

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВА ХІРУРГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 539.3; 616.314

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ МАКРОГНАТИЕЙ В ПОСТОЯННОМ ПЕРИОДЕ ПРИКУСА

**П.С. Флис, Н.А. Омельчук, А.А. Канюра, Е.Н.Омельчук,
А.Н. Лихота, В.П. Цислюк**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Резюме. *С целью улучшения лечения дистального прикуса с верхнечелюстной макрогнатией были разработаны показания к дистализации моляров верхней челюсти и другие ортодонтические методы лечения с удалением третьих моляров или первых премоляров.*

Ключевые слова: *дистальный прикус, дистализация, макрогнатия, диагностические модели.*

Актуальность темы. Дистальный прикус является патологией, при которой наблюдается частые рецидивы лечения, которые сложно удержать ретенционными аппаратами.

Лечение верхнечелюстной макрогнатии дистального прикуса с удалением 4-тых зубов не дает возможности установить правильные окклюзионные контакты по сагиттали в области моляров и премоляров с применением существующих несъемных аппаратов.

Дистализация моляров дает возможность установить правильные окклюзионные контакты на молярах и премолярах, а это способствует удержанию результатов лечения дистального прикуса.

Цель исследования. Изучить особенности ортодонтического лечения дистального прикуса с макрогнатией верхней челюсти.

Дистальный прикус - наиболее распространенная зубочелюстная аномалия, составляющая в среднем до 31% среди различных видов патологических прикусов. Он характеризуется многообразием клинических форм, которые объединяются в одну нозологическую группу по единственному признаку – прогнатическое соотношение между зубными рядами. Вместе с тем каждая из этих форм имеет свою этиологию, патогенез и требует соответствующего ортодонтического лечения [3].

Дистальный прикус с верхней макрогнатией – это вторая форма дистального прикуса (по классификации А.И.Бетельмана). Причинами возникновения этой аномалии прикуса могут быть различные этиологические факторы [1].

В основе этиологии верхней прогнатии лежат местные и общие факторы: рахит, авитаминозы, хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта и носоглотки, сужение носовых ходов. К местным причинам, кроме того, могут относиться, вредные привычки и преждевременное удаление молочных зубов [4].

В появлении дистального прикуса немаловажное значение имеют врожденные факторы, возникающие в процессе внутриутробного развития и не имеющие ничего общего с наследственностью. К таким факторам относятся: недостаточные размеры амниона, влияние ионизирующего излучения, недостаточность отдельных микроэлементов в рационе питания матери. Кроме того, тяжелые условия работы, неправильный образ жизни, нерациональное питание, нарушение обмена веществ, нарушение функций желез внутренней секреции, травмы, токсикоз первой половины беременности могут привести к отклонению в развитии зубочелюстного аппарата [2].

Дистальный прикус может стать следствием родовой травмы.

Одной из важных причин возникновения дистального прикуса является нарушение носового дыхания. При ротовом дыхании изменяется поза – положение человеческого тела и его частей в пространстве. Привичной позой человека становится положение, при котором голова постоянно склонена на грудь. При этом изменяется тонус шейных мышц (что способствует глоссоптозу), мышц плечевого пояса и межреберных мышц, появляется впалая грудь и выступающие лопатки. Такая осанка способствует дистальному положению нижней челюсти [1].

В числе заболеваний раннего детского возраста, которые могут вызывать anomalies зубочелюстного аппарата, некоторые специалисты считают рахит одной из причин развития дистального прикуса и связывают это со снижением активности зон роста, а также нарушением минерализации костной ткани [3].

К дистальной окклюзии приводят также другие anomalies: зубов, зубных рядов, челюстей. Среди anomalies зубов – макроденция зубов верхней челюсти, микроденция зубов нижней челюсти, смещение зубов верхней челюсти мезиально. Причиной формирования дистальной окклюзии может быть сверхкомплетные зубы на верхней челюсти. Anomalies развития челюстных костей: чрезмерный рост верхней челюсти, недоразвитие нижней челюсти или сочетание этих anomalies; переднее положение верхней челюсти, дистальное положение нижней челюсти или височно-нижнечелюстного сустава по отношению к переднему отделу основания черепа приволят к формированию дистальной окклюзии [4, 5].

Дистальный прикус характеризуется несоответствием формы, величины и положения верхней и нижней челюстей в сагитальном направлении. Эта

аномалия прикуса, как наиболее распространенная, характеризуется довольно большим многообразием клинических форм и проявлений, основным признаком которых является прогнатическое соотношение между зубными рядами. Степень выраженности последнего зависит от нозологической формы дистального прикуса, величины челюстей, положения их в черепе, взаимоотношения базальных, альвеолярных и зубных дуг между собой [5, 6].

Материалы и методика исследований. На кафедре ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца в 2007-2009 проведено обследование и лечение 20 пациентов с диагнозом дистальный прикус с верхней макрогнатией в возрасте от 12 до 22 лет в стоматологическом центре НМУ им. А.А.Богомольца.

Общая характеристика обследуемых больных с учётом возраст и пола представлена в таблице 1.

