

УДК 616.314.25/.26-053.5/.7

Головко Н.В., Хейдарі Мехді Хоссейн

ТИПИ РОСТУ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТІВ З ГЛИБОКИМ ПРИКУСОМ ТА РЕТРУЗІЄЮ ПЕРЕДНІХ ЗУБІВ У РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

В роботі представлений аналіз типів росту щелеп, в основі якого є визначення розмірів нижньощелепних кутів на ортопантомограмах у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів в трьох вікових групах.

Ключові слова: глибокий прикус, ретрузія передніх зубів, нижньощелепний кут, ортопантомографія, тип росту

Глибокий прикус – зубощелепна аномалія в вертикальній площині, яка характеризується збільшенням глибини різцевого перекриття з втраченою різуче-горбкового контакту. Його поширеність дуже варіабельна (17,8 - 51,0%), оскільки часто глибокий прикус (ГП) сполучається з аномаліями в сагітальній площині [1, 2].

Етіологія ГП вивчена недостатньо, його розвиток пов'язують з багатьма чинниками, серед яких є спадковість, редукція гілки нижньої щелепи, зменшення величини кутів нижньої щелепи та т.і.

При плануванні лікування глибокого прикусу, як і інших зубощелепних аномалій, важливе значення має визначення типу росту щелеп [3]. Напрямок росту нижньої щелепи визначають на бічних телерентгенограмах (ТРГ) голови, але це дослідження рекомендовано проводити з 12 - 14 років.

Біологічний статус дитини визначається ступенем наближеності до середніх значень відповідних показників у хронологічних ровесників. Сучасним дітям притаманний скачкоподібний ріст, обумовлений фазами інтенсивного росту та інтервалами. А.М.Белій (2007) [4] вважає, що найбільш активний ріст щелеп відбувається в період прорізування перших постійних молярів (від 5,5 до 8,5 років) як у дівчаток, так і у хлопчиків. Наступний період у дівчаток відбувається в 10—13 років, у хлопчиків – в 12-15 років. Визначають чотири періоди фізіологічного підйому висоти прикусу, які найбільш сприятливі для лікування глибокого прикусу. Перший відповідає завершенню прорізування тимчасових молярів, другий – прорізуванню перших постійних молярів, третій – триває протягом зміни бічних зубів (іклів та премолярів), четвертий відповідає прорізуванню третього постійного моляра [5]. Тобто періоди активного росту щелеп та підйому висоти прикусу співпадають.

Прогнозуванню основного напрямку росту нижньої щелепи стали приділяти увагу останні 10 років, оскільки ці дані мають велике теоретичне та практичне значення при виборі оптимальних термінів початку ортодонтичного лікування, тактики лікування та визначення кінцевого результату. А.В.Бюрк (1963, 1972), Э.Я.Варес (1969), R.Ricketts (1972) та інші [цитуються за 3]. виділяють три типи росту: нейтральний, вертикальний та горизонтальний. Rotraud R., Wilfred R. (2001) [6, 7] до існуючих додають комбінований тип росту. Особливо важливо це при плануванні лікування сагітальних та вертикальних аномалій прикусу.

В цьому контексті набуває важливого значення визначення типу росту в період зміни зубів. Німецькими авторами [6, 7] запропонована методика, яка дозволяє визначити тип росту на ортопантомограмах (ОПТГ). Орторадіальна панорама томографія або ортопантомографія широко застосовується як додатковий метод дослідження при діагностиці та плануванні лікування зубощелепних аномалій у дітей різного віку.

Тому метою дослідження стало визначення типу росту щелеп у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів у різні вікові періоди.

Об'єкт та методи дослідження. Проведене клінічне та рентгенологічне обстеження 57 пацієнтів віком від 6 до 22 років, які були поділені на три вікові групи згідно періодів формування прикусу: I група – ранній змінний прикус (6 – 9 років), II група – пізній змінний прикус (10-14 років), III група – постійний прикус (старші за 14 років).

Діагноз формулювали за класифікацією Л.П.Григор'євої (1986) [8], тип росту щелеп визначали на ортопантомограмах за величиною нижньощелепного кута (рис. 1).



Рис. 1. Визначення типу росту щелеп за розмірами нижньощелепних кутів

Пацієнт 14 років, комбінований тип росту - горизонтальний (величина правого нижньощелепного кута 116°) та нейтральний (величина лівого нижньощелепного кута 124°).

Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження показало (табл. 1), що глибокий нейтральний прикус (ГНП) спостерігався у 27 пацієнтів (47,37%), глибокий дистальний (ГНД) – у 30 (52,63%).

