇХНІХ ЗАЧАТКІВ ЗА ДАНИМИ ОРТОПАНТОМОГРАМ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСТАЛЬНИМ ПРИКУСОМ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Основним критерієм ортодонтичного лікування є стабільність результатів. Найбільше побоювання в цьому плані викликає "поведінка" третіх молярів. Підхід до питання їх видалення серед вітчизняних та закордонних авторів суперечливий. Протягом багатьох років точилася дискусія з приводу впливу третіх молярів на результати ортодонтичного лікування.

З одного боку, не можна не враховувати високий коефіцієнт поширення карієсу серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, що призводить до ранньої втрати молочних та постійних зубів, особливо перших молярів, коли питання видалення зубів мудрості в процесі ортодонтичного лікування вимагає особливого підходу.

З іншого боку, відомо, що в 78 % людей прорізування третіх молярів пов'язане з різними ускладненнями - від перикоронариту до погіршення прикусу [7]. Деякі автори вказують, що видалення ретинованих третіх молярів сприятливо впливає на результат ортодонтичного лікування в ретенційний період [5, 8]. У випадках, коли пацієнти відмовилися від видалення третіх молярів за показаннями, їх прорізування формує тісне положення зубів у фронтальному відділі.

Нині ми можемо розглядати зуби мудрості не тільки як фактор, що призводить до рецидиву, а і як благо, тому що в ряді випадків вони можуть бути використані замість зруйнованих і видалених зубів для посилення ефективності жування. Саме тому кожен випадок вимагає індивідуального клінічного підходу.

При фізіологічному прикусі нормальне положення нижніх третіх молярів зустрічається в 64 %, що майже в 2 рази перевищує частоту їх аномального положення [6]. Крім того, в 1/3 випадків треті моляри при ортогнатичному прикусі мають медіальний нахил, що не можна вважати аномальним до завершення росту щелеп і прорізування всіх зубів, коли вони зможуть зробити розворот і досягти оклюзійних контактів. Наявність місця для прорізування третіх молярів на нижній щелепі зазвичай гарантує положення верхньощелепних молярів у зубній дузі за їх наявності.

Майже завжди положення і розміри нижніх третіх молярів є ключем для прийняття рішення про їх видалення [3]. Тому вивчення положення зачатків третіх молярів та можливого їх впливу на формування аномалій прикусу є актуальною проблемою.

Метою дослідження було вивчення мезіодистальних розмірів третіх молярів верхньої та нижньої щелеп та визначення достатності місця для нормального прорізування нижніх третіх молярів при дистальному прикусі.

Робота є фрагментом ініціативної НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Стан ортодонтичного здоров'я та його корекція у пацієнтів різного віку із дистальним прикусом» (державний реєстраційний № 0113U003539).

Об'єкт дослідження – пацієнти з постійним дистальним прикусом.

Предмет дослідження – ортопантомограми пацієнтів із постійним дистальним прикусом.

Матеріали та методи.

Для визначення стадії формування постійних зубів усього вивчено 49 ортопантомограм пацієнтів віком від 6 до 30 років: чоловіків - 38,77% (19), жінок – 61,22% (30). Стадії формування постійних зубів оцінювали за Т.А. Точиліною [4]:

- 1) поява фолікула (ознаки мінералізації відсутні);
- 2) формування горбів або різального краю зуба;
- 3) формування коронки зуба на половину її висоти;
- 4) формування коронки зуба до його шийки;
- 5) формування коренів зубів на 1/4 довжини;
- 6) формування коренів від 1/4 до 1/2 їхньої довжини;
- 7) формування коренів зубів від 1/2 до 3/4 їхньої довжини;
- 8) завершення формування коренів зубів.

Мезіодистальні розміри третіх молярів вимірювали за допомогою електронного штангенциркуля.

