

физкультурой и спортом, т. е. способствуют гиподинамией. Необходим дифференцированный подход к детям, имеющим шум в сердце, с его эхокардиографической расшифровкой. С одной стороны, как указывалось выше, погранично узкая аорта может обусловить напряжение, ослабление и даже срыв адаптации, однако с другой – освобождение от активных занятий физкультурой может оказаться необоснованным.

"Функционально узкая аорта" – это рабочий диагноз, который требует динамического наблюдения в периоде детства для расшифровки гетерохронии развития или формирования стеноза аорты.

УДК 616. 314. 2 – 007. 26 – 053. 2 – 08

Э.Р. Аипова, Н.Х. Хамитова (Казань). Изменение размеров зубных дуг в процессе лечения глубокого прикуса несъемной техникой в комбинации с аппаратом с наклонно-накусочными плоскостями

Глубокий прикус – это сложная аномалия зубочелюстной системы, вызывающая выраженные функциональные и морфологические нарушения в жевательном аппарате, а именно снижает эффективность жевания, приводит к перегрузке парадонта передних зубов и нередко травмирует слизистую оболочку полости рта, что ведет к возникновению и прогрессированию заболеваний пародонта. Поэтому диагностика и лечение глубокого прикуса до настоящего времени остаются в числе сложных и актуальных проблем ор-

тодонтии. К основным причинам, вызывающим эту патологию, относятся сужение и недоразвитие нижней челюсти. В настоящее время эффективными средствами для лечения любой ортодонтической патологии является несъемная ортодонтическая техника (эджуайс). Однако при лечении глубокого резцового перекрытия, резко выраженной кривой Шпее возникают трудности, особенно в случаях ретрузии резцов нижней челюсти.

Лечение становится более успешным при одновременном применении эджуайс-техники в сочетании с использованием съемной пластинки с накусочной площадкой. Из-за длительности и неудобства применения аппарата (в течение 6–8 мес) необходимы совершенствование конструкции с целью уменьшения его объема для удобства пользования, а также сокращения сроков ношения аппаратуры.

Уже более 30 лет для решения этой проблемы успешно применяется аппарат с пружинящими наклонно-накусочными плоскостями О.М. Башаровой. Ценностью этого аппарата является то, что плоскости создают функциональное и механическое действие на каждый зуб в отдельности, на альвеолярные отростки обеих челюстей по вертикальной плоскости, чем достигается быстрое и успешное устранение глубокого перекрытия.

Целью исследования являлась сравнительная оценка показателей контрольно-диагностических моделей (КДМ) челюстей при лечении глубокого прикуса с использованием верхнечелюстной пластинки с накусочной площадкой и нижнечелюстного аппара-

Изменение антропометрических параметров у детей с глубоким прикусом в процессе ортодонтического лечения

Параметры	До лечения	Через 4 мес, гр. 1	Через 4 мес, гр. 2	После лечения, гр. 1	После лечения, гр. 2	Показатели средней нормы
*Глубина резцового перекрытия, мм	7,9±0,3	5,6 ± 0,94	2,5± 0,83	2,8±0,37	2,2 ±0,29	2,4 ± 0,3
Ширина зуб. ряда в области 3/3 в.ч.	30,4±0,3	30,4±0,3	30,4±0,3	31,5±0,49	31,6±0,37	31,6±0,5
Ширина зуб. ряда в области 3/3 н.ч.	23,15±0,27	23,15±0,27	23,15±0,27	26,1±0,63	26,3±0,4	26,3±0,44
Ширина зуб. ряда в области 4/4 в.ч.	32,56±1,06	32,56±1,06	32,56±1,06	36,8±0,45	36,8±0,39	37,03±0,54
Ширина зуб. ряда в области 6/6 в.ч.	46,1±0,56	46,1±0,56	46,1±0,56	47,9±0,72	48,0±0,63	48,2±0,45
Ширина зуб. ряда в области 4/4 в.ч.	31,3±0,42	31,3±0,42	31,3±0,42	36,7±0,83	36,9±0,5	37,03±0,54
Ширина зуб. ряда в области 6/6 н.ч.	46,3±1,1	46,3±1,1	46,3±1,1	47,9±0,74	48,0±0,53	48,2±0,45
Длина переднего отрезка верхней челюсти, мм	15,07±0,26	15,07±0,26	15,07±0,26	18,0±0,71	18,0±0,53	18,3±0,47
* Длина переднего отрезка нижней челюсти, мм	13,31±0,64	13,9±0,26	16,0±0,61	15,7±0,69	16,2±0,61	16,3±0,52
Длина апикального базиса в./ч., мм	34,77±0,25	34,77±0,25	34,77±0,25	37,8±0,7	37,9±0,37	31,03±0,47
* Длина апикального базиса н./ч., мм	31,1±0,25	32,2± 0,47	37,6±0,81	37,3± 0,96	37,8± 0,47	37,9±0,55
Ширина апикального базиса в./ч., мм	40,4±0,68	40,4±0,68	40,4±0,68	42,2±0,52	42,3±0,38	42,4±0,5
Ширина апикального базиса н./ч., мм	32,3±1,64	32,3±1,64	32,3±1,64	36,8±0,73	36,9±0,49	37,1±0,45

* p < 0,05.