Таблиця 1

Розподіл обстежених за віком та видом глибокого прикусу

Віковий період	Вид глибокого прикусу	
	Глибокий нейтральний	Глибокий дистальний
I – ранній змінний прикус	8 – 44,44%	10 – 55,56%
II – пізній змінний прикус	8 – 44,44%	10 – 55,56%
III – постійний прикус	10 – 47,62%	11 – 52,38%
Всього	27 – 47,37%	30 – 52,63%

В I та II вікових групах кількість пацієнтів з ГДП була більшою на 11,12%, ніж пацієнтів з ГНП, в III – на 5,26%.

Тип росту нижньої щелепи визначають за величиною нижньощелепних кутів. Оскільки обличчю людини притаманна фізіологічна асимет-

рія в межах 2 мм, нами було проведено визначення асиметрії розмірів кутів нижньої щелепи у пацієнтів з ГП (таблиця 2); це дослідження має ще одне значення - визначення комбінованого типу росту.

Таблиця 2

Асиметрія нижньощелепних кутів пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів

Вікова група	Симетрія/асиметрія розмірів нижньощелепних кутів				
	Симетричні	Асиметрія в межах 1-2°	Асиметрія в межах 3-5°	Асиметрія в межах 5-10°	Асиметрія більша 10°
I	5	5	3	4	1
II	5	5	6	2	-
III	3	6	10	2	-
Всього	13	16	19	8	1
	29 – 50,88%		33,33%	14,04%	1,75%

Асиметрію в межах 1-2° ми вважали за фізіологічну, таким чином у 29 пацієнтів (50,88%) із 57 обстежених з ГП визначена симетричність розмірів нижньощелепних кутів; у 19 (33,33%) – асиметрія в межах 3-5°; у 8 (14,04%) – в межах 5-10° та у 1 (1,75%) асиметрія була більшою за 10°.

Величина нижньощелепного кута $123 \pm 5^\circ$ свідчить про нейтральний тип росту, більша за 128° - про вертикальний, менша за 118° - про горизонтальний; комбінованим вважають такий тип рос-

ту, за якого розміри лівого та правого нижньощелепних кутів відповідають різним типам.

Аналіз типів росту на ортопантомограмах пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів показав (табл. 3), що переважав нейтральний тип, який визначено при ГНП та ГДП відповідно у 16 (28,07%) та 15 (26,31%) обстежених; різниця в поширеності нейтрального типу росту у пацієнтів з ГНП а ГДП склала 1,76%.

Таблиця 3 Тип росту пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів

Вікова група/кількість обстежених	Тип росту							
	нейтральний		вертикальний		горизонтальний		комбінований	
	ГНП	ГДП	ГНП	ГДП	ГНП	ГДП	ГНП	ГДП
I група (18)	5	6	-	-	-	-	4	3
II група (18)	3	6	-	-	2	-	2	5
III група (21)	8	3	2	1	2	3	-	2
Всього	16 – 28,07%	15 – 26,31%	2 – 3,52%	1 – 1,75%	4 – 7,01%	3 – 5,27%	6 – 10,53%	10 – 17,54%
	31 – 54,38%		3 – 5,27%		7 – 12,28%		16 – 28,07%	

Вертикальний тип росту, сприятливий для лікування глибокого прикусу визначено у 3 (5,27%) обстежених; горизонтальний – у 7 (12,28%), комбінований – у 16 (28,07%). Причому, сполучення нейтрального та горизонтального типів визначено у 9 (15,79%) обстежених, нейтрального та вертикального – у 7 (12,28%).

Аналіз типу росту відносно віку показав наступне: нейтральний тип росту є превалюючим в усіх вікових групах. Його поширеність найбільша в I віковій групі – 61,11%, зменшується з віком і II та III групах становить відповідно 50,0% та 52,38%. Поширеність вертикального типу росту, не визначеного в I та II вікових групах, в III становить лише 14,28%. Горизонтальний тип росту

не визначено у пацієнтів I вікової групи, з віком його поширеність зростає на 12,27. Поширеність комбінованого типу росту з віком зменшується з 38,89 до 9,52%.

В I віковій групі (період раннього змінного прикусу, 6-9 років) у 11 пацієнтів визначався нейтральний (61,11%) тип росту; у 7 (38,89%) – комбінований. Сполучення нейтрального та горизонтального типів, нейтрального на вертикального визначено відповідно у 3 (16,67%) та у 4 (22,22%). Вертикальний та горизонтальний тип – не визначено. В II віковій групі (пізній змінний прикус, 10-14 років) також не спостерігався вертикальний ріст, зменшилася кількість пацієнтів з нейтральним типом росту на 11,11%, у 2 обсте-

жених (11,11%) визначено горизонтальний тип росту, у 7 (38,89%) – комбінований. Сполучення нейтрального та горизонтального типів, нейтрального на вертикального було таким, як і в I групі - 3 (16,67%) та у 4 (22,22%). В III віковій групі (період постійного прикусу - пацієнти старші за 14 років) визначено всі типи росту: нейтральний – у 11 (52,38) обстежених, вертикальний – у 3 (14,29%), горизонтальний – у 5 (23,81%), комбінований – у 2 (9,52%).