Прогнозування нормального прорізування нижніх третіх молярів оцінювали методом С. Асанами (2003), вимірюючи величину медіального кута їх нахилу. За норму прийнято вважати кут нахилу до 25° [1]. Ретромолярну відстань між дистальною поверхнею другого моляра до гілки нижньої щелепи вимірювали методом Basford. Цей показник має бути не менше 14 мм [2]. Усього вивчено 37 ортопантомограм пацієнтів у віці від 12 до 30 років: жінок - 59% (22), чоловіків – 41% (15).

Результати дослідження.

Наявність третіх молярів на обох щелепах (або їхніх зачатків) виявлено у 81,08 % випадків серед усіх пацієнтів, тільки на верхній щелепі - в 10,81 %, тільки на нижній – у 5,4 %, відсутність третіх

молярів на обох щелепах була тільки в одного пацієнта (2,7 %). У 62,16 % треті моляри були на 2-7 стадії формування зачатка за Т.А. Точиліною (табл. 1). У 35,13 % пацієнтів треті моляри мали сформовану кореневу систему.

У жінок наявність усіх верхніх і нижніх третіх молярів та їхніх зачатків установлено в 77,27 %,

тільки на верхній щелепі - в 13,64 %, тільки на нижній - у 9,09 %. У більшості чоловіків були наявні верхні та нижні треті моляри у 86,67 %, тільки на верхній щелепі - в 1 пацієнта (6,66 %), лише 1 чоловік не мав жодного зуба мудрості (6,66 %).

Таблиця 1
Середньостатистичні показники стадії формування третіх молярів

Вік	Усього пацієнтів		Верхні треті моляри		Нижні треті моляри	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
До 9 років	2	2	0	2	0	2
Від 9 до 11 років	1	5	2	1,66	1	1,66
Від 12 до 14 років	3	2	3	5	3,5	2,75
Від 15 до 17 років	3	2	4,5	6	3,8	6
Від 18 до 20 років	5	10	6,11	7,1	6,43	7
Більше 21 року	5	9	8	7,33	8	7,13

Середній мезіодистальний розмір верхніх третіх молярів становив 11,62 мм, у жінок - 11,68 мм, у чоловіків - 11,56 мм. На нижній щелепі середній мезіодистальний розмір третіх молярів становив 13,4 мм, у жінок - 13,11 мм, у чоловіків - 13,68 мм.

Не враховуючи гендерну різницю, середній показник медіального кута нахилу нижніх третіх молярів становив 20,1°, що можна вважати правильним. У жінок цей показник дорівнював 21,45°, у чоловіків - 18,72°. у 2 пацієнтів (5,4%) установлено дистальний кут нахилу.

Ретромоларна відстань між дистальною поверхнею другого моляра до гілки нижньої щелепи в середньому дорівнювала 9,85 мм. У жінок цей показник становив 10,61 мм, у чоловіків - 9,08 мм. Тобто, при середньому мезіодистальному розмірі нижніх третіх молярів 13,4 мм середня ретромоларна відстань дорівнювала 9,85 мм.

Висновки.

Отже, в більшості пацієнтів із дистальним прикусом у період постійних зубів наявні треті моляри (або їхні зачатки) на обох щелепах - у 81,08 %. Цей факт потребує детальної індивідуальної уваги до стратегії лікування в кожного конкретного пацієнта.

Мезіодистальні розміри верхніх третіх молярів - 11,62 мм, нижніх третіх молярів - 13,4 мм, що на 1,78 мм більше розмірів верхніх молярів. Для клініциста з досвідом це дуже позитивний факт у випадку прорізування нижніх третіх молярів, що дає перспективу за своєчасного початку ортодонтичного лікування, тобто в першій половині змінного прикусу, коли є можливість стимуляції росту нижньої щелепи.

Однак уже в період постійного прикусу, якщо своєчасно в змінному прикусі не почали ортодонтичного лікування, місця для прорізування нижніх третіх молярів недостатньо в середньому на 1,55 мм, що ще раз доводить, що початок лікування дистального прикусу має бути в

ранньому віці, і метою його має бути стимуляція росту нижньої щелепи для подальшої можливості прорізування нижніх третіх молярів як гаранта стабільності ортодонтичного лікування.

