

Таким чином, аналіз структури ушкоджень черепно-лицевої ділянки за 2012-2013рр. показав, що переважно була травма у людей працездатного віку; переважала кримінальна та побутова травма, значний відсоток складала травми в наслідок дорожньо-транспортних пригод.

Ушкодження ЩЛД поєднанні із черепно-мозковою травмою та з травмуванням інших ділянок тулубу відзначались тяжким загальним станом пацієнтів, різноманітністю клінічного перебігу і потребували значних економічних затрат як на госпітальному етапі, так і у період після госпітальної реабілітації, і потребували значної уваги медичного персоналу.



УДК 616.314.26-007.271-053.2-079.4

**М. М. Яворська, В. П. Яковчук**

ПВНЗ «Київський медичний університет Української асоціації народної медицини»

### **ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ГЛИБОКОГО ПРИКУСУ ТА АЛГОРИТМ ЇЇ ПРОВЕДЕННЯ.**

**Актуальність теми.** Вивченню питань діагностики та лікування глибокого прикусу у спеціальній літературі приділяється велика увага. Це пов'язано з тим, що глибокий прикус характеризується різноманітністю клінічних його форм, що потребує диференційного підходу не тільки у визначенні діагнозу, а й у складанні плану лікування та виборі раціональної конструкції ортодонтичного апарату. (Хорошилкіна Ф.Я, 2007, Персін Л.С., 1998, Арсеніна О.І, 1999).

Проте в доступній нам спеціальній літературі ми не зустріли чітких вказівок відносно тактики проведення діагностики глибокого прикусу, від чого залежить в певній мірі саме лікування даної зубощелепової аномалії.

**Мета дослідження.** На підставі вивчення клінічних та рентгенологічних даних розробити алгоритм проведення диференційної діагностики клінічних форм глибокого прикусу.

**Матеріали та методи.** Клінічне обстеження 56 пацієнтів з глибоким прикусом віком від 6 до 23 років велося за загальноприйнятою методикою. При зборі анамнестичних даних звертали особливу увагу на спадкову схильність до даної ЗЩА, а також на наявність дефектів зубних рядів та шкідливих звичок.

Антропометричні вимірювання проводили на діагностичних моделях за методом А. Pont, також вимірювали довжину переднього відрізка верхньої зубної дуги за методом G. Korkhaus (1936). Обличчя пацієнта вивчали у фас і профіль за методом Izard. Для вивчення особливостей будови лицевого скелету у осіб, старших 12 років, проводилась профільна телерентгенографія голови. Розшифровки телегентгенограм здійснювалися за методом А.М. Schwarz

**Результати.** Аналіз проведеного нами дослідження показав, що глибокий прикус можна розглядати, як первинний та вторинний. Первинний (спадковий) глибокий прикус генетично детермінований. Вторинний (набутий) той, що виник на тлі сформованого ортодонтичного прикусу внаслідок порушень в зубощелепному апараті, які призводять до зниження висоти прикусу. Первинний глибокий прикус, як показали дослідження, може мати скелетну (гнатичну), а також зубоальвеолярну форми. Для їх диференціації необхідно проводити телерентгенографічне дослідження, яке дозволяє визначити не тільки індивідуальний генетичний профіль пацієнта, яким наділяє людину природа з народження, а й особливості анатомічної будови лицевого скелету при різних його формах. Окрім того, він може бути як самостійною аномалією, так і симптомом прогнатії. При зубоальвеолярній формі висота нижньої частини обличчя не змінена, але спостерігається супраоклюзія верхніх та нижніх передніх зубів. Гнатичну ж форму можна поділити, в свою чергу, на дві – при першій формі спостерігається вкорочення нижньої частини обличчя, при якій в положенні фізіологічного спокою нижньої щелепи надмірне перекриття зникає, а міжоклюзійний простір становить до 9 мм, при другій – профіль не має ознак аномалії, в положенні фізіологічного спокою нижньої щелепи міжоклюзійний простір мінімальний і складає – 0-2 мм.

Характерним для глибокого прикусу є зміни переважно у фронтальній ділянці зубних дуг при збереженні ключа оклюзії (I клас за Енгле). При ньому, на відміну від глибокого різцевого перекриття, втрачається різучо-горбковий контакт між зубами антагоністами (глибока різцева дезоклюзія). Верхні центральні різці можуть бути в протрузії – дахоподібний, або в ретрузії – блокуючий або перекриваючий. На підставі клінічних та рентгенологічних даних нами розроблено алгоритм проведення диференціальної діагностики окремих форм глибокого прикусу.

**Висновки:** Розроблений нами алгоритм проведення диференціальної діагностики форм глибокого прикусу дозволяє полегшити сам діагностичний процес, а також постановку діагнозу та вибір методу лікування пацієнтів з даною зубощелепною аномалією.