Таким чином, можна зробити наступні висновки: у пацієнтів з глибоким прикусом та ретрузією передніх зубів визначено:

– нейтральний тип росту превалює в усіх вікових групах,

– вертикальний тип росту, сприятливий для лікування глибокого прикусу, спостерігається у 5,27% пацієнтів III вікової групи,

– сполучення нейтрального та вертикального типів росту визначено у 7 (12,28%) I та II вікових груп.

Література

1. Алимский А.В. Мониторинг эпидемиологии стоматологических заболеваний у детей / А.В.Алимский А.В. // Материалы VIII ежегодного научного форума «Стоматология 2006». – М, 2006. – С. 332-334.
2. Зубкова Л.П. Распространенность глубокого прикуса / Л.П. Зубкова // Вісник стоматології. – 1997. – № 1. – С. 111-114.
3. Малыгин Ю.М. Дифференциация основного направления роста челюстей при глубоком прикусе и ее значение для планирования и прогнозирования результатов ортодонтического лечения / Ю.М.Малыгин, А.В. Берсенов // Ортодонтия. – 2006. – №1 (33). – С.8-11.
4. Белый А.М. Лечение дистального прикуса функционально-действующими ортодонтическими аппаратами / А.М.Белый // Новое в стоматологии. – 2007. – №1. – С.3-40.
5. Руководство по ортодонтии / Под редакц. Ф.Я. Хорошилкиной. – М.: Медицина, 1999. – С.66-78.
6. Zschke C. Zur metrischen Analyse von Panorama-Röntgenbildern / C. Zschke, P.M. Schopf // Fortschr.Kieferorthop. – 1975. V. 36. – P.231-243.
7. Rotraut R. Die Unterkieferstruktur in der Panorama-Schichtaufnahme-ein Maß für die Beurteilung der funktionalen Harmonie / R. Rotraut, R. Wilfred // Fortschr.Kieferorthop. – 2001. V. 15. – P. 353-356.
8. Головкин Н.В. Ортодонтия. Развитие прикуса. Диагностика зубочелюстных аномалий. Ортодонтический диагноз. / Головкин Н.В. – Винница: Нова книга, 2008. – С.187-188.

Реферат

ТИПЫ РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ И РЕТРУЗИЕЙ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Головкин Н.В., Хейдари Мехди Хоссейн

Ключевые слова: глубокий прикус, ретрузия передних зубов, нижнечелюстной угол, ортопантомография, тип роста

В статье представлен анализ типов роста челюстей, основанный на измерении нижнечелюстных углов на ортопантомограммах у пациентов с глубоким прикусом и ретрузией передних зубов в трех возрастных группах.

Summary

TYPES OF JAW GROWTH IN PATIENTS WITH DEEP BITE AND RETRUSION OF FRONT TEETH AT DIFFERENT AGE PERIODS

Golovko N.V., Heydari Mehdi Hosseyn

Keywords: deep bite, retrusion of front teeth, mandibular angle, orthopantomography, growth type.

This article focuses on the analysis of types of jaw growth based on the measuring of mandibular angle with orthopantomograms in patients with deep bite and retrusion of front teeth in three age groups.

УДК 616.314-004-08-74

Коваленко В.В., Оджубейська О.Д., Король Д.М.

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІДВИЩЕНОЇ ЧУТЛИВОСТІ ПРЕПАРОВАНИХ ВІТАЛЬНИХ ЗУБІВ ПРЕПАРАТАМИ FTORCALCIT - D ТА FTORCALCIT – E

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Авторами представлені результати дослідження реакції пульпи вітальних зубів на препарування під незнімні конструкції зубних протезів. Встановлено, що застосування вітчизняних препаратів Ftoralcitol – D і Ftoralcitol – E (фірма «Латус», м Харків) при лікуванні підвищеної чутливості препарованих зубів шляхом мінералізації зубів дозволяє повністю або частково знизити гіперестезію.

Ключові слова: гіперчутливість, препарування зубів, захисні препарати.

Вивчено ефективність лікування підвищеної чутливості твердих тканин препарованих зубів під металокерамічні та суцільнолітні конструкції зубних протезів препаратами Ftoralcitol - D та Ftoralcitol – E. Призначенням цих препаратів є захист пульпи та дентину препарованих зубів, які покриваються штучними коронками.

Незмінні конструкції у загальній структурі всіх зубних протезів становлять 70 - 80%, їх розповсюдженість у 3 рази більша, ніж знімних.

Однак, ці показники не відтворюють картину повторних звертань у клініку. Існує багато причин нетривалого користування незнімними конструкціями зубних протезів. Виготовлення мета-