Таблица 1

Возраст обследуемых	Количество человек	Мужской Пол	Женский пол
12 лет	3	1	2
14 лет	4	2	2
15 лет	3	1	2
16 лет	2	1	1
17 лет	3	1	2
18 лет	2	2	0
20 лет	1	0	1
22 года	2	1	1
Всего	20	9	11

При исследовании пациентов, мы применяли методы клинического обследования, фотометрического исследования, антропометрического измерения диагностических моделей и телерентгенографии.

Клиническое обследование больных проводили по общеприятной методике. При сборе анамнестических данных обращали внимание на состояние здоровья матери в период беременности и наследственную предрасположенность, характер вскармливания в период новорожденности, состояние верхних дыхательных путей. Немаловажное значение придавали наличию вредных привычек, а также перенесенным инфекционным и общесоматическим заболеваниям.

При объективном исследовании изучали тип лица, профиль больного, высоту нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочной складок. Наряду с этим определяли: тип жевания и глотания, форму, цвет, устойчивость и положение отдельных зубов; форму зубных дуг на верхней и нижней челюстях; характер перекрытия зубов во фронтальном участке, величину сагиттального и вертикального зазора. В боковых участках изучали

степень мезио-дистального сдвига зубных рядов, изменения в трансверзальном и вертикальном направлении.

Также проводили антропометрические измерения на диагностических моделях. По методу Пона определяли степень сужения зубных дуг, по методу Коркхауса измеряли длину переднего отрезка верхней зубной дуги, по методу Н. Г. Снагиной измеряли длину зубной и альвеолярной дуг. Всего изучено 20 пар контрольных моделей у пациентов с дистальным прикусом и верхней макрогнатией.

У лиц с дистальным прикусом наблюдается сужение апикального базиса, и с возрастом степень сужения имеет выраженную тенденцию к увеличению. Наблюдалась нарастающая протрузия в области верхних фронтальных зубов, с преобладанием роста верхней челюсти на фоне недоразвития и смещения кзади нижней челюсти.

Мы проводили рентгенографические исследования – профильную телерентгенографию и ортопантомографию. По ортопантомограмме мы изучили соотношение отдельных участков челюсти и возможности прорезывания ретенированных зубов.

В диагностике дистального прикуса с верхней макрогнатией наиболее объективным методом является профильная телерентгенография. Ее анализ дает важную информацию о локализации патологии и степени ее тяжести, что способствует рациональному выбору метода лечения. С этой целью нами изучено 12 телерентгенограмм пациентов дистального прикуса с верхней макрогнатией в возрасте 13 - 22 лет среди всех исследуемых пациентов. Расшировка телерентгенограмм проводилась по методу Шварца.

В ортодонтической практике для лечения зубочелюстных аномалий, в том числе и дистального прикуса, используют различные методы: аппаратный, хирургический, протетический, физиотерапевтический и различные их сочетания. Выбор метода лечения зависит от возраста больного, формы зубочелюстной аномалии, степени выраженности морфологических и функциональных нарушений и др.

Ортодонтическое лечение дистального прикуса с верхней макрогнатией заключается в задерживании роста верхней челюсти, исправлении положения зубов, нормализации прикуса, получению нормального фиссурно-бугоркового контакта.

Для лечения пациентов с дистальным прикусом и верхней макрогнатией в период постоянного прикуса, была использована несъемная ортодонтическая техника (Бреккет-система прямой дуги, Roth).

Пациенты с дистальным прикусом и верхней макрогнатией, принятые нами на лечение, были распределены на три клинические группы, и у каждой группы есть свои клинические особенности в таблице 2.

Таблица 2

Группа	К-во пациентов	Клинические особенности	Особенности методики лечения
№1	7	Ранний период постоянного прикуса	Дистализация моляров верхней челюсти
№2	9	Бимаксиллярная протрузия. Скученность фронтальных зубов	С удалением первых премоляров
№3	4	Протрузия фронтальных зубов с тремами и диастемой	Без удаления зубов

Дистализация моляров интересовала ортодонтот давно, однако представляет определенные трудности. Особенностью этого метода лечения является дистальное перемещение первого моляра с целью устранения дистоокклюзии и создания места для фронтальных зубов верхней челюсти [6].

Мы применяли Ni-Ti открывающие пружинки для дистального перемещения первых моляров и брали удерживающие дуги Nance с акриловой площадкой на средней части нёба как точкой опоры.

Заключение

При изучении особенностей развития зубных дуг у лиц с дистальным прикусом мы взяли за основу установленную Korkhaus G. прямопропорциональную зависимость между суммой ширины четырех резцов и длиной переднего участка зубного ряда. Изучая полученные нами данные необходимо отметить, что с возрастом наибольшее изменение проявляет длина переднего участка зубной дуги на верхней челюсти. Разница между искомой и истинной длиной зубного ряда на нижней челюсти менее значительна, чем на верхней челюсти.

Измерения диагностических моделей по Н. Г. Снагиной вносят определенную коррекцию в изучение особенностей развития длины зубных дуг.

