

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ ДІЛЯНКИ ПАЦІЄНТІВ З САГІТАЛЬНИМИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНИМИ АНОМАЛІЯМИ

¹Лихота К.М., ²Лихота А.М., ¹Кочин О.В.

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

²Українська військово-медична академія

Резюме. У роботі висвітлюється дані клініко-лабораторних досліджень 586 пацієнтів віком від 6 до 48 років з сагітальними аномаліями зубощелепної ділянки.

Ключеві слова: зубощелепні аномалії та деформації, сагітальні аномалії, методи дослідження.

Вступ. Морфологічні зміни зубоальвеолярної ділянки щелеп як при сагітальних, так і трансверзальних і вертикальних аномаліях розглядалися багатьма авторами [1,3,5,6,11,16].

А.І. Бетельман [2] в клінічних формах діагностики дистального прикуса виділяє чотири види співвідношень верхньої і нижньої щелеп. За даними О.В. Павленко, І.Л.Скрипник, Ю.А. Матковської [8] звуження верхньої щелепи спостерігається при дистальному прикусі в 35,6 %, мезіальному 26,7%.

Клініко-лабораторна характеристика зубощелепної ділянки досконально вивчена в багаточислених працях [4,7,9,12,13,14,15,17]. Однак, вивчення цього питання і об'єктивні тести оцінки ефективності ортодонтичного лікування потребують вивчати і оцінювати їх до і після лікування.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження явилось вивчення клініко-лабораторної характеристики зубощелепної ділянки при сагітальних аномаліях.

Матеріали та методи.

Нами обстежено 586 пацієнтів віком від 6 до 46 років, якими проводилося ортодонтичне лікування. В більшості випадків ми застосовували апарати міофункціонального тренінга.

З дистальним прикусом обстежено 458 пацієнтів, з мезіальним- 128.

Усі пацієнти розподілені на три групи: I- 6-12; II- 13-18 і III- 18 і старше (до 48 років). До першої групи віднесено 311 (53,0 %) пацієнтів, другої 187(31,9%), третьої-88(15,0%).

Пацієнтів жіночої статі було 325(55,5%) осіб, чоловічої -261(44,5%).

Антропометричні дослідження проведені методом тридименсійного вимірювання моделей щелеп- Попова Д.Н., Талалаєва А.А. [10]. В основу методу покладені орієнтири Sillman J.H. [18]. Згідно з цим методом розміри зубоальвеолярних дуг у цифрових величинах переносили на міліметровий папір і отримували відображення моделі у вигляді діаграм.

На діаграмах визначали розміри зубоальвеолярних дуг у трьох взаємно перпендикулярних напрямках: сагітальному, трансверзальному і вертикальному.

Результати досліджень і їх обговорювання. Результати клінічного обстеження.

У більшості пацієнтів- 360(61,4%) із 586 обстежених зовнішні ознаки патології були різко виражені. Так у пацієнтів з дистальним прикусом (458(78,1%)) відмічено випуклий лицьовий профіль, підборіддя скошене, напружене змикання губ, виступання верхніх фронтальних зубів із під верхньої губи, глибока підборідна борозна.(рис.1)



А)

Б)

Рис. 1 Фото обличчя пацієнтки Н-15р. амб. картка № 152.

Діагноз: дистальний прикус. Характерні лицьові ознаки патології: а) напружене змикання губ, виступання верхніх фронтальних зубів із під верхньої губи; б) випуклий лицьовий профіль, підборіддя скошене, глибока губно-підорідна борозна.

Дистальний прикус ускладнений глибоким спостерігали у 140(23,8%) пацієнтів. При цьому величина нижнього лицевого відділу була зменшена, а від цього залежить і глибина і вираженість носо-губних і підборідних складок. Нижня губа виглядала при цьому як би вивернутою. Верхні зуби розташовані на червоній каймі нижньої губи, залишаючи на ній відбитки.

Дистальний прикус ускладнений відкритим, ми спостерігали у 62(10,5%) осіб. У цих пацієнтів був витягнутий тип обличчя, зглаженість лицевих складок. Під час ковтання слини- характерний симптом «наперстка». При протрузії верхніх фронтальних зубів та недорозвинутому коловому м'язи, верхня губа була коротша, ротова щілина «зіяла». Внутришньоротові ознаки дистального прикусу характеризувалися прогнатичним співвідношенням зубних рядів, помітним у фронтальних і бічних ділянках. У фронтальній ділянці видвинуті зуби вперед були розміщені веєроподібно з проміжками і без проміжків в скупченому положенні з оопістогнатичним нахилом .

