

ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТИКАЛЬНОЙ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ С ПОМОЩЬЮ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТРЕЙНЕРОВ.

Кулакова Е.В., Косырева Т.Ф.

Российский университет дружбы народов, медицинский факультет, кафедра детской стоматологии с курсом ортодонтии, г. Москва

По данным статистического исследования по методике ВОЗ под руководством профессора Кузьминой Э.М. (2009) распространенность зубочелюстных аномалий в среднем по России на 2009 год составляет в среднем: аномалии зубного ряда – до 31%, глубокая резцовая окклюзия и дистальная окклюзия – до 13%, вертикальная резцовая дизокклюзия – 3%. Нами было обследовано 25 пациентов (11 девочек и 14 мальчиков) в возрасте от 6 – 11 лет с вертикальной резцовой дизокклюзией. Диагноз ставился на основании клинического обследования, измерения гипсовых моделей челюстей, данных рентгенологического обследования (ортопантограмм, телерентгенограмм головы в боковой проекции) и результатов функционального исследования: электромиографии синергистов жевательной группы мышц (собственно жевательной и передней височной мышц) по методике Миланского университета (Ferrario V.F., 2002). Из 25 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией у 19 детей были выявлены миофункциональные нарушения: 18 - с привычным межзубным прокладыванием языка при глотании (инфантильный тип глотания) и в покое; 10 - с дисфункцией языка при разговоре; 5 - с привычным ротовым дыханием; 3 - с привычкой сосания большого пальца правой руки в ночное время. Все пациенты, участвующие в научном исследовании, прошли ортодонтическое лечение с применением миофункциональных трейнеров в среднем 15,3±5 месяцев. Аппарат использовали всю ночь и 2 часа в течение дня или перед сном (в среднем 10 часов в сутки). Помимо ношения трейнеров, в дневное время пациентам предлагалось выполнение миогимнастики. У всех обследуемых пациентов произошло выравнивание зубов (особенно передних), улучшилась форма верхней и нижней зубной дуги; закрылась вертикальная щель между передними зубами и глубина резцового перекрытия стала соответствовать нормальным значениям (2,4 мм). Расстояние в области верхних и нижних первых моляров увеличилось в среднем на 0,85мм и 1,48мм соответственно, а премоляров или первых временных моляров верхней и нижней челюсти - в среднем на 1,6 мм и 1,5мм. Анализ цефалометрических измерений показал, что закрылась вертикальная резцовая щель и наклон верхних и нижних резцов приблизился к нормальным показателям. Однако, наибольшие изменения коснулись передней зубоальвеолярной высоты на верхней челюсти (в среднем увеличилась на 6,9 мм). Проведённое функциональное исследование состояния собственно жевательных и передних височных мышц челюстно-лицевой области (ЭМГ) позволило выделить следующие функциональные особенности: у большинства пациентов коэффициент процентного наложения (РОС) по передней височной, жевательной мышце, коэффициент бокового смещения нижней челюсти (TORS), коэффициент суммарной электрической активности всех исследуемых мышц ИМРАСТ находились в пределах нормальных значений как до, так и после ортодонтического лечения. Большой разброс показателей продемонстрировал коэффициент асимметрии ASSIM (от -17 до +25) (при норме от -5 до +5), что обусловлено возрастными особенностями пациентов, которые находились в периоде сменного прикуса, когда происходит активная смена зубов и формируются новые окклюзионные контакты. Значения коэффициента АТТIV, который свидетельствует о распределении жевательной нагрузки в сагиттальной плоскости, также были в пределах нормы. А это означает, что не требовалось повышение межальвеолярной высоты в ходе ортодонтического лечения. В ходе лечения 19 пациентов избавились от вредных привычек и эти результаты были устойчивыми. Таким образом, оценка эффективности миофункциональных трейнеров при лечении вертикальных аномалий окклюзии зубных рядов позволила сделать следующее заключение: использование трейнеров показало их высокую эффективность для зубоальвеолярной перестройки, компенсационного прироста челюстей и их апикальных базисов, нормализации продольных и поперечных размеров зубных рядов, их формы, наклона и положения передних зубов; улучшились основные функциональные показатели, что доказывает устранение дисбаланса жевательных мышц, который присутствовал до ортодонтического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 1999. Т. 1. № 4.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.

13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.
16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 1.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1.