

Хорошилкина Ф.Я.

*доктор медицинских наук, профессор
зав. Кафедры «Ортодонтии и детского протезирования»
Московского государственного медико-стоматологического университета*

Зубкова Л. П.

*доктор медицинских наук, профессор
главный врач медицинскго центра
«Орто-Дент» (г. Одесса)*

Чобанян А.

*ассистент кафедры «Материаловедения»
стоматологического факультета
Московского государственного медико-стоматологического университета*

АНАЛИЗ НАРУШЕНИЯ СТРОЕНИЯ ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА ПРИ ДИСТООККЛЮЗИИ

Аннотация. В статье раскрыты вопросы нарушения строения лицевого отдела черепа при дистоокклюзии; уточнены разновидности дистоокклюзии; описана последовательность проведения комплексной диагностики дистоокклюзии.

Ключевые слова: строение лицевого черепа, нарушение строения лицевого отдела, дистоокклюзия, комплексная диагностика.

Изучению вопросов диагностики и лечения дистоокклюзии посвящены исследования многих отечественных исследователей (О.И. Арсенина, А.В. Берсенева, В.Ю. Курляндский, И.Ю. Майчуб, Ю.М. Малыгин, Л.С. Персин, Л.В. Польша, И.В. Токарев, Ф.Я. Хорошилкина и др.), а также зарубежных (R. Alexander, T. Graber, A. Hasund, E. Angle, G. Korkhaus, A.M. Schwarz и др.).

Изучены разновидности дистоокклюзии: E.Angle выделил две разновидности неправильного смыкания моляров, сочетающиеся с протрузией резцов верхней челюсти (класс Ш) и с их ретрузией (класс P_2); А.И. Бетельман на основании изучения симптоматики дистального прикуса подразделил последний на несколько форм, что позволило дифференцировать диагноз.

А.В. Берсенева, А.Ю. Зинченко, Е.А. Картон, Л.С. Персин, Л.В. Польша, И.В. Токарев, Ф.Я.Хорошилкина и др. рекомендовали учитывать основное направление роста лицевого отдела черепа с целью прогнозирования результатов лечения.

А.М. Schwarz и его последователи предлагали на основании анализа данных изучения боковых телерентгенограмм головы определять врожденный тип лица: расположение верхней челюсти в сагиттальном направлении ($<SNA$), а также величину инклинационного угла ($<SpP Pn$), т.е. наклона гнатической части лицевого отдела черепа к переднему основанию черепа. Кроме того автор рекомендовал определять данные краниометрии, гнатометрии, профилометрии с учетом величины базисов челюстей, углов нижней челюсти и ее ветвей, аномалий положения зубов и других размеров, влияющих на форму профиля лица. Автор определил выявлено 9 врожденных типов лица по величине углов $<SNA$ ($<F$) и $SpP Pn$ ($<I$).

В.Ю. Курляндский, согласуясь с мнением А.М. Schwarz, предложил характеризовать величину базисов челюстей, как их недоразвитие, нормальное и чрезмерное развитие, а также сочетания их величин.

Многие авторы изучали гармонию формы профиля лица с применением антропометрии, а также анализа данных изучения боковых телерентгенограмм головы (О.И. Арсенина, Ю.М. Малыгин, И.Ю. Майчуб, Л.С. Персин, Л.В. Польша, Ф.Я. Хорошилкина, А. Hasund, R. Alexander, T. Graber, A.M. Schwarz и др.).

Большое внимание при дистоокклюзии уделяется определению нарушений функции мышц челюстно-лицевой области (А.И. Бетельман, Ю.М. Малыгин, В.П. Окушко,

Л.С. Персин, Л.В. Польша, Ф.Я. Хорошилкина, R. Frankel, G. Korkhaus, A.M. Schwarz и др.).

На 11 съезде «Профессионального Общества Ортодонтів России» была одобрена классификация зубочелюстно-лицевых аномалий, предложенная Л.С. Персиным, которое пользуются в настоящее время большинство ортодонтів страны.

Выделены морфологические аномалии:

- аномалии зубов,
- аномалии зубных рядов,
- аномалии челюстей,
- аномалии окклюзии.

Цель исследования

Повышение эффективности диагностики основных и сопутствующих нарушений при разновидностях дистоокклюзии.