Якщо фронтальні зуби були видвинуті вперед, то поміж ними і нижніми зубами утворювалося сагітальна щілина, яка була різного за величиною і довжиною , тобто іноді дорівнювала 10 мм і більш. При протрузії щілина була більша, ніж при ретрузії.

Якщо дистальний прикус поєднувався з глибоким, то нижні фронтальні зуби контактували зі слизовою оболонкою твердого піднебіння, залишаючи на ній відбитки.

При поєднанні з відкритим, цього не спостерігається.

Під час визначення ступеня важкості данної аномалії у клініці має значення не тільки величина сагітальної щілини, а і мезіо-дистальний розмір зубів(рис.2)



Рис.2 Фото зубних рядів пацієнтки В.17р., амб. картка № 631. Вигляд спереду:глибоке перекриття у фронтальній ділянці, наявність щілини розміром 4 мм.

Головною ознакою дистального прикусу є порушення змикання зубних рядів у сагітальному напрямку (співвідношення на молярах та іклах за II класом по Angle): починаючи з іклів, кожен зуб верхньої щелепи змикається із зубом антогонистом або однойменним і попереду розташованим зубом нижньої щелепи. Співвідношення на перших молярах горбкове (однойменними горбиками) або передньо-щічний горбик верхнього першого моляра розташований між першим і другим премоляром нижньої щелепи, а іноді над премоляром нижньої щелепи. Коронки резців верхньої щелепи частіше нахилені вперед, іноді прямовисто(рис. 3)

Мезіальний прикус відмічен нами у 128(21,8%) пацієнтів. Лицеві (зовнішні) ознаками зубо-альвеолярної форми були наступні: верхня губа по відношенню до нижньої западає, носогубна складка поглиблена, красна кайма нижньої губи широка. При глибокому різцовому перекритті нижня частина обличчя укорочена, в зв'язку з чим нижня губа потовщена. При поєднанні з відкритим прикусом нижня частина обличчя подовжена, губи змикаються з напругою, ротова щілина «зіяє».якщо медіальний прикус поєднується зі зсувом нижньої щелепи вперед, то зовнішні ознаки більш виражені. При цьому в оберненому перекритті знаходяться не тільки різці, але і ікли, а іноді і премоляри. Нижні різці нерідко відхилялись вестибулярно, внаслідок чого поміж ними з'являлись тріщини, або вони спричиняли тиск на верхні різці і останні ще більш відхилялись в піднебінному напрямі. В бічних відділах нерідко спостерігався перехресний прикус. У пацієнтів з мезіальним прикусом – профіль «вигнутий» але за даними Л.С. Персина [9] він зустрічається лише в 5%. «Сердитий» вираз обличчя, нижня губа і підборіддя виступають вперед.