У перспективі роботи ми плануємо дослідити розвиток третіх молярів при інших видах прикусу, виконати порівняльну характеристику та встановити закономірність їхнього впливу на формування зубощелепних аномалій у різні вікові періоди.

Література

1. Асанами С. Квалифицированное удаление третьих моляров / Я. Касазаки, С. Асанами. - М.: Азбука, 2003. - 110 с.
2. Ахмедханов Ю.А. Роль третьих моляров для формирования зубоальвеолярных дуг и прикуса в норме и при патологии : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Ахмедханов Юнус Ахмедханович. - М., 2005. - 134 с.
3. Гасымова З.В. О распространенности ретенции моляров / Гасымова З.В. О // Вісник проблем біології і медицини. - 2014. - №2. - С. 87 - 92.
4. Образцов Ю.Л. Пропедевтическая ортодонтия / Ю.Л. Образцов, С.Н. Ларионов. - СПб.: СпецЛит, 2007. - 160 с.
5. Салах С.М. Темейза. Третьи моляры - возможные источники осложнений / Салах С.М. Темейза, А.П. Романовская // Таврический медико-биологический вестник. - 2010. - №4. - С.164 - 166.
6. Соловьев М.М. Оценка состояния моляров нижней челюсти взрослых по данным рентгенологического исследования пациентов хирургического стационара / М.М. Соловьев, А.Р. Андреищев, В.В. Беляев // Стоматология. - 2005. - № 5. - С. 36 - 40.
7. Стадницкая Н.П. Некоторые аспекты проблемы третьих моляров / Н.П. Стадницкая, М.Л. Стебелькова, Д.Ф. Смирнов // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2003. - № 1-2. - С. 31 - 35.
8. Флис П.С. Влияние ретенционных третьих моляров на результаты достигнутого ортодонтического лечения в ретенционный период / П.С. Флис, Абдаллах Анан // Современная стоматология. - 2013. - № 2. - С. 94 - 96.

Стаття надійшла

26.03.2015 р.

Резюме

Висвітлюється проблема вивчення положення зачатків третіх молярів та можливого їх впливу на формування аномалій прикусу.

Майже завжди положення і розміри нижніх третіх молярів є ключем для прийняття рішення про їх видалення. Наявність місця для прорізування третіх молярів на нижній щелепі зазвичай гарантує положення верхньощелепних молярів у зубній дузі.

Тому метою дослідження було вивчення мезіодистальних розмірів третіх молярів верхньої та нижньої щелеп і визначення достатності місця для нормального прорізування нижніх третіх молярів при дистальному прикусі.

За результатами дослідження встановлено, що середні розміри нижніх третіх молярів у пацієнтів із дистальним прикусом більше на 1,78 мм, ніж мезіодистальні розміри верхніх третіх молярів. Цей факт дає надію на збільшення розмірів нижньої щелепи за своєчасного початку ортодонтичного лікування, тобто в період раннього змінного прикусу.

У період постійного прикусу місця для прорізування нижніх третіх молярів недостатньо в середньому на 1,55 мм, що ще раз доводить, що початок лікування дистального прикусу має бути в ранньому віці, і метою його має бути стимуляція росту нижньої щелепи для подальшої можливості прорізування нижніх третіх молярів як гаранта стабільності ортодонтичного лікування.

Ключові слова: 3 моляри, дистальний прикус, ретенція.

Резюме

Освещается проблема изучения положения зачатков третьих моляров и возможного их влияния на формирование аномалий прикуса. Основным критерием результатов ортодонтического лечения является стабильность результатов.

Почти всегда положение и размеры нижних третьих моляров являются ключом для принятия решения об их удалении. Наличие места для прорезывания третьих моляров на нижней челюсти, как правило, гарантирует положение верхнечелюстных моляров в зубной дуге.

Поэтому целью исследования было изучение мезиодистальных размеров третьих моляров верхней и нижней челюстей и определение достаточности места для нормального прорезывания нижних третьих моляров при дистальном прикусе.