Материалы и методы исследования

Обследовано 157 пациентов с дистоокклюзией в возрасте от 12 до 27 лет (70 мужского пола и 87 — женского). Проведена у них антропометрия лица, изучены его фотографии, полученные в фас и в профиль, проанализированы ортопантограммы челюстей, результаты измерения их диагностических моделей, а также данные боковой телерентгенометрии головы.

Результаты исследования

На основании учета имеющихся морфологических нарушений устанавливали диагнозы и описывали сопутствующие функциональные нарушения, этиологию аномалии, нарушения мягких тканей полости рта, общие нарушения организма.

При анализе данных комплексных методов исследования установлено, что последовательность диагностики должна включать при первом осмотре пациента симптоматический диагноз, состоящий из следующего.

- Подробный сбор анамнеза от рождения до обращения к врачу ортодонту.
- Оценка общего физического и психического развития в соответствии с возрастом.
- Осмотр лица — анализ его эстетики, пропорциональности развития, формы в фас и в профиль, формы и особенностей смыкания губ в покое, положения кончика языка во время функции. (Рис 1, 2, 3)

Установлены границы: при физиологической окклюзии - от 49,5% до 57%, при дистоокклюзии -от 41% до 57,5%

- Анализ нарушений функций зубочелюстной системы, включая вредные привычки

и другие парафункции.

- Выявление нарушений височно-нижнечелюстных суставов при движениях нижней челюсти.

- Осмотр полости рта: определение в трех взаимно перпендикулярных направлениях аномалий зубов, зубных рядов, их смыкания в переднем и боковых участках, привычных смещений нижней челюсти.

- Определение состояния мягких тканей полости рта (величины и прикрепления уздечек губ и языка, величины и формы языка, выраженности небно-глоточных миндалин, состояния пародонта, особенно в области передних зубов и др.).

При показаниях направляли пациентов на консультацию к врачам других профилей медицины — оториноларингологу, ортопеду, эндокринологу, психоневрологу и др., а также на дополнительные методы исследования (рентгенографию, антропо- и фотометрию, миографию и др). После получения заключений от вышеназванных специалистов, проведения антропо- и фотометрических исследований лица, изучения и измерения диагностических моделей и ортопантограмм челюстей, а также боковых телерентгенограмм головы, анализа результатов других методов исследования устанавливали диагноз.

Для дифференциации разновидностей дистоокклюзии и уточнения имеющихся нарушений проводили исследования в определенной последовательности и определяли:

- Врожденный тип профиля лица.
- Основное направление роста лицевого отдела черепа — горизонтальное, нейтральное и вертикальное.
- Возможности индивидуального роста и количественного прироста тканей с учетом пола и возраста пациентов.
- Разновидности аномалий зубов с акцентом на наклоны осей резцов и моляров.
- Нарушения числа, величины и формы зубов и окклюзии зубных рядов (рис 4) в 3 взаимно перпендикулярных направлениях.
- Нарушения величины и расположения базисов челюстей (кранио и гнатометрия). Рис. 5
- Нарушения формы лица (профилометрия).
- Нарушения функций зубочелюстной системы и общие нарушения организма.

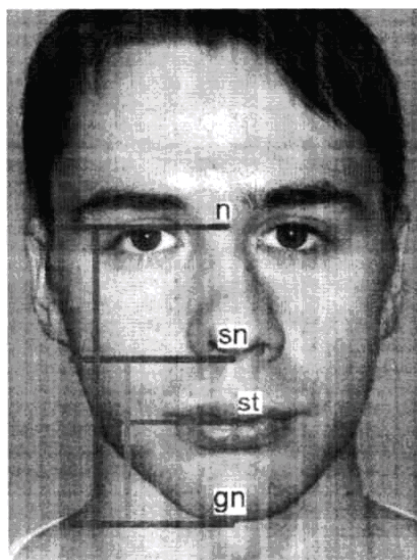


Рис. 1. Вертикальное соотношение в %: бп-пхКХ) : п-§п.

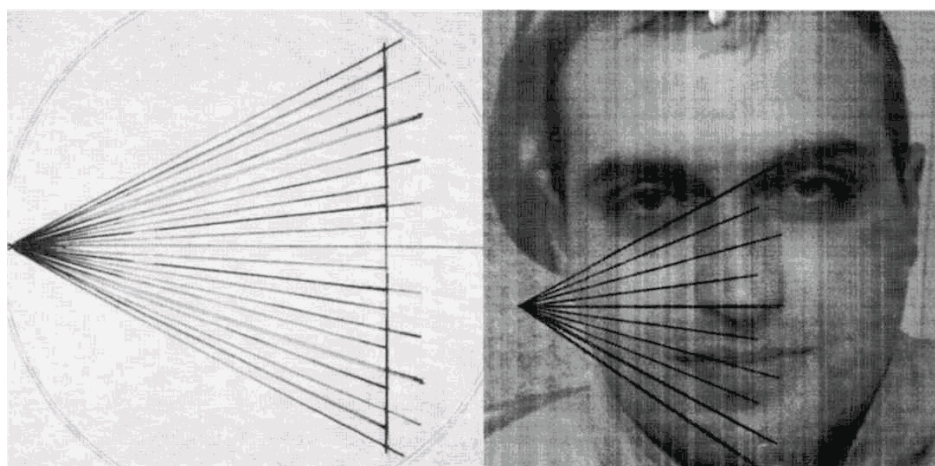


Рис. 2. Приспособление, ускоряющее определение процентного соотношения вертикальных размеров лица.

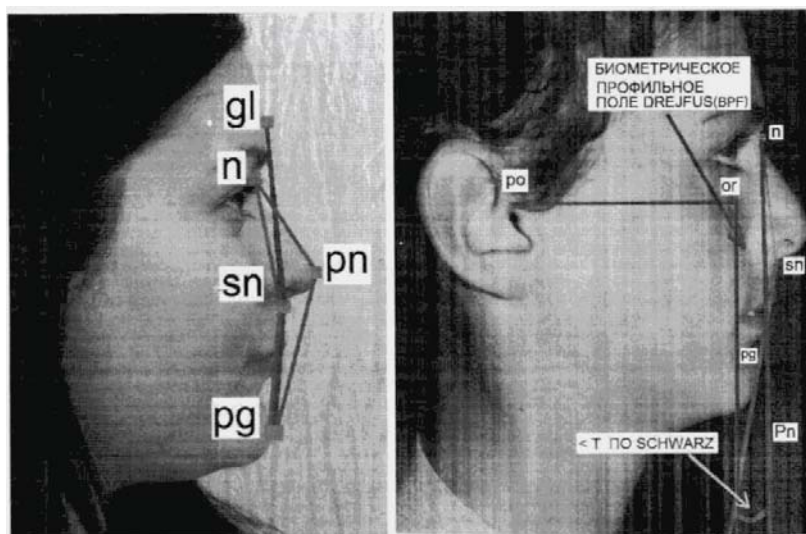


Рис. 3. Антропо- и фотометрия лица в профиль: 1 — углы его выпуклости лица: <gl sn pg ; <n sn pg ; <n pn pg; 2 — расположение губ и подбородка в биометрическом профильном поле Drejfus, определение типа лица по Schwarz, и величины угла «Т».

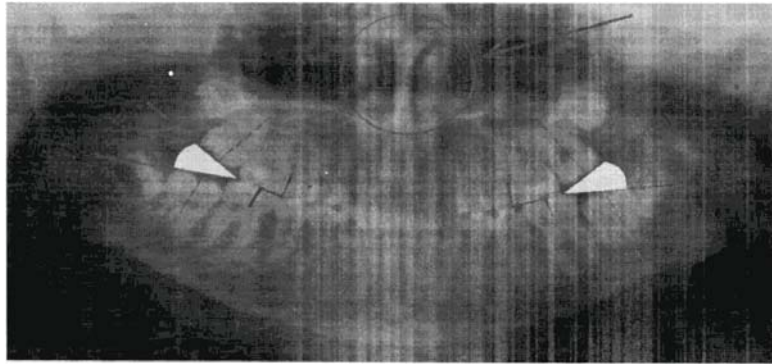


Рис. 4. Определение на ортопантомограммах челюстей числа зубов, их положения, степени формирования, патологии твердых тканей, углов наклона моляров и других зубов, ромбовидных межжюккюзонных пространств, формы носовой перегородки и величины носовых раковин.

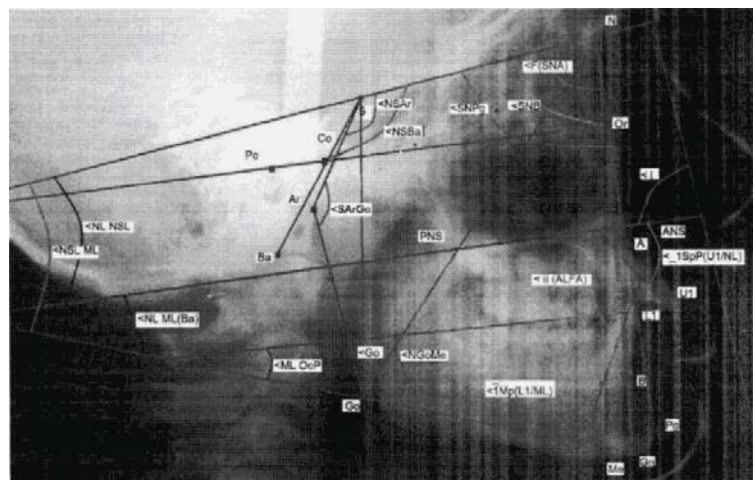


Рис. 5. Определение телерентгенометрических данных кранио-, гнато- и профилометрии.

После анализа полученных топокоморфометрических данных, учета этиологии аномалии, функциональных и эстетических нарушений, общих нарушений организма, сочетающихся с дистоокклюзией, уточняли диагноз при выявленной разновидности дистоокклюзии и избирали комплексы лечебно-профилактических мероприятий, а также виды ортодонтических аппаратов и последовательность их применения. Определяли среднюю длительность активного лечения и ретенции достигнутых результатов, прогнозировали их устойчивость и возможность изменения формы профиль лица в процессе лечения.

Выводы

1. Для уточнения разновидностей дистоокклюзии следует применять комплексное обследование, включающее анализ данных анамнеза, клиническое обследование, изучение формы лица в фас и в профиль, измерение диагностических моделей челюстей и боковых

телерентгенограмм головы с учетом данных кранио-, гнато- и профилометрии.

2. Описанная последовательность проведения комплексной диагностики дистоокклюзии позволяет дифференцировать ее разновидности, намечать наиболее рациональные методы комплексной профилактики и лечения и ускорять достижение его положительных и устойчивых результатов.

3. Для прогнозирования результатов лечения необходимо учитывать возможности роста; челюстей, врожденный тип лица, основное направление роста лицевого отдела черепа, наклоны продольных осей резцов, недостаток места в зубных рядах для зубов.

Литература:

1. Алимова М. Я. Негативные последствия применения несъемной назубной дуговой ортодонтической техники / М. Я. Алимова, О. Ш. Григорьева // Ортодонтия. — 2009. — № 1 [45]. — С. 40-41.
2. Арсенина О. И. Роль ортодонта в комплексном лечении пациентов с челюстно-лицевыми деформациями / О. И. Арсенина, В. В. Рогинский, А. Г. Шамсудинов // Ортодонт—Инфо. — 1998. — № 2. — С. 6-12.
3. Арутюнов С. Д. Корреляция рентгеноцефалометрических параметров гнатической части черепа с антропометрическими показателями зубных рядов и данными функционального исследования у лиц с физиологической окклюзией зубных рядов / С. Д. Арутюнов // Стоматология. — 2001. — № 5. — С. 40-46.
4. Гасимова З. В. Частота ретенированных зубов по данным панорамных исследований / З. В. Гасимова // Материалы VII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб, 2003. — С. 47-48.
5. Гасимова З. В. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и их осложнений / З. В. Гасимова, Ф. К. Асланова, Н. И. Аббасова // Азərbaycan Tibb Jurnalı. — 2008. — № 1. — С. 142-145.
6. Гасимова З. В. Опыт комплексного лечения дистального прикуса, в зависимости от периодов созревания шейных позвонков / З. В. Гасимова // Материалы XIII Международной научной конференции Здоровье семьи — XXI век 26 апреля — 3 мая 2009 г., г. Хургада, Египет. — С. 126-127.
7. Гашимов Р. Г. Дистальное перемещение моляров и премоляров, как способ устранения некоторых зубочелюстных аномалий: дисс. канд. мед. наук / Р. Г. Гашимова. — 1969. — 262 с.
8. Гашимов Р. Г. Мисвак в профилактике стоматологических заболеваний / Р. Г. Гашимов, З. В. Гасимова, У. Н. Хандаджи // Материалы VII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб, 2003. — С. 48.
9. Гюева Ю. А. Изменение профиля лица как результат ортодонтического лечения мезиальной окклюзии / Ю. А. Гюева, Л. В. Поляма, Е. С. Гордина, С. В. Томина // Матер. 7 международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб, 2003. — С. 49.
10. Малыгин Ю. М. Оценка запланированных и фактически выполняемых объемов лечения дистального прикуса с помощью несъемных аппаратов / Ю. М. Малыгин, С. С. Тайбогарова // Ортодонт — Инфо. — 2000. — № 1-2. — С. 31-35.
11. Останова Г. Б. Особенности ретенционного периода при ортодонтическом лечении взрослых / Г. Б. Останова, И. В. Гуненкова, Е. В. Хазина, Е. О. Белокурова // Материалы конференции, посвящ. памяти проф. Паникаровского. — М., 2002. — С. 140-142.
12. Персин Л. С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: руководство для врачей / Л. С. Персин. — М.: Информкнига, 2007. — 248с., илл.
13. Персин Л. С. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы / Л. С. Персин, Т. Ф. Косырева. — М.: Центр ортодонт, 1996. — 43 с.
14. Персин Л. С. Применение метода ROCCO DI PAOLO для определения уровня окклюзионной плоскости по телерентгенограмме головы / Л. С. Персин, Ю. А. Гюева, Э. Л. Леонова, А. Ю. Михайлова, Л. В. Поляма // Новое в стоматологии. — 1998. — № 2. — С. 57-59.
15. Хорошилкина Ф. Я. Руководство по ортодонтии / Ф. Я. Хорошилкина. — М.: Медицина, 1999.
16. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортодонтии / Ф. Я. Хорошилкина. — М.: Медицина, 1976.
17. Зинченко А. Ю. Оценка влияния гармоничности развития и типа роста зубочелюстной системы на планирование ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / А. Ю. Зинченко. — М., 2003. — 22 с.
18. Берсенев А. В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикуса учетом направления роста: автореферат / А. В. Берсенев. — Тверь, 2007.
19. Alexander R. G. «Wiek». The Alexander Discipline / пер. с англ. С. Н. Герасимова. — СПб: Дентал-Комплекс, 1997. — 138 с.
20. Bishara L. E., Justas R., Graber T. M. Proceedings of the Work shop Discussions on Early treatment // AMER. J. Ortodont. Dentofac. Orthopaed. — 1998. — Vol. 113. — № 1. — P. 5-6.
21. Bishara S. E. Textbook of Ortodontics / S. E. Bishara. — Mosby, 2001. — P. 375-376, 387-400.
22. Graber T. M. Ortodontics Current Principles and Techniques / T. M. Graber, R. L. Vanersdall. — Second Ed. — St. Louis—Baltimore—Boston—Chicago—London—Madrid—Philadelphia—Sydney—Toronto: Mosby. — 1994. — 965 p.
23. Proffit W. R. Contemporary orthodontics / W. R. Proffit, H. W. Field. — Mosby, 1999. — 742 p.
24. Proffit W. R. Preadolescent Class 2 problems: treat now or wait? / Proffit W. R. // Amer. journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. — 2002 — Vol. 121. — № 6. — P. 560-562.
25. Schwarz A. M. Roentgenostatic. A practical evaluation of the X-ray headplate / A. M. Schwarz // Amer. J. Orthod. — 1964. — Vol. 47. — 585 p.

Хорошилкина Ф.Я. Зубкова Л. П. Чобанян А. Аналіз порушення будови лицьового відділу черепа при дістоокклюзії.

Анотація. У статті розкриті питання порушення будови лицьового відділу черепа при дістоокклюзії; уточнені різновиди дістоокклюзії; описана послідовність проведення комплексної діагностики дістоокклюзії.

Ключові слова: будова лицьового черепа, порушення будови лицьового відділу, дістоокклюзія, комплексна діагностика.

Horoshylkyna F.YA., Zubkov, LP, Chobanian A. An analysis of violations of the structure of the facial skull distoockklyuzii.

Summary. In the article the questions of violations of the structure of the facial skull distoockklyuzii; refined distoockklyuzii species, described by a sequence of complex diagnostics distoockklyuzii.

Key words: the structure of the facial skull, the facial structure of the violation of the department, distoockklyuziya, integrated diagnostics.