

© О. В. Клітинська, О. О. Кричун, Л. В. Корнієнко*

УДК 616:31-08. 002. 51/52(-053. 2/. 8)

О. В. Клітинська, О. О. Кричун, Л. В. Корнієнко*

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕННЯ ВЕРХНІХ ІКОЛ

**Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський Національний Університет»,
(м. Ужгород)**

***Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,**

Інститут стоматології (м. Київ)

Дана робота є фрагментом НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій та експертна оцінка якості лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей і дорослих», державний реєстраційний номер 0113U003611.

Вступ. Дефекти прикусу, або неправильне взаєморозташування зубних рядів, окрім естетичних недоліків, які впливають на красу посмішки, призводять до деформацій жувальних і м'язів, виникнення захворювань тканин пародонта, захворювання твердих тканин зубів (карієс, патологічна утертість). Правильний прикус забезпечує рівномірне навантаження на всі зуби, що попереджає патологічне стирання зубів, чітка вимова і правильне пережовування їжі, попереджаючи виникнення захворювань шлунково-кишкового тракту.

Аномалії положення окремих зубів найбільш часто зустрічаються серед всіх аномалій зубощелепної системи. [1,5,14]. Вестибулярне положення окремих зубів відноситься до аномалій положення окремих зубів, серед яких найчастіше таку позицію займають ікла або різці. Вестибулярне положення ікол зустрічається у 29% [9,15]. Ікла відіграють важливу роль у створенні оклюзії них співвідношень, у формуванні оклюзії, від їх розташування залежить вигляд профілю лица, вигляд губ та лінії посмішки, і не менш важливим є те, що при плануванні лікування вони відіграють величезну роль при визначенні функціонального навантаження [1,16].

Дана аномалія може поєднуватися з патологією прикусу або існувати самостійно. Вестибулярне положення можуть займати центральні та бічні різці, та найчастіше ікла. Ця патологія характеризується значним естетичним дефектом, призводить до виникнення патологічної оклюзії та є фактором ризику виникнення гінгівіту [1,20].

Саме тому, метою даного наукового дослідження став аналіз етіологічних чинників виникнення вестибулярного положення верхніх ікол та можливості керування чинниками ризику виникнення та прогресування даної ортодонтичної патології.

Визначення етіологічних чинників забезпечить вибір правильного та раціонального лікування, яке є не менш важливою теоретичною та практичною проблемою сучасності [23].

Вестибулярному розміщенню ікол сприяє сама закладка фолікула ікла верхньої щелепи, який розміщений досить високо в області нижнього краю очниці, прорізування ікла займає досить тривалий період і на момент прорізування можливий дефіцит місця в зубній дузі, оскільки часто воно зайняте премоляром, вони зміщуються мезіально і дистально [22]. Не менш вагомим являється інфекційний етіологічний чинник, а саме ускладнений карієс верхніх молочних молярів (пульпіт, періодонтит, переважно грануюча форма) та запальні процеси в альвеолярній кістці – періостити з подальшим розрідженням вестибулярної кортикальної пластинки, внаслідок чого відбувається зміщення напрямку правильного прорізування ікла і в результаті відбувається його дистонія [11]. Таке переміщення спостерігається при передчасному (менш ніж за 1,5 роки до фізіологічної зміни) видаленні тимчасових молярів, при цьому неправильно розташовуються осі ікол у мезіо-дистальному та вестибуло-оральному напрямках, що призводить до порушення шостого ключа оклюзії за Ендрюсом [10,16].

Опосередкованими факторами ризику виникнення даної патології є невідповідність ширини верхніх і нижніх зубів, недорозвиток апікального базису верхньої зубної дуги, наявність надкомплектних зубів (різців, премолярів), неправильна закладка фолікула зуба, як наслідок перенесеної травми чи інфекційного агента в периапікальних тканинах, відсутність носового дихання (аденоїди), ротове дихання призводить до порушення фізіологічної рівноваги жувальних і м'язів в результаті чого язик тисне на нижню щелепу і стимулює її надмірний розвиток, це призводить до затримки росту переднього ділянки альвеолярного відростка верхньої щелепи, тоді як нижня щелепа розвивається нормально, в свою чергу це забезпечує відсутність місця для прорізування верхніх постійних ікол і виникає їхня дистопія [1,2,6,12].