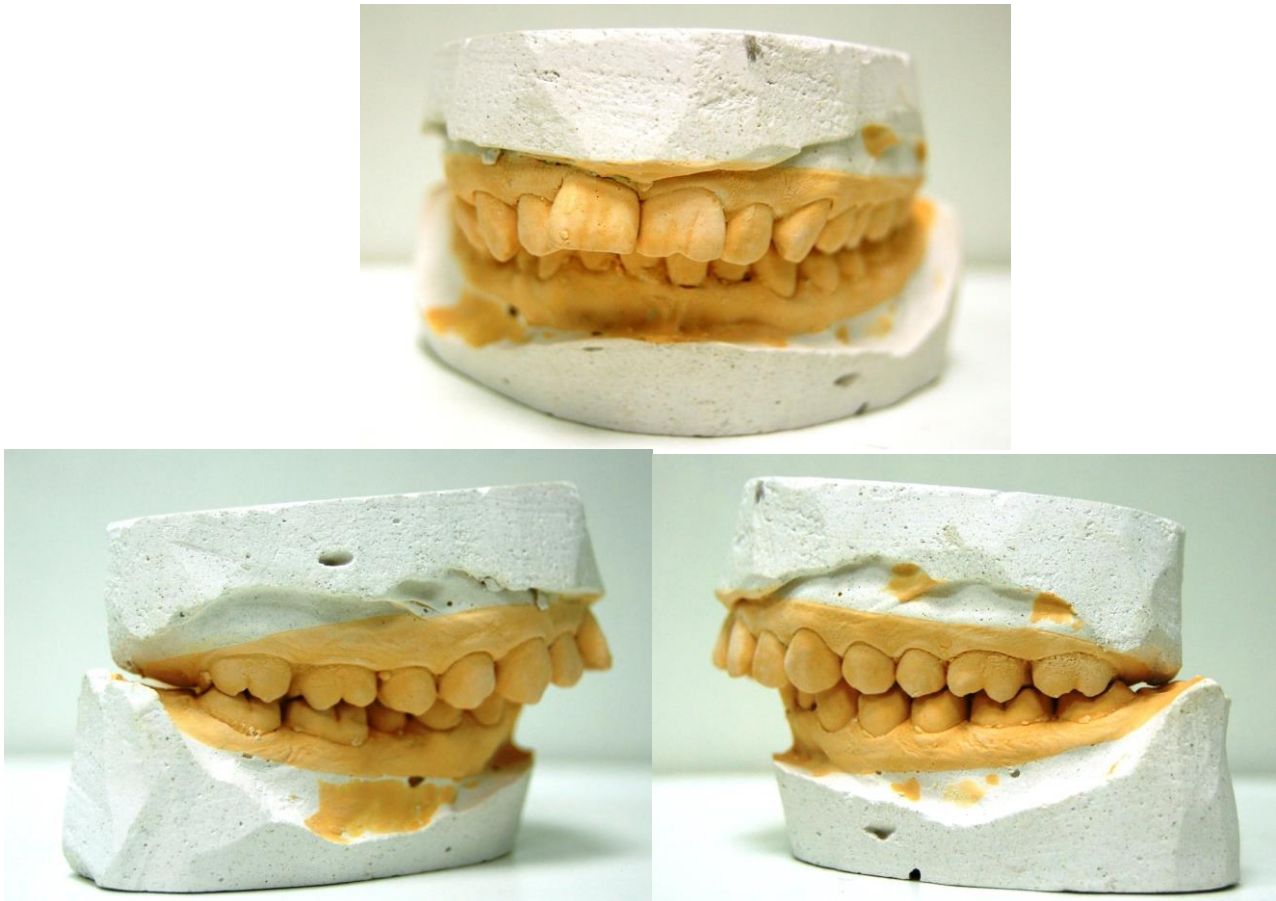


Рис.3 Фото моделей пацієнта І.-26р., амб. картка 621 Діагноз: дистальний прикус, ускладнений глибоким, характерні ознаки: горбкове змикання, 16 і 46 зубів.

Якщо пацієнт міг змістити нижню щелепу назад до крайнього змикання різців і при цьому співвідношення перших молярів ставало характерним для нейтрального прикуса, діагностували зубоальвеолярну форму медіального прикуса зі зміщенням нижньої щелепи вперед(Л.С. Персин, 1998). При мезіальному прикусі за даними Л.С. Персина[9] ступень вираженості порушень зубощелепної ділянки різна. При першому варіанті ступень змикання перших постійних молярів і іклів за III класом Енгля не перевищує $\frac{1}{2}$ бугорка першого постійного моляра, сагітальна щілина відсутня, глибина оберненого різцового перекриття мінімальна, помірна або глибока: має місце порушення розмірів зубів, їх кількості і положення. Розміри зубних рядів змінені в сагітальному і трансверзальному напрямках.

При другому варіанті ступінь змикання іклів і перших постійних молярів за III класом Енгля дорівнює одному бугорку перших постійних молярів, сагітальна щілина не перевищує 3 мм, має місце ретрузія різців нижньої щелепи.

При третьому варіанті ступінь змикання перших постійних молярів за III класом Енгля складає від $\frac{1}{2}$ коронки першого постійного моляра і більш. Сагітальна щілина поміж різцями верхньої і нижньої щелепи від 3 мм і більш,

при цьому спостерігається протрузія різців верхньої щелепи і ретрузія різців нижньої щелепи(рис.. 4, 5)



Рис. 4 Фото обличчя пацієнта С.13р. амбул. картка 114. Діагноз: мезіальний прикус. Сагітальна щілина не перевершує 3 мм, обернене змикання зубів.