По результатам исследования установлено, что средние размеры нижних третьих моляров у пациентов с дистальным прикусом больше на 1,78 мм, чем мезиодистальные размеры верхних третьих моляров. Этот факт дает надежду на увеличение размеров нижней челюсти при своевременном начале ортодонтического лечения, то есть в период раннего сменного прикуса.

Однако уже в период постоянного прикуса места для прорезывания нижних третьих моляров недостаточно, в среднем на 1,55 мм, что еще раз доказывает, что начало лечения дистального прикуса должно быть в раннем возрасте, и целью его должна быть стимуляция роста нижней челюсти для дальнейшей возможности прорезывания нижних третьих моляров как гаранта стабильности ортодонтического лечения.

Ключевые слова: 3 моляры, дистальный прикус, ретенция.

UDC 616.314.5-76-073.7

POSITION OF THE THIRD MOLARS AND THEIR GERMS FOR DATA ORTOPANTOMOGRAM IN PATIENTS WITH DISTAL OCCLUSION

Kuroedova V. D., Vyzhenko Y. Y.

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian medical stomatological academy"

Summary

The main criterion is the stability of orthodontic treatment results. The approach to the issue of removal of domestic and foreign authors controversial. For many years there was a discussion about the impact of third molars on the results of orthodontic treatment.

On the one hand, we can not ignore the high rate of spread of caries among preschool and early school age, which leads to early loss of milk and permanent teeth, especially the first molars, when the question wisdom tooth removal during orthodontic treatment requires a special approach.

On the other hand, we know that 78% of people eruption of third molars associated with various complications of decay periodontium. Some authors suggest that the removal of third molars retention favorably affect the outcome of orthodontic treatment retention. Today, we can consider the wisdom teeth not only as a factor that leads to relapse but in some cases they can be used in place of the destroyed and removed the teeth to enhance the efficiency of chewing. That is why each case requires individual clinical approach.

Availability of space for eruption of third molars in the mandible, usually maxillary molars guarantee provi-

sions in the dental arch.

Almost always the position and size of the lower third molars is the key to the decision to remove them.

The aim of our study was to investigate Moesia-size distal third molars of the upper and lower jaws and determine the adequacy of space for normal eruption of lower third molars with distal occlusion.

Results. The presence of third molars on both jaws (or germs) were found in 81.08% of all patients, only the upper jaw - to 10.81%, only lower - 5.4%, the absence of third molars on both jaws was only one patient (2.7%). 62.16% in the third molars were in the 2-7 formation stage germ.

Average size of Moesia-distal upper third molars was 11.62 mm, women - 11.68 mm in men - 11.56 mm. The lower jaw Moesia medium-size on distal third molars was 13.4 mm, women - 13.11 mm in men - 13.68 mm.

Apart from gender difference, the average medial angle of inclination of the lower third molars was 20,1 °, which can be considered correct. In women, the figure was 21,45 °, men - 18,72 °. 2 patients (5.4%) found distal angle.

Pear-shaped distal distance between the surface of the second molar to mandibular branches averaged 9.85 mm. In women, the figure was 10.61 mm in men - 9.08 mm. That is, the average amount of Moesia-distal lower third molars 13.4 mm, pear-shaped average distance equal to 9.85 mm.

Conclusions. Thus, most patients with distal occlusion in a period of permanent teeth available third molars (or germs) on both jaws - at 81.08%. This fact requires detailed attention to individual treatment strategy in each individual patient.

Moesia-distal dimensions of the upper third molars - 11,62 mm lower third molars - 13.4 mm, 1.78 mm greater than the size of the upper molars. For the clinician with experience is very positive fact in the case of eruption of lower third molars, giving prospects with timely early orthodontic treatment, that is, in the first half of alternating occlusion, when you can stimulate the growth of the mandible.

However, in the period of permanent occlusion, should it in a variable bite did not start orthodontic treatment room for eruption of lower third molars not an average of 1.55 mm, which proves once again that the beginning of the treatment of distal occlusion should be at an early age and purpose it should stimulate growth of the mandible opportunities for further eruption of lower third molars, as a guarantor of stability of orthodontic treatment.

Key words: third molars, distal occlusion, retention.