Измерения диагностических моделей по Пону характеризуют изменения зубных дуг по трансверзальной линии. При рассмотрении данных измерений и здесь важно сопоставлять значения искомой и истинной ширины.

Однако, для окончательной постановки диагноза и выбора плана лечения нами проводился телерентгенографический метод исследования, позволяющий определить не только особенности развития лицевого скелета, локализацию его измененного роста, и дифференцировать индивидуальный профиль больного от аномалийного, вызванного зубочелюстной деформацией.

Индивидуальный профиль больного устанавливается на основании значения трёх углов: лицевого $\angle F$, инклинационного $\angle I$ и профильного $\angle T$.

Оценивая данные наших измерений, следует отметить, что среди всех обследуемых больных с дистальным прикусом преобладал индивидуальный профиль антефас у 15 человек.

Важным диагностическим тестом сагитального аномалийного прикуса является величина челюстей.

Мы измеряли длину верхней челюсти (OK /A' -PNS) и результаты этого измерения указывают, что у лиц с дистальным прикусом и верхней макрогнатией длина верхней челюсти увеличена и чрезмерно развита в сагитальном направлении.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что у всех обследуемых больных достоверно чрезмерное развитие верхней челюсти в сагитальном направлении.

Ортодонтическое лечение дистального прикуса с верхней макрогнатией заключается в задерживании роста верхней челюсти, исправлении положения зубов, нормализации прикуса, получении нормального фиссурно-бугоркового контакта.

По клиническим показаниям мы выбрали методы лечения с удалением отдельных зубов и без удаления их, и применяли метод дистализации моляров. У всех пациентов получили удовлетворительный клинический результат.

Выводы

1. Ортодонтическое лечение дистального прикуса с верхней макрогнатией необходимо планировать с учетом возраста, степени развития челюстей, положением их относительно лица, генетически обусловленных вариаций строения анатомического скелета.

2. Разделение пациентов с данной патологией на три клинические группы, позволило нам разработать чёткие показания к дистализации зубов верхней челюсти и методов лечения с удалением или сохранением премоляров.

3. Дистализация верхних моляров, как один из видов безэкстракционного метода, эффективна для лечения дистального прикуса с верхней макрогнатией раннего периода постоянного прикуса.

4. Дистализацию моляров у лиц после прорезывания зубов мудрости лучше сочетать с их удалением.

5. Лечение пациентов с дистальным прикусом с верхней макрогнатией у пациентов старшего возраста лучше проводить с применением экстракционного метода.

Литература

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия,- М.:МИА 2006.-96с
2. Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология детского возраста,- Здоровье 1972 -62,162-166с
3. Калвелис Д.А. Ортодонтия,-Л.:Медгиз 1964.-82,172,196с
4. Флис П.С., Ращенко Н. В. X съезд ВУЛГ, - Евпатория 2009- 42с
5. Iven Klineberg, Rob Jagger Occlusion and clinical practice.2004 134-136,138-142с

6. Peter M.Sinclair:Dental Clinic of North America-1988.-Vol.32.-P.509, 515,521.

Резюме. *З метою покращення лікування дистального прикусу з верхньощелепною макрогнатією були розроблені показання до дисталізації молярів верхньої щелепи та інші ортодонтичні методи лікування з видаленням третій молярів або перших премолярів.*

Ключові слова: *дистальний прикус, дисталізація, макрогнатія, діагностичні моделі.*

Summary. *In order to improve the treatment of distal occlusion with the maxillary macrognathism were developed indications distalization molars of the upper jaw and other orthodontical treatment with removal of third molars or first premolars.*

Keywords: *distal occlusion, distalization, macrognathia, diagnostic models.*

УДК 616.31

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Л.М. Заноздра, В.П. Цислюк

Українська військово-медична академія

Резюме. *Успішне лікування генералізованого пародонтита у хворих, що страждають на гіпертонічну хворобу можливе тільки наразі поєднання етіотропної, симптоматичної та патогенетичної терапії, оскільки остання сприяє поліпшенню загальносоматичного стану хворих та покращенню кровообігу в мікроциркуляторному руслі тканин пародонта.*

Ключові слова: *генералізований пародонтит, гіпертонічна хвороба, етіотропне, симптоматичне, патогенетичне лікування, мікроциркуляторне русло тканин пародонта.*

Вступ. Згідно діючої на Україні класифікації захворювань тканин пародонта генералізований пародонтит відноситься до дистрофічно-запальних уражень.

Широкому загалу це захворювання відоме завдяки основним клінічним симптомам, до яких відносять: запалення ясен, розхитування та поступову втрату зубів. Згідно даних ВОЗ показники поширеності дистрофічно-запальних захворювань тканин пародонта у віковій групі 35-44 років можуть досягнути 94,5% . що безсумнівно пов'язано із наявністю загальносоматичної патології, наразі гіпертонічної хвороби.

В деякій мірі це можливо пояснити спільністю патогенетичних механізмів цих , здавалося б, зовсім різних захворювань. Велике значення в процесі розвитку та прогресування гіпертонічної хвороби та генералізованого