Таким чином, головною ознакою патології було порушення змикання зубних рядів в сагітальній площині. Кожен зуб верхньої щелепи при дистальному прикусі, починаючи з іклів, змикався із зубом антогонистом або однойменним і попереду розташованим зубом нижньої щелепи. Змикання частіше горбкове. При мезіальному прикусі (III клас за Енглем) ми спостерігали обмежене перекриття зубів, нижні різці перекривали верхні, в бокових ділянках спостерігається зсув жувальних зубів впереду, в залежності від ступеню вираженості патології.

Результати параклінічного дослідження.

Аналіз результатів вимірів контрольно-діагностичних моделей щелеп показав, що гармонійне співвідношення різців до розмірів бокових сегментів зубних рядів у всіх вікових групах спостерігається тільки від 30 до 40%.

У пацієнтів із дистальним прикусом визначені зміни розмірів і форми зубоальвеолярних дуг як верхньої, так і нижньої щелеп. Зокрема відбувається звуження зубоальвеолярних дуг верхньої і нижньої щелеп у порівнянні з відносною нормою. У віковий період від 9 до 12 років і від 13 до 18 років звуження зубоальвеолярної дуги верхньої щелепи виявлено в параметрах G(RL),E(RL),D(RL),C(RL) та B(RL), тобто в ділянці між першими молярами,

премолярами, іклами та другими різцями. У віковий період після 18 років статично достовірно звуження виявлено ще і в точках Н(RL) та F(RL) – За другими молярами та за горбом верхньої щелепи. Між віковими групами спостерігається тенденція до погіршення трансверзальних розмірів зубоальвелярної дуги верхньої щелепи, але статистично достовірні зміни виявлені тільки між боковими різцями($p < 0,05$).



Рис.5 Фото моделей пацієнта Р-14р., амб. картка 1711. Діагноз- мезіальний прикус. Вид спереду ,справа, зліва. Нижні фронтальні різці перекривають верхні. Ретрузія верхніх і нижніх(опістогнатія). Змикання перших постійних молярів за III класомЕнгля складає $\frac{1}{2}$ коронки першого постійного моляра.

Дослідженням трансверзальних розмірів зубоальвелярної дуги нижнього щелепи в усіх вікових групах виявлене її звуження по всіх досліджуваних параметрах. Статистично достовірно вкорочення нижньої зубоальвелярної дуги ми виявили у віковій групі 9-12 років по параметрах АХ, ВХ,СХ, у віковій групі 13-18 років- АХ,ВХ; у віковій групі старших 18 років- АХ,ВХ,СХ,DX,ЕХ. Порівнянням форми зубоальвелярних дуг верхньої щелепи при ортогнатичному прикусі та дистальному прикусі доведено, що за рахунок подовження зубоальвелярної дуги вони перетинаються в зоні розташування іклів відносно нормальної зубоальвелярної дуги.

За результатами вивчення глибини піднебіння доведено, що при дистальному прикусі відбувається поглиблення цих показників між іклами, першими та другими премолярами ($p < 0,001$).

Зміненні в порівнянні з нормою показники контрольно-діагностичних моделей при мезіальному прикусі. Збільшена сума мезіодистальних розмірів 12 верхніх зубів в усіх вікових групах. Зменшена ширина зубних рядів на верхній і нижній щелепах, поміж першими премолярами і першими постійними молярами (DRL;GRL;HRL;FRL). Між віковими групами спостерігається тенденція до погіршення трансверзальних розмірів.

Зменшена висота піднебіння довжина апікальних базисів, довжина переднього відрізка нижнього зубного ряду, що співпадає з даними К.Г. Старова[15].

Висновки:

Таким чином, визначені особливості клініко-морфологічної характеристики стану зубощелепної ділянки у дітей і дорослих з порушеннями взаємовідносин зубних рядів в сагітальному напрямку потребує комплексного підходу в лікуванні ортодонтичних пацієнтів.