та с пружинящими наклонно-накусочными плоскостями в комбинации с несъемной техникой-эджуайс.

Для коррекции глубокого прикуса нами была применена несъемная ортодонтическая техника (эджуайс-техника) фирм "Forestadent" и "Кассис", аксессуары фирм "Dentaurum" (Германия), "Ormco" (США). Лечение пациентов проводилось с помощью техники прямой дуги, размер применяемого паза – 018. Под нашим наблюдением находились 50 школьников с глубоким прикусом (зубоальвеолярная форма) в возрасте 10–15 лет. В группу с глубоким прикусом отбирались соматически здоровые дети, не состоящие на диспансерном учете в медицинских учреждениях, имеющие интактный зубной ряд, интактный пародонт. Из них у 25 детей 1-й группы после фиксации несъемной ортодонтической техники на верхней челюсти нами использовался съемный аппарат – верхнечелюстная пластинка с традиционной накусочной площадкой. У 25 пациентов 2-й группы эджуайс-техника применялась в комбинации с нижнечелюстным аппаратом и пружинящими наклонно-накусочными плоскостями.

После фиксации несъемной ортодонтической техники (на этапе нивелирования) изготавливались аппараты на нижнюю челюсть с пружинящими наклонно-накусочными плоскостями во фронтальном отделе. Наклонно-накусочные плоскости упругие, лабильные и легко поддаются коррекции, при этом в момент смыкания зубы испытывают вертикальное давление. В норме при ортогнатическом прикусе нижние резцы находятся под углом 90° к нижнечелюстной плоскости. При глубоком прикусе наклон нижних резцов может быть различен (нормальный, протрузионный или ретрузионный). Важным моментом является возможность применения аппарата при ретрузионном наклоне нижних резцов – наклонные плоскости дают возможность первоначально скорректировать наклон резцов до нормального положения. После устранения глубокого прикуса происходила фиксация несъемной ортодонтической техники на нижнем зубном ряду для создания межчелюстных контактов и хорошей окклюзии. В конце лечения нами составлялся план ретенции и изготавливался ретенционный аппарат.

При измерении контрольно-диагностических моделей челюстей учитывали следующие параметры: глубину резцового перекрытия, мезио-дистальные размеры коронок резцов верхней и нижней челюсти, их суммы, ширину зубных дуг в области верхних и нижних клыков, разницу между этими размерами, ширину зубных дуг в области премоляров и моляров и ее индивидуальной нормы по Пону, длину переднего отрезка зубных дуг и ее индивидуальной нормы по Korkhaus, а также общую длину зубных дуг и ширину апикального базиса верхней и нижней челюстей по Haus – Снагиной (см. табл.).

Из таблицы видно, что при лечении глубокого прикуса предложенной аппаратурой в 1-й группе было достигнуто только статистически достоверное повышение высоты прикуса к завершению ортодонтического лечения. У пациентов 2-й группы нормализация высоты прикуса статистически достоверно произошла уже через 4 месяца после начала ортодонтического лечения. Кроме того, у пациентов 2-й группы при ретрузии резцов нижней челюсти за счет наклонной плоскости произошла их протрузия.

Таким образом, вышеописанные результаты свидетельствуют о возможности применения аппарата с пружинящими наклонно-накусочными плоскостями в комбинации с несъемной техникой для устранения глубокого прикуса.

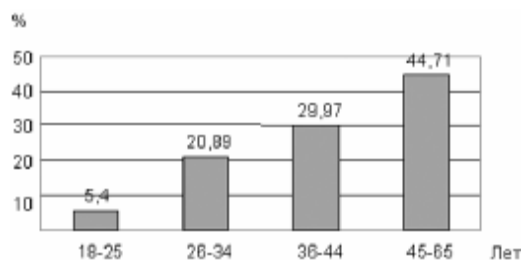
УДК 616.314 – 07

Е.Ю. Старцева (Казань). Распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов, развивающихся после их прорезывания

Некариозные поражения зубов представляют собой наиболее распространенную после кариеса группу заболеваний, которые зачастую приводят к прогрессирующей убыли эмали и дентина зуба, нарушению функции жевания, косметическому недостатку.

Целью нашего исследования являлось изучение распространенности различных форм некариозной патологии зубов, развившихся после их прорезывания.

Материалом исследования были 610 амбулаторных карт пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в поликлиники г. Казани по поводу лечения некариозных поражений зубов. В результате анализа данных амбулаторных карт были выделены возрастно-половые группы больных, представленные на рис.



Интенсивность некариозных поражений зубов в различных возрастных группах (среднее значение).

Согласно данным рисунка, очевиден неуклонный прирост некариозных поражений зубов, достигающий в старших возрастных группах весьма высокой распространенности – в среднем у каждого второго пациента. По результатам изучения содержания амбулаторных карт пациентов, леченных в стоматологических отделениях, была определена структура некариозных форм поражения твердых тканей зубов, развившихся после их прорезывания (см. табл.).

Таким образом, представленные материалы свидетельствуют о наличии разнообразных форм некариозных поражений в разных возрастных группах, причем преимущественно у женщин. Частота некоторых форм некариозной патологии (клиновидный дефект, гиперестезия зубов) весьма высокая, особенно в возрастной группе 45–65 лет.