

Н.В. Головка, Мехді Хейдарі

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТРУДНОСТІ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

ГЛИБОКОГО ПРИКУСУ

ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”

Найбільш складними з точки зору етіопатогенезу, планування та прогнозування результатів лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) є вертикальні аномалії прикусу [1,2].

Глибокий прикус характеризується збільшенням глибини різцевого перекриття із втратою різально-горбикового контакту, він може поєднуватися із ЗЩА в інших площинах, але частіше з аномаліями в сагітальній площині. Звертання пацієнтів із різними клінічними формами глибокого прикусу коливається в межах від 18 до 43,4% [3-5].

Морфологічні зміни характеризуються збільшенням глибини різцевого перекриття від 5 до 9 мм; ретрузією або протрузією передніх зубів; при ретрузії можливе вкорочення зубних рядів і відповідно скупченість передніх зубів; змінюється форма оклюзійної площини у вертикальному напрямку, якій притаманне подовження в передній та вкорочення в бічних ділянках; спостерігається нейтральне, дистальне (найчастіше) або мезіальне співвідношення перших постійних молярів.

При глибокому прикусі можливі порушення майже всіх функцій: ротове дихання, порушення змикання губ; при вкороченні вуздечки язика – зміна розташування

спинки і кінчика язика та зменшення обсягу його рухів; можливі порушення функції ковтання, зниження ефективності жування; порушення мовлення; перенавантаження пародонта нижніх передніх зубів; травмування слизової оболонки піднебіння та ясен нижньої щелепи; зміни в СНЧС.

Пацієнти з однією нозологічною формою глибокого прикусу потребують лікування різної тривалості, різного обсягу заходів, що значною мірою залежить від урахування ступеня виразності морфологічних і функціональних порушень у зубощелепній ділянці та ступеня труднощів їхнього усунення [6-9].

В ортодонтії застосовують два методи визначення ступеня труднощів ортодонтичного лікування: Зиберта-Малыгина (1973) і Л.П.Зубкової [3, 10]. Ці методи дозволяють відобразити клінічні прояви ЗЩА в кількісній формі, визначити обсяг лікувальних заходів, зіставити й оцінити результати лікування різних форм аномалій прикусу, спрогнозувати віддалені результати. Однак вони потребують удосконалення відповідно до певних нозологічних форм.

Тому метою нашого дослідження стала розробка протоколу визначення ступеня труднощів ортодонтичного лікування пацієнтів із глибоким прикусом.

Лікувальні заходи щодо усунення морфологічних і функціональних порушень при глибокому прикусі оцінюються за п'ятибальною системою.

Після підсумовування балів визначається ступінь труднощів ортодонтичного лікування:

- лікування I ступеня труднощів – просте лікування – до 27 балів;
- лікування II ступеня труднощів – лікування середньої труднощі – від 28 до 40 балів;
- лікування III ступеня труднощів – складне лікування – від 41 до 54 балів;
- лікування IV ступеня труднощів – дуже складне лікування – від 55 балів і більше.

Висновки: застосування протоколу „Визначення ступеня труднощів ортодонтичного лікування глибокого прикусу” дозволить кількісно оцінити морфологічні та функціональні зміни, які відбуваються в зубощелепній ділянці, що сприятиме вирішенню питань організації та планування надання ортодонтичної допомоги (визначення кількості планованих відвідувань і тривалості лікування, витрат трудових одиниць).

Перспективи подальших досліджень: планується аналіз ступеня складності призначеного лікування ортодонтичних пацієнтів із глибоким прикусом.

Протокол визначення ступеня труднощів ортодонтичного лікування пацієнтів із глибоким прикусом

№ історії хвороби (КДМ) _____

ПІБ _____ Рік народження _____

Діагноз _____

Лікувальні заходи	Оцінка бали в/щ - н/щ	Сумма балів		
		верхня щелепа	нижня щелепа	всього
1. Виправлення форми зубного ряду				
1.1. Рівномірно звужений	2-2			
1.2. Асиметричне звуження	3-4			
1.3. V-подібний зубний ряд	3-3			
1.4. Чотирикутний зубний ряд	5-5			
1.5. Сідлоподібно здавлений зубний ряд	5-5			
2. Виправлення розмірів зубного ряду				
2.1. Розширення зубного ряду до 3 мм	2-4			
Розширення зубного ряду до 5 мм	4-5			
2.2. Подовження зубного ряду до 3 мм	2-4			
Подовження зубного ряду до 5 мм	4-5			
2.3. Вкорочення зубного ряду до 3 мм	3-4			
Вкорочення зубного ряду до 5 мм	4-5			
3. Усунення фронтальної недостатності (ФН)				
3.1. ФН I ст. (2,21 + 0,21 мм)	2-3			
3.2. ФН II ст. (2,44 + 0,8 мм)	3-4			
3.3. ФН III ст. (3,65 + 0,15 мм)	4-5			
3.4. ФН > III ст. (3,80 мм та більше)	5-5			
4. Усунення загальної недостатності (ОН)				
4.1. ОН I ст. (3,24 + 1,44 мм)	2-3			
4.2. ОН II ст. (4,05 + 0,41 мм)	3-4			
4.3. ОН III ст. (6,2 + 0,32 мм)	4-5			
4.4. ОН > III ст. (6,52 мм та більше)	5-5			
5. Виправлення аномального розташування зубів				
5.1. Кількість зубів, що підлягають переміщенню: 1 зуб	1-2			
2 зуби	2-3			
більше 2-х зубів	3-4			
5.2. Група зубів, що підлягає переміщенню:				
різці	1-2			
ікла	3-4			
премоляри	3-4			
моляри	4-5			