Література:

1. Аболмасов Н.Г. Этиология, патогенез, диагностика и лечение прогении/ Н.Г. Аболмасов: автореф. дисс. на соиск. уч. степени доктор мед. наук, 14.01.22 «Стоматология»;- Смоленск, 1982.-36с.
2. Бетельман А.І. Клініка і ортопедичне лікування деформацій зубощелепнолицевої системи/ А.І.Бетельман-К.ДМ УРСР, 1958.-382с.
3. Гюева Ю.А. Диагностика и лечение мезиального прикуса у детей и подростков/Ю.А. Гюева:автореф. на дисс. на соиск. ученой степени док. мед. наук, 14.01.22 «Стоматология»,-М.1991.-25с.
4. Григорьева Л.П. Прикус у детей/Л.П.Григорьева.-Полтава 1995.-231с.
5. Дорошенко С.И. Влияние сагиттального прикуса на функцию жевания и ее регуляцию/С.И. Дорошенко: автореф. дисс. на соиск. ученой степени канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматология», К.1968.-19с.
6. Зубкова Л.Н. Глибокий і відкритий пркуси у дітей, підлітків і дорослих, методи діагностики і лікування: автореф. дисс.. на здоб. наукового ступеня док. мед. наук,14.01.22 «Стоматология» /Л.Н. Зубкова,Полтава,1998.-44с.
7. Малыгин Ю.М. Возрастные особенности зубочелюстной системы у детей в норме при сагиттальных аномалияхприкуса/Ю.М.Малыгин//Стоматология.-1981.-№6.-С.54-58.
8. Павленко О.В. Апаратурні методи лікування звуження верхньоїщелепи/О.В.Павленко,І.Л.Скрипник,Ю.А.Матковська//Дентальные технологии.-2007.-№3-4.-С.70-72.
9. Персин Л.С.Ортодонтия.Лечения зубочелюстных аномалий/Л.С. Персин.-М.,1998.-297с.
10. Попова Д.Н. Метод изучения гипсовых моделей челюстей с врожденной расщеленой верхней губы и неба/Д.Н.Попова, А.А.

Талалаев//Экспериментальная и клиническая стоматология.-М.,1979.-т.9,ч.2,- С.116-118.

11. Ращенко Н.В. Стимулирующая терапия в комплексном лечении дистального прикуса/Н.В.Ращенко: автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук,14.01.22 «Стоматология»,-К.,1994.-15с.

12. Репина Т.В. Морфологическая характеристика зубочелюстной системы у пациентов 13-15 лет с дистальной окклюзией зубных рядов до и после ортодонтического лечения несъемной аппаратурой:автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук 14.01.22 «Стоматология»/Т.В.Репина,-М.-2002.-13с.

13. Смаглюк Л.В. Лікування дистального прикусу з використанням губного бампера/Л.В.Смаглюк//Український стоматологічний альманах.-2001.-№5.-С.51-53

14. Смаглюк Л.В. Лікування дистального відкритого прикусу з використанням пристрою для корекції положення язика запропонованої конструкції/Л.В.Смаглюк//Український стоматологічний альманах.-2003.-№4.-С.50-52.

15. Старов К.Г. Морфологическая характеристика зубочелюстной системы у пациентов 13-15 лет с мезиальной окклюзией зубных рядов до и после ортодонтического лечения несъемной аппаратурой: автореф. на соиск. уч. степени канд. мед. наук,14.01.22 «Стоматология» /К.Г.Старов,М.-2002.-12с.

16. Тяжкороб Т.В. Ортодонтическое лечение мезиального прикуса с удалением отдельных зубов и его влияние на формирование лицевого скелета: автореф. дисс. на соиск. уч. степени канд. мед. наук, 14.01.22 «Стоматология»/Т.В. Тяжкороб,К.1989.-15с.

17. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия/Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин,В.Н. Окушко-Калашникова,М.:2005.-460с.

18. Sillman J.H. //American j/ Ortodontics.-1964.-Vol.50.-P.824-840.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО УЧАСТКА ПАЦИЕНТОВ С САГИТАЛЬНЫМИ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Лихота К.Н., Лихота А.Н., Кочин О.В.

Резюме. В работе освещаются данные клинико-лабораторного исследования 586 пациентов в возрасте от 6 до 48 лет с сагитальными аномалиями зубочелюстной области.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии и деформации, сагитальные аномалии, методы исследования.

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DENTAL-MAXILLA REGION ZUBOALVEOLYARNYMI SAGITTAL ANOMALIES.

K.Lihota, A.Lihota, O.Kochin

Summary. The paper presents data of clinical and laboratory findings in 586 patients aged 6 to 48 years with sagittal anomalies of face-occlusion area.

Keywords : dentomaxille anomaly and deformation, sagittal anomalies, research methods.