Дистопія ікол поєднана з мезіальним прикусом виникає при хворобі матері при вагітності, недорозвинення кістки, у якій розвиваються різці, формування її відбувається починаючи з четвертого місяця внутрішньоутробного розвитку; вроджені незрощення піднебіння і альвеолярного відростка; атипове положення зачатків зубів; адентія верхніх фронтальних зубів; передчасне видалення зубів; запізнена зміна зубів. Патогенетичним фактором істинної прогенії багато авторів вважають макроглосію, при якій язик надмірним тиском сприяє посиленому розвитку і росту нижньої щелепи. У патогенезі прогенічного співвідношення передніх зубів провідне місце займають чинники, які призводять до порушення розвитку верхніх передніх зубів [8,21]. У цю групу слід віднести: адентію постійних латеральних різців; наявність надкомплектних зубів, що прорізувалися у фронтальному відділі нижнього зубного ряду; травми верхніх фронтальних зубів; порушення процесу зміни тимчасових зубів постійними; передчасна втрата верхніх тимчасових зубів і своєчасне прорізування нижніх, які призводять до затримки росту переднього ділянки альвеолярного відростка верхньої щелепи, тоді як нижня щелепа розвивається нормально [13,24]. Нелікований мезіальний прикус може привести до серйозних порушень, таких як спотворення форми обличчя, порушення функцій жування, збільшення ризику захворювань тканин пародонта, високий шанс виникнення захворювань скронево-нижньощелепного суглоба, проблеми при протезуванні та імплантації зубів [1,10].

Вестибулярне положення ікол часто поєднується з прогнатичним прикусом, який в свою чергу може виникнути внаслідок неадекватного штучного вигодовування через великі отвори в сосці, це призводить до лінощів смоктання, тобто дитина не зміщує нижню щелепу вперед і не докладає зусиль для видавлювання молока. Таким чином, виключається головний природний стимул процесу росту нижньої щелепи дитини, нижня щелепа не розвивається в довжину і не зміщується допереду, що призводить до формування прогнатичного прикусу пов'язаного з недорозвиненням нижньої щелепи та до значних порушень функцій порожнини рота. Стає неможливим відкушування їжі фронтальними зубами. Функція кусання їжі переміщується на бічні зуби. Наслідком цього є атрофія тканин пародонта фронтальної ділянки зубних дуг, надмірне навантаження на пародонт бічних ділянок зубних дуг. Утруднюється ковтання, жування, розвивається ротове дихання, спостерігається неправильна артикуляція мови та нечітка вимова звуків [3,19]. Ступінь деформації оклюзійної площини, величина сагітальної щілини у фронтальній ділянці, ступінь зменшення жувальної площі зубних рядів, а також відсутність медіодистального контакту в області перших постійних молярів впливає на характер жувальних рухів нижньої щелепи, а отже і на функцію жування.

Вестибулярне положення ікол дуже часто поєднане з нейтральним прикусом, що пов'язане

патологія концентрується переважно в передньому відділі, при цьому мезіо-дистальне співвідношення перших постійних молярів зберігається, виникає в результаті неправильної закладки фолікула або ранньою екстракцією тимчасових зубів, що в свою чергу і приводить до вестибулярного або піднебінного положення ікол [4,11].

Чимало уваги автори [4,17,25] приділяють шкідливим звичкам внаслідок чого відбувається зміщення постійних зубів, і можуть утворитися неправильні співвідношення між антагонуючими групами зубів, внаслідок смоктання великого пальця і звичка закушувати нижню губу відбувається підвищений механічний вплив на альвеолярні паростки, які формуються, це призводить або до затримки росту відповідної ділянки – фронтальний відділ нижньої зубної дуги, або до надмірного росту відповідно верхньої зубної дуги. Також велике значення має ослаблення дитячого організму інфекційними та іншими захворюваннями, часті запальні захворювання верхніх дихальних шляхів призводять до звички дихати ротом. При цьому нижня щелепа дитини зміщується дистально, язик опускається на дно порожнини рота, верхня щелепа, її альвеолярна частина і зубна дуга звужуються в бокових відділах і збільшується передньозадній її розмір. Формується прогнатичний прикус обумовлений звуженням в бічних ділянках і подовженням у фронтальній ділянці. Якщо у віці молочного прикусу відстає зростання верхньої щелепи, фізіологічне переміщення нижньої щелепи вперед наслідок вузької верхньої щелепи стає неможливим [22]. При цьому повноцінне прорізування верхніх ікол зводиться до мінімуму, оскільки місця у звужених щелепах для них немає. Ступінь деформації оклюзійної площини, величина сагітальної щілини у фронтальній ділянці, ступінь зменшення жувальної площі зубних рядів, а також відсутність медіодистального контакту в області перших постійних молярів впливає на характер жувальних рухів нижньої щелепи, а отже і на функцію жування [1,7,10,18].

Висновки. Отже, найбільш вагомим фактором ризику виникнення вестибулярного положення верхніх ікол є інфекційна деформація кортикальної пластинки альвеолярного відростка верхньої щелепи, як наслідок несвоєчасного або неефективного лікування ускладненого карієсу тимчасових молярів верхньої щелепи. Проте цей фактор є керованим. Рання діагностика та якісне своєчасне лікування уражень твердих тканин тимчасових зубів, усунення шкідливих звичок та раціональна гігієна ротової порожнини зведе до мінімуму ризик виникнення не тільки вестибулярного положення ікол, а і інших патологій прикусу.

Перспективи подальших досліджень. Виокремлення факторів ризику виникнення аномалій положення окремо стоячих зубів та керування ними в подальшому створять суттєві важелі для зниження поширеності ортодонтичної патології, що покращить стан органів порожнини рота.

Література

1. Аболмасов Н. Г. Ортодонтия. Учебн. Пособие / Н. Г. Аболмасов, Н. Н. Аболмасов. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 424 с.
2. Аникиенко А. А. Клиническое проявление и этиология нарушений прорезывания постоянных зубов / А. А. Аникиенко, Л. И. Камышева, М. Е. Рогова // Ортодонтия. 2000. – № 1-2. – С. 57-60.
3. Арсенина О. И. Ранние ортодонтические и ортопедические мероприятия в комплексном лечении пациентов с дефектами и деформациями нижней челюсти : автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14. 00. 21 «Стоматология» / О. И. Арсенина. – М., ЦНИИ стоматологии, 1998. – 34 с.
4. Беннет Д. Механика ортодонтического лечения техникой прямой дуги. Пер. с англ. / Д. Беннет, Р. Маклоулин / Под ред. П. С. Флиса, М. С. Дрогомирецкой. – Львов : Галдент, 2001. – 265 с.
5. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М.: Медицина, 2001. – 304 с.
6. Дистель В. А. Пособие по ортодонтии / В. А. Дистель, В. Г. Сунцов, В. Д. Вагнер. – Н. Новгород, Изд-во НГМА, Мед. кн., 2000. – 214 с.
7. Персин Л. С. Новый способ оценки размеров сегментов зубных рядов и диагностики их смыкания / Л. С. Персин, Г. В. Кузнецова, И. В. Попова, А. Язбек // Стоматология : Двумесичный научно-практический журнал. – 2003. – Т. 82, №4. – С. 64-66.
8. Персин Л. С. Ортодонтия : Лечение зубочелюстных аномалий. 2-е изд., перераб. / Л. С. Персин. – М.: ООО «Ортодент-Инфо», 1999. – 297 с.
9. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. Кн. 2 / Ф. Я. Хорошилкина, Л. С. Персин. – М.: ООО «Ортодент-Инфо», 1999. – 269 с.
10. Хорошилкина Ф. Я. Руководство по ортодонтии 2-е изд., перераб. и доп. / Ф. Я. Хорошилкина, З. М. Акодис, Г. А. Анжеркушян, О. И. Арсенина [и др.]. – М.: Медицина, 1999. – 798 с.
11. Хорошилкина Ф. Я. Рентгенологические исследования в ортодонтии: дополнительные возможности, улучшение качества диагностики и лечения / Ф. Я. Хорошилкина // Стоматология для всех. – 1999. – №2/3. 1. – С. 44-46.
12. Al-Omiri M. K. Factors affecting patient satisfaction after orthodontic treatment / M. K. Al-Omiri, E. S. Abu Alhaija // Angle Orthod. – 2006. – Vol. 76. – P. 1155-1158.
13. Bernabý E. Dental Esthetic Self-perception in Young Adults with and without Previous Orthodontic Treatment / E. Bernabý, V. D. Kresevic, S. C. Cabrejos, F. Flores-Mir, C. Flores-Mir // The Angle Orthodontist. – 2006. -Vol. 76, № 3. – P. 412-416.
14. Christensen J. R. Space maintenance in the primary dentition / J. R. Christensen, H. W. Fields // Pediatric dentistry: infancy through adolescence ed. 3. – Philadelphia, 1999. – P. 57-62.
15. Esa R. Epidemiology of malocclusion and orthodontic treatment need of 12-13-year-old Malaysian schoolchildren / R. Esa, E. Bernabý, V. D. Kresevic, S. C. Cabrejos, F. Flores-Mir // Community Dent Health. – 2001. -Vol. 18. – P. 31-36.
16. Gerlach, Y. G. Asymmetries in Kiefer-Gesichtsbereich / Y. G. Gerlach // Fortschr. Kiefer orthop. – 1968. – Vol. 9. – P. 436-540.
17. Gianelly A. A. Distal movement of the maxillary molars / A. A. Gianelly // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 1998. – Vol. 114. – P. 66-72.
18. Hamdan A. M. The relationship between patient, parent and clinician perceived need and normative orthodontic treatment need / A. M. Hamdan // Eur. J. Orthod. – 2004. – Vol. 26. – P. 265-271.
19. Kerosuo H. The need for treatment and satisfaction with dental appearance among young Finnish adults with and without a history of orthodontic treatment / H. Kerosuo, E. Kerosuo, M. Niemi, H. Simola // J. Orofac. Orthop. – 2000. -Vol. 6 I. – P. 330-340.
20. Lindauer S. Factors Influencing Applicant Ranking of Orthodontic Programs / S. Lindauer, M. D. Payne // The Angle Orthodontist. – 2006. – Vol. 76, № 1. – P. 84-91.
21. Matoula S. Skeletofacial Morphology of Attractive and Nonattractive Faces / S. Matoula, H. Pancherz // The Angle Orthodontist. – Vol. 76, № 2. – P. 204-210.
22. McNamara Jr, J. A. Orthodontics and Dentofacial Orthopedics / J. A. McNamara Jr, W. L. Brudon. – Ann. Arbor. Mich : Needham Press, 2001. – 234 p.
23. Oral Health Surveys : Basic Methods. 4th Edition. WHO. – Geneva, 2006. – 240 p.
24. Sillman J. H. Some aspects of individual dental development : longitudinal study from birth to 25 years / J. H. Sillman // Amer. J. Orthodont. – 2009. – Vol. 57, № I. – P. 1-25.
25. Welbury R. R. Pediatric dentistry / R. R. Welbury. – New-York : Oxford University Press, 2007. – 402 p.

УДК 616:31-08. 002. 51/52(-053. 2/. 8)

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕННЯ ВЕРХНІХ ІКОЛ

Клітинська О. В., Кричун О. О., Корнієнко Л. В.

Резюме. В статті представлений аналіз сучасної літератури щодо етіології виникнення вестибулярного положення ікол та визначення можливості їх попередження. Дефекти прикусу негативно впливають на красу посмішки та можуть призводити до розвитку таких патологій як деформації жувальних та м'яких тканин, розвиток захворювань тканин пародонта та ураження твердих тканин зубів.

Ключові слова: прикус, аномалії положення окремих зубів, ікла, вестибулярне положення зубів.

УДК 616:31-08. 002. 51/52(-053. 2/. 8)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВЕРХНИХ КЛЫКОВ

Клитинская О. В., Кричун О. А., Корниенко Л. В.

Резюме. В статье представлен анализ современной литературы относительно этиологии возникновения вестибулярного положения клыков и определение возможности их предупреждения. Дефекты прикуса негативно влияют на красоту улыбки и могут приводить к развитию таких патологий как деформации жевательных и мимических мышц, развитие заболеваний тканей пародонта и поражение твердых тканей зубов.

Ключевые слова: прикус, аномалии положения отдельных зубов, клыки, вестибулярное положение зубов.

UDC 616:31-08. 002. 51/52(-053. 2/. 8)

Clinical and Morphological Predictors of Vestibular Position of the Upper Canines

Klitinska O. V., Krychun O. O., Kornienko L. V.

Summary. The maxillomandibular tooth relationship when the mandible is in its terminal hinge position is fundamental in treatment planning. This tooth position is termed centric occlusion. Centric occlusion is fundamental to a study of the functional movements of the mandible and is related to all factors of occlusion. Dental anomalies are craniofacial abnormalities of form, function or position of the teeth. These range from missing or stained teeth to expressions of other, more complex disorders. Many dental anomalies are caused by inherited genetic defects or result from spontaneous genetic mutations. Dental deformities may also have environmental, traumatic or nutritional causes; these may also have an environmental, traumatic or nutritional causes; these may develop or become clinically apparent at any time during an individual's life. Defects bite or wrong interrelation of teeth affect the beauty of a smile, and may have more serious consequences, such as deformation of facial and masticatory muscles. Proper occlusion provides the appropriate load on all the teeth that prevents abnormal abrasion of teeth, clear pronunciation and proper chewing of food, preventing the occurrence of diseases of the gastrointestinal tract. Anomalies position of individual teeth the most common among all the anomalies of dentition. Vestibular position of individual teeth abnormalities related to the position of individual teeth, including a position usually occupied by canines or incisors. Canine vestibular provisions found in 29%. Canines play an important role in medical practice, they are involved in the formation of occlusion, depending on their location, which will have a profile view of the face, lips look and smile lines, and equally important is that when planning treatment they play a huge role in determining the functional loading. This anomaly may be associated with pathology bite or exist independently. Vestibular provisions may take the central and lateral incisors and canines often. This pathology is characterized by a significant aesthetic defect leads to abnormal occlusion and a risk factor for gingivitis.

The present complete prevention of malocclusions may be not be possible because of the genetic factors in its etiology, however, clinically many malocclusions are locally or environmentally induced and preventable to a large extent in the primary and mixed dentition stage. The principal strategy is to concentrate on primary and to some extent on the secondary levels of prevention. Therefore, the aim of this research is to analyze the etiological factors of vestibular position of the upper canine and the possibility of control risk factors and progression of orthodontic pathology. Determination of etiologic factors ensure proper selection and rational treatment that is no less important theoretical and practical issues of the day.

Thus, the most important risk factor for upper vestibular position of canines is infectious strain cortical plate of the alveolar process of the upper jaw as a result of delayed or ineffective treatment of complicated caries temporary molars of the upper jaw. However, this factor is manageable. Early diagnosis and prompt treatment quality of hard tissue lesions of deciduous teeth, eliminate bad habits and rational oral hygiene will minimize the risk of not only the vestibular position of canines, and other abnormalities, and malocclusion.

Key words: bite abnormalities position of individual teeth, fangs, teeth position vestibular.

Рецензент – проф. Куроедова В. Д.

Статья надійшла 17. 06. 2013 р.