

УДК 616.314.2-007.272

©О. М. Макарова, В. Д. Курєдова

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Оцінка оклюзії зубних рядів у дорослих з одностороннім II класом зубощелепних аномалій авторським способом

Відомі методи морфометрії не дають оцінку положення верхнього (ВЗР) та нижнього (НЗР) зубних рядів один відносно одного, тому розробка способу морфометрії контрольно-діагностичних моделей (КДМ), який дозволив би оцінити положення НЗР відносно ВЗР, є вирішенням актуального наукового завдання в ортодонтії.

Метою роботи є підвищення інформативності морфометричного аналізу КДМ у пацієнтів з одностороннім II класом ЗЩА за Е. Енглема шляхом розробки авторського способу біометрії КДМ.

Проведено морфометричну оцінку КДМ 17 дорослих пацієнтів із одностороннім II класом ЗЩА (основна група) та 10 дорослих із фізіологічним прикусом (контрольна група). Морфометричний аналіз КДМ проводили авторським способом (Патент України на корисну модель № 80089) таким чином: отримували відбитки щелеп; відливали КДМ; знімали оклюзіограму та переносили її на КДМ за методом М. Й. Садикова, Т. В. Меленберг; «розкриті» КДМ фотографували цифровим фотоапаратом, зафіксованим на штативі паралельно до поверхні встановлення моделей. Фото переносили у пам'ять комп'ютера та редагували у графічному редакторі «Adobe Photoshop CS3 Extended» за таким алгоритмом: розклали зображення моделей на два шари: 1-й — із зображенням моделі ВЗР, 2-й — із зображенням моделі НЗР; у шарі 1 будували лінію середнього піднебінного шва (y) та паралельно їй проводили вертикалі через оклюзійні точки ВЗР; модель НЗР (шар 2) позиціонували за допомогою функцій «Редактирование > Трансформирование > Поворот» так, щоб відповідні вертикалі пройшли через відповідні оклюзійні точки НЗР. Таким чином, отримували фото «розкритих» КДМ щелеп, орієнтовані одна відносно одної відповідно до їх оклюзійних контактів. У шарі 2 будували лінію вздовж вуздечки язика (y'), що є орієнтовною

серединною лінією НЗР. Оцінювали зміщення НЗР відносно ВЗР — співвідношення осі z з лінією y' . При їх неспівпаданні визначають величину кута α (yy') (рис.).



Рис. Контрольно-діагностичні моделі розміщені відповідно до оклюзійних контактів.

Оцінка кутового параметра α показала, що в основній групі відхилення серединносагітальної лінії НЗР від серединної лінії ВЗР коливалось в межах $2 - 10^\circ$ та в середньому складало $(4,3 \pm 0,56)^\circ$, що в 7 разів перевищувало аналогічний показник у контрольній групі $(0,64 \pm 0,26)^\circ$, де кут відхилення серединносагітальних ліній коливався в межах $0 - 2^\circ$. Таким чином, неспівпадання серединносагітальних ліній ВЗР та НЗР у пацієнтів з одностороннім II класом ЗЩА було виражено набагато більше, ніж у осіб із фізіологічним прикусом ($p < 0,001$). Тобто асиметричне зміщення нижнього зубного ряду відносно верхнього було достовірно більш виражене у пацієнтів з одностороннім II класом, ніж у осіб із фізіологічним прикусом.

Виявлене асиметричне співвідношення зубних рядів наводить на думку про асиметричне співвідношення щелеп внаслідок складного зміщення їх одна відносно одної, внаслідок якого формується асиметричне співвідношення молярів: дистальне, з одного боку, та нейтральне — з протилежного.

Запропонований спосіб морфометричного аналізу КДМ щелеп дозволяє оцінити положення нижнього зубного ряду відносно верхнього.

У пацієнтів з одностороннім II класом ЗЩД виявлено виражене асиметричне зміщення зубних рядів один відносно одного, що, напевне, є одним із етіологічних факторів його розвитку.

©В. А. Гончаренко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Стан гігієни ротової порожнини в дітей із хронічним катаральним гінгівітом на фоні інсулінозалежного цукрового діабету

Серед важливих проблем дитячої стоматології захворювання пародонта займають одне з провідних місць, що пов'язано з великою кількістю етіологічних факторів, які їх викликають. Поширеність гінгівіту і пародонтиту серед дітей та підлітків варіює в широких межах — від 33,2 до 97,7 %. Частота та тяжкість ураження пародонта значно вищі у дітей, обтяжених загальносоматичною патологією, зокрема хворобами ендокринних залоз.

У структурі захворювань ендокринних залоз у дітей перше місце за частотою посідає інсулінозалежний цукровий діабет. В Україні зареєстровано понад 900 тис. хворих на цукровий діабет, серед яких більше 5 тис. дітей та підлітків.

Враховуючи значення гігієни порожнини рота для профілактики хвороб пародонта у дітей, зокрема таких, що мають загальні захворювання, ми визначали рівень гігієнічного догляду за порожниною рота у дітей з інсулінозалежним цукровим діабетом.

Ми обстежили 183 дитини віком 10–15 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Чернівецької обласної дитячої лікарні № 2 з приводу інсулінозалежного цукрового діабету в стані субкомпенсації та декомпенсації. Групу порівняння склали 40 соматично здорових дітей того ж віку, 22 з них мали клінічно здорові тканини пародонта, у 21 дитини діагностовано хронічний катаральний гінгівіт.

Стоматологічне обстеження дітей здійснювали за загальноприйнятими методами. Оцінку стану тканин пародонта проводили за його

симптомами ураження в секстантах згідно з рекомендаціями ВООЗ без урахування пародонтальних кишень. Встановлення діагнозу базувалося на класифікації хвороб пародонта М. Ф. Данилевського (1994). Гігієнічний стан ротової порожнини визначали за допомогою індексів гігієни порожнини рота ОНІ-S (J. C. Green, J. R. Vermillion, 1964).

При проведенні оцінки гігієнічного стану ми визначили, що гігієна ротової порожнини у дітей, хворих на ІЗЦД з інтактним пародонтом, не має суттєвих відмінностей від гігієни ротової порожнини у практично здорових дітей з інтактним пародонтом. Значення індексу Green-Vermillion в обох групах відповідає хорошій гігієні ротової порожнини і становить відповідно 0,61 у дітей, хворих на ІЗЦД з інтактним пародонтом, та 0,52 в практично здорових дітей з інтактним пародонтом. У свою чергу, спостерігалось зниження рівня гігієни та збільшення значення індексу Green-Vermillion до 1,45 у дітей, хворих на цукровий діабет, терміном до 5-ти років. При збільшенні терміну тривалості основного захворювання 5 років і більше, збільшувалися значення індексу гігієни до 1,66, що відповідало задовільній гігієні ротової порожнини.

Одержані результати вказують, що особливо увагу необхідно приділяти впровадженню, навчанню гігієни порожнини рота і її контролю у дітей для попередження захворювань пародонта та в процесі їх лікування, підкреслюють необхідність тісної співпраці дитячих стоматологів та педіатрів.