

ПРОГНОЗ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ

PROGNOSIS FOR TREATMENT OF ORTHODONTIC PATIENTS WITH DEEP OVERBITE

N. Pilipenko

Summary. The article presents data on the possibility of predicting the results of orthodontic treatment of various forms of deep occlusion on the basis of an analysis of the protocols for determining the severity of morphological disorders and the difficulty of their elimination, and protocols for analyzing X-ray data.

Keywords: orthodontic treatment, deep overbite, morphological abnormalities, growth type, treatment forecast.

Пилипенко Надежда Дмитриевна

Аспирант, ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
dr.npilipenko@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены данные о возможности прогнозирования результатов ортодонтического лечения различных форм глубокого прикуса на основании анализа протоколов определения степени выраженности морфологических нарушений и степени трудности их устранения и протоколов анализа данных рентгенологических исследований.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, глубокий прикус, морфологические нарушения, тип роста, прогноз лечения.

Частота зубочелюстных аномалий с начала изменения временных зубов до завершения формирования постоянного прикуса по данным различных авторов колеблется в пределах от 50 до 82% [1–2].

Наиболее сложными с точки зрения получения стабильных в течение длительного времени результатов ортодонтического лечения являются вертикальные аномалии прикуса [3].

Эпидемиологии вертикальных аномалий прикуса изучали в разные годы, согласно проанализированным публикациям глубокий прикус встречается в среднем в 51,0 + 1,4% обследованных, причем распространенность глубокого нейтрального прикуса составляет 17,6%, глубокого дистального — 28,9%, а глубокого мезиального — 4,5% [4, 5].

Глубокий прикус — зубочелюстная аномалия, которая кроме увеличения глубины резцового перекрытия характеризуется сложным комплексом морфологических нарушений эстетики лица и прикуса: уменьшением высоты нижней части лица; изменением размеров и формы зубных рядов; аномалиями расположения отдельных или групп зубов, нарушением соотношения зубных рядов.

Клинические проявления и степень тяжести морфологических, функциональных и эстетических нарушений при глубоком прикусе зависит от его сочетания с аномалиями в сагиттальной (дистальное и мезиальное) и / или трансверзальной плоскости.

Обращения за предоставлением ортодонтической помощи пациентами с глубоким прикусом по данным литературы колеблется в пределах от 18% до 43,4% [3]. За время существования ортодонтии было разработано много различных методов коррекции глубокого прикуса, но несмотря на этот факт универсального метода лечения этой аномалии не существует [2].

По настоящее время остаются актуальными вопросы совершенствования различных методов диагностики глубокого прикуса (клинических, антропометрических, рентгенологических, функциональных), анализ которых создает возможности не только оценки степени морфологических, функциональных и эстетических нарушений, но и прогнозирования результатов лечения.

Цель исследования

Определение прогноза лечения различных форм глубокого прикуса.

Материалы и методы исследования

На основании изучения контрольнодиагностических моделей челюстей (КДМ), ортопантомограмм (ОПТГ) и боковых телерентгенограмм (ТРГ) 152 пациентов с различными формами глубокого прикуса в возрасте от 9 до 27 лет нами разработаны протоколы определения степени трудностей ортодонтического лечения, анализа ОПТГ и боковых ТРГ, с помощью которых определяли прогноз ортодонтического лечения.

Результаты исследования
и их обсуждение

Популярность взрослой ортодонтии в последние годы возросла благодаря более сознательному отношению общества к своему здоровью. Хорошие, ровные, здоровые зубы — это уровень культуры современного человека. За последние годы контингент пациентов, обращающихся к ортодонту, значительно изменился — примерно 40% составляют взрослые пациенты. Независимо от возраста пациентов существуют две цели ортодонтического лечения — создание физиологической окклюзии и улучшения внешнего вида.

Прогноз (от греческого — предвидение) — обоснованное суждение о возможном состоянии объекта в дальнейшем или альтернативных путях и сроках достижения данного состояния. Прогнозирование результатов лечения зубочелюстных аномалий в целом и вертикальных аномалий прикуса — сложный процесс, который зависит от таких факторов как:

- ◆ мотивация к лечению;
- ◆ реактивность ортодонтического пациента с учетом возраста, конституции, типа роста челюстно-лицевой области и т.д.;
- ◆ этиологических факторов, которые способствовали развитию аномалии прикуса, особенно тех, которые действуют и на момент обращения;
- ◆ возможность наследования отдельных признаков строения челюстно-лицевой области;
- ◆ наличие аномалий прикрепления мягких тканей полости рта;
- ◆ расположение языка;
- ◆ степень морфологических, функциональных и эстетических нарушений.

С целью определения степени морфологических нарушений и прогнозирования результатов лечения ортодонтических пациентов с глубоким прикусом широко применяют клинический, биометрический и рентгенологические методы исследования.

С помощью клинического метода исследования (обзор и анализ клинических фотографий), биометрии КДМ челюстей определяли степень проявления эстетических и морфологических нарушений, степень тяжести их устранения, учитывая 9 групп показателей. Так, в группе исправления формы и размеров зубных рядов наиболее сложными считали четырехугольную и седловидную формы, устранение которых оценивалось в 5 баллов, и удлинение или укорочение зубного ряда до 5 мм. Наиболее тяжелым является устранение фронтальной недостаточности более 4 мм и общей недостаточности более 6,5 мм.

При оценке возможности исправления аномалий расположения отдельных и / или групп зубов учитывали количество и группу зубов подлежащих перемещению; направление, вид и величину перемещения в мм; вид опоры, применяемой для перемещения. Наиболее сложными считали перемещения моляров, перемещение корпусное и с поворотом вокруг оси и на расстояние больше чем 5 мм.

Наиболее сложными в плане изменения вертикальных параметров зубочелюстного участка считали зубоальвеолярное удлинение в области боковых зубов более 5 мм; при изменении расположения нижней челюсти — ее дистальное смещение.

Оценку мер по устранению морфологических нарушений при различных формах глубокого прикуса осуществляли по пятибалльной системе. После суммирования баллов определяли степень трудности ортодонтического лечения:

- ◆ лечение I степени трудности (простое лечение) — до 27 баллов;
- ◆ лечение II степени трудности (лечение средней трудности) — от 28 до 40 баллов;
- ◆ лечение III степени трудности (трудное лечение) — от 41 до 54 баллов;
- ◆ лечение IV степени трудности (очень трудное лечение) — от 55 баллов и больше.

Приводим пример прогнозирования результатов ортодонтического лечения пациентки М., 14 лет по оценке клинических фотографий и биометрии КДМ челюстей.

Пациентка М. 14 лет. Диагноз: Глубокий дистальный прикус со скученностью верхних и нижних передних зубов больше III степени, сужение верхнего зубного ряда в области зубов 14–24 на 7,5 мм, в области 16–26 на 6,2 мм, укорочение переднего участка на 2,0 мм, фронтальная недостаточность 9,5 мм; сужение нижнего зубного ряда в области зубов 34–44 на 5,8 мм, в области 36–46 на 6,8 мм, укорочение переднего участка на 5,5 мм, фронтальная недостаточность 11,0 мм.

Пациентка нуждается в лечении IV степени трудности — 69 баллов, планируется комбинированный метод лечения (аппаратурный, хирургический и функциональный), длительность лечения 37 мес., Продолжительность ретенционного периода — в 1,5–2 раза больше продолжительности периода активного ортодонтического лечения.

При анализе результатов рентгенологических методов исследования (ОПТГ и ТРГ) основное внимание уделялось оценке вертикальных параметров челюстно-лицевой области и определению типа роста (рис. 1,

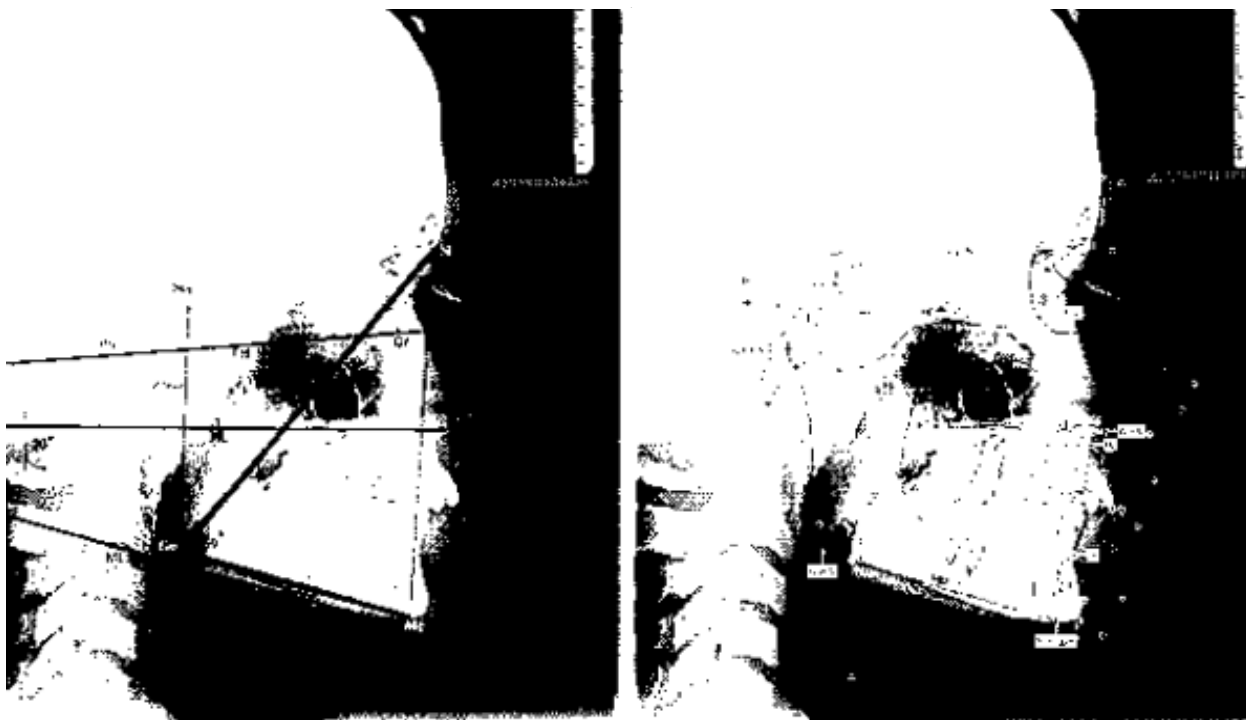


Рис. 1. Анализ боковой ТРГ с контрастированием языка: нормальное соотношение высоты средней и нижней части лица, длины тела и высоты ветви нижней челюсти; соединительная форма глубокого дистального прикуса; комбинированный тип роста (нейтральный и вертикальный); низкое расположение спинки языка, расположение кончика языка между первым клыком и премоляром
Прогноз лечения благоприятный при условии изменения положения языка.



Рис. 2. Анализ ОПТГ: зубоальвеолярное удлинение в области нижних передних зубов, комбинированный тип роста (нейтральный и вертикальный). Прогноз по изменению высоты прикуса благоприятный вывод

2). Горизонтальный тип роста считают неблагоприятные для лечения глубокого прикуса.

Таким образом, применение протокола «Определение степени трудностей ортодонтического лечения глубокого прикуса» и анализ рентгенологических методов исследования (ортопантомографии и боковой телерент-

генографии с контрастированием языка) позволит количественно оценить морфологические и функциональные изменения, которые происходят в зубочелюстной области, что в свою очередь позволит определить прогноз, продолжительность ортодонтического лечения и сроки ретенционного периода и количество посещений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий. — М.: Медицина, 2004. — 356 с.
2. Рубникович С. П., Кузьменко Е. В., Денисова Ю. Л., Богинский О. Ю., Андреева В. А., Тимчук Я. И. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций среди населения школьного возраста г. Витебска // *Стоматолог*. Минск. — 2018. — № 4 (31). — С. 39–43.
3. Жулев Е. Н., Ершов П. Э., Ершова О. А. Влияние дистального смещения нижней челюсти на развитие постуральной патологии // *Стоматология*. — 2018. — Т. 97. — № 5. — С. 71–74.
4. Хорошилкина Ф. Я. Профилактика и комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и анализ достигнутых результатов /Ф.Я.Хорошилкина // *Матер. VII Междунар. конф. челюстнолицевых хирургов и стоматологов*. — СПб, 2002. — С. 155
5. Фадеев Р. А., Тимченко В. В. Поиск оптимальной окклюзионной плоскости у пациентов с вертикальными зубочелюстными аномалиями// *Институт стоматологии*. — 2016. — № 1 (70). — С. 50–53.

© Пилипенко Надежда Дмитриевна (dr.npilipenko@yandex.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России