

**ПРОГНОЗ ЛІКУВАННЯ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ГЛИБОКИМ ПРИКУСОМ**

Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія”

В статті представлені дані про можливість прогнозування результатів ортодонтитичного лікування різних форм глибокого прикусу на підставі аналізу протоколів визначення ступеня виразності морфологічних порушень та ступеня труднощів їх усунення і протоколів аналізу даних рентгенологічних досліджень (ортопантомографій та бічних телерентгенографій).

Ключові слова: глибокий прикус, морфологічні порушення, тип росту, прогноз лікування

Частота зубощелепних аномалій з початку зміни тимчасових зубів до завершення формування постійного прикусу за даними різних авторів коливається в межах від 50 до 82% [1-2]. Найбільш складними з точки зору отримання стабільних протягом тривалого часу результатів ортодонтитичного лікування є вертикальні аномалії прикусу [3].

Епідеміологію вертикальних аномалій прикусу вивчали у різні роки, згідно проаналізованим публікаціям глибокий прикус зустрічається в середньому у  $51,0 \pm 1,4\%$  обстежених, причому поширеність глибокого нейтрального прикусу складає 17,6%, глибокого дистального – 28,9%, а глибокого мезіального – 4,5% [4, 5].

Глибокий прикус – зубощелепна аномалія, яка окрім збільшення глибини різцевого перекриття характеризується складним комплексом морфологічних порушень естетики обличчя та прикусу: зменшенням висоти нижньої частини обличчя, поглибленням губно-підпорідної борозни; зміною розмірів та форми зубних рядів, аномалійним розташування окремих або груп зубів, порушенням співвідношення зубних рядів.

Клінічні прояви та ступінь тяжкості морфологічних, функціональних та естетичних порушень при глибокому прикусі залежить від його сполучення з аномаліями у сагітальній (дистальним та мезіальним) та/або трансверзальній площині.

Звертання за наданням ортодонтитичної допомоги пацієнтам з глибоким прикусом за даними літератури коливається в межах від 18% до 43,4% [3]. За час існування ортодонції було зроблено багато різних методів корекції глибокого прикусу, але незважаючи на цей факт універсального методу лікування цієї аномалії не існує [6]. По сей час залишаються актуальними питання удосконалення різних методів діагностики глибокого прикусу (клінічних, антропометричних, рентгенологічних, функціональних), аналіз яких створює можливість не тільки оцінки ступеня морфологічних, функціональних та естетичних порушень але й прогнозування результатів лікування, що планується.

**Мета дослідження**

Визначення прогнозу лікування різних форм глибокого прикусу.

**Об'єкт та методи дослідження**

На підставі вивчення контрольно-діагностичних моделей щелеп (КДМ), ортопантомограм (ОПТГ) та бічних телерентгенограм (ТРГ) 160 пацієнтів з різними формами глибокого прикусу віком від 6 до 25 років ми розробили протоколи визначення ступеня труднощів ортодонтитичного лікування, аналізу ОПТГ та бічних ТРГ, за допомогою яких визначали прогноз ортодонтитичного лікування.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Прогноз (від грецького – передбачення) – обґрунтоване судження про можливий стан об'єкта в наступному або альтернативних шляхах та термінах досягнення цього стану [7, 8]. Прогнозування результатів лікування зубощелепних аномалій (ЗЩА) в цілому та вертикальних аномалій прикусу – складний процес, який залежить від таких факторів як:

- мотивація до лікування;
- реактивність ортодонтитичного пацієнта з урахуванням віку, конституції, типу росту щелепно-лицевої ділянки та т.і.;
- етіологічних чинників, які сприяли розвитку аномалії прикусу, особливо ті, що діють на момент звертання;
- можливість успадкування окремих ознак будови щелепно-лицевої ділянки;
- наявність аномалій прикріплення м'яких тканин порожнини рота;
- розташування язика;
- ступінь морфологічних, функціональних та естетичних порушень.

З метою визначення ступеня морфологічних порушень та прогнозування результатів лікування ортодонтитичних пацієнтів з глибоким прикусом широко застосовують клінічний, біометричний та рентгенологічні методи дослідження.

За допомогою клінічного методу дослідження (огляд та аналіз клінічних фотографій), біометрії КДМ щелеп визначали ступінь прояву естетичних та морфологічних порушень, ступінь тяжкості їхнього усунення, враховуючи 9 груп показників. Так, в групі виправлення форми та розмірів зубних рядів найбільш складними вважали чотирикутну та сідлоподібну форми, усунення яких оцінювалося у 5 балів, та подовження або вкорочення зубного ряду до 5 мм. Найбільш важким

є усунення фронтальної недостатності більше 4 мм та загальної недостатності більше 6,5 мм.

При оцінюванні можливості виправлення аномалійного розташування окремих та/або груп зубів враховували кількість та групу зубів, що підлягають переміщенню; напрямок, вид та величину переміщення в мм; вид опори, що застосовується для переміщення. Найбільш складними вважали переміщення молярів, переміщення корпусне та з поворотом навколо осі та на відстань більшу ніж 5 мм.

Найбільш складними в плані зміни вертикальних параметрів зубощелепної ділянки вважали зубоальвеолярне подовження в ділянці бічних зубів більше 5 мм; при зміні розташування нижньої щелепи – її дистальне зміщення.

Оцінку заходів щодо усунення морфологічних

порушень при різних формах глибокого прикусу здійснювали за п'ятибальною системою. Після підсумовування балів визначали ступінь труднощів ортодонтичного лікування:

- лікування I ступеня труднощів (просте лікування) – до 27 балів;
- лікування II ступеня труднощів (лікування середньої трудности) – від 28 до 40 балів;
- лікування III ступеня труднощів (трудне лікування) – від 41 до 54 балів;
- лікування IV ступеня труднощів (дуже трудне лікування) - від 55 балів та більше.

Приводимо приклад прогнозування результатів ортодонтичного лікування пацієнтки М., 14 років прикусу за оцінкою клінічних фотографій та біометрії КДМ щелеп (рис. 1)

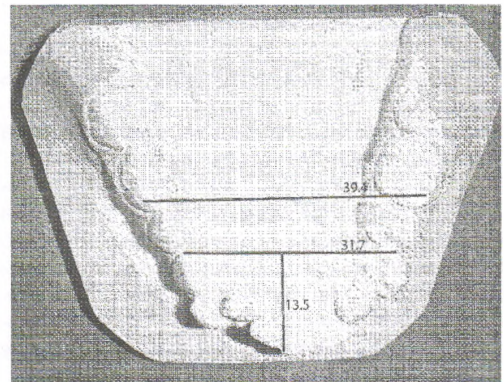
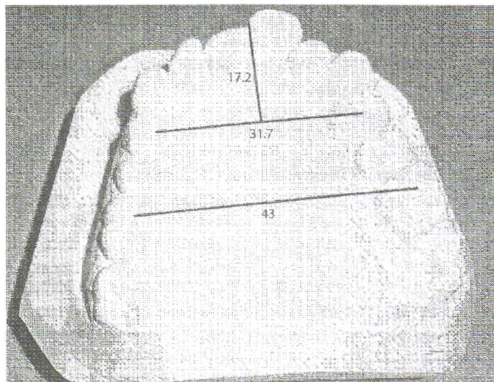
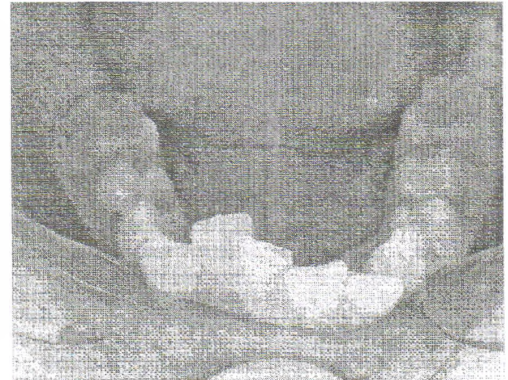