5.3. Напрямок переміщення:				
	вестибулярно	3-4		
	орально	2-3		
	мезіально	3-4		
	дистально	4-5		
	поворот навколо осі			
5.4. Вид переміщення:				
	зі сприятливим нахилом	2-3		
	з несприятливим нахилом	3-4		
	корпусне переміщення	4-5		
5.5. Величина переміщення в мм:				
	на 1-3 мм	2-3		
	до 5 мм	3-4		
	більше 5 мм	4-5		
5.6. Вид опори, що застосовується для переміщення:				
	- реципрокна (взаємодіюча)	1		
	- стаціонарна	5		
6. Зубоальвеолярне вкорочення в передній ділянці (інтрузія)				
6.1. У передній ділянці однієї щелепи		2-3		
6.2. У передній ділянці обох щелеп		2-3		
7. Зубоальвеолярне подовження в ділянці бічних зубів (екструзія)				
7.1. До 3 мм		3-3		
7.2. До 5 мм		4-4		
7.3. Більше 5 мм		5-5		
8. Зміна розташування нижньої щелепи				
8.1. Величина необхідного переміщення:				
	- на ½ величини коронки премоляра	2		
	- від ½ до ширини коронки премоляра	3		
	- більше ширини коронки премоляра	4-5		
8.2. Напрямок переміщення нижньої щелепи:				
	- мезіально	2-4		
	- дистально	5		
	- латерально	3-4		
9. Реактивність пацієнта				
9.1. Вік пацієнта:				
	активний ріст	2		
	залишковий ріст	3		
	пацієнт, який не росте	5		
9.2. Тип росту:				
	нейтральний	3		
	вертикальний	2		
	горизонтальний	4		

9.3. Конституція:				
	нормостенік	3		
	гіперстенік	4		
	гіпостенік	3		
*9.4. Наявність дисфункції СНЩС		2-4		
9.5. Наявність соматичної патології:				
	захворювання ЛОР-органів	3		
	порушення опорно-рухового апарату	4		
9.6. Наявність у батьків або близьких родичів подібної ЗЩА		4		
9.7. Мотивація до лікування				
10. Нормалізація функцій щелепно-лицевої ділянки				
10.1. Змикання губ		2		
10.2. Дихання		4		
10.3. Жування		3		
10.4. Ковтання		5		
10.5. Мовлення		3		
10.6. Рухи язика:				
	- без френулопластики	3		
	- після френулопластики	5		

Примітка: залежно від ступеня клінічних проявів.

Література

1. Закриссон Б. Внедрение верхнечелюстных резцов: тактика лечения, которую необходимо забыть / Б. Закриссон // Орто Соло. – ЗАО «Дентал Комплекс», 2004. – № 1. – С. 42-46.
2. Зубкова Л.П. Нарушения в зубочелюстной области при вертикальных аномалиях прикуса / Л.П. Зубкова // Новое в стоматологии. – М., 1997. – № 5. – С. 35-38.
3. Малыгин Ю.М. Клинико-лабораторное исследование для диагностики зубочелюстных аномалий и планирования ортодонтического лечения / Ю.М. Малыгин // Метод. рук. – М., 2005. – С. 64.
4. Chung C.H. Craniofacial growth in untreated Class II subjects: a longitudinal study / C.H. Chung, W.W. Wong // Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. – 2002. – № 122. – P. 619-626.
5. Janson G. Class II treatment success rate in 2- and 4-premolar extraction protocols / G. Janson etc. // Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. – 2004. – № 125. – P. 472-479.
6. Сулейман М. Функциональные и морфологические нарушения при глубоком прикусе и их устранение / М. Сулейман, И.Ю. Майчуб, Н.А. Липец // Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспективы ее развития: тез. докл. I Всесоюз. ортодонт. конф. – Полтава, 1990. – С. 77-78.
7. Персин Л.С. Влияние уровня и направления окклюзионной плоскости на состояние зубочелюстной системы / Л.С. Персин, И.В. Попова, Г.В. Кузнецова // Ортодент Инфо. – 2002. – № 2. – С. 8-13.
8. Малыгин Ю.М. Дифференциация основного направления роста челюстей при глубоком прикусе и ее значение для планирования и прогнозирования результатов ортодонтического лечения / Ю.М. Малыгин, А.В. Берсенева // Ортодонтия. – 2006. – №1(33). – С. 8-11.
9. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. – 2001. — 172 с.
10. Головкин Н.В. Ортодонтия. Развитие прикуса, диагностика зубощелепных аномалий, ортодонтический диагноз. – Полтава: ПФ Форміка, 2003. – С. 253-266.

Стаття надійшла
18.01.2012 р.

Резюме

Представлен протокол определения степени трудности ортодонтического лечения, который позволит количественно оценить степень морфологических и функциональных нарушений при глубоком прикусе.

Ключевые слова: глубокий прикус, степень трудности ортодонтического лечения.

Резюме

Представлений протокол визначення міри труднощі ортодонтичного лікування, який дозволить кількісно оцінити ступінь морфологічних і функціональних порушень при глибокому прикусі.

Ключові слова: глибокий прикус, ступінь труднощі ортодонтичного лікування.

Summary

The protocol of the determination of difficulty degree of orthodontic treatment at deep bite is presented in the article. It allows estimating the quantity morphological and functional infringements.

Key words: a deep bite, difficulty degree of orthodontic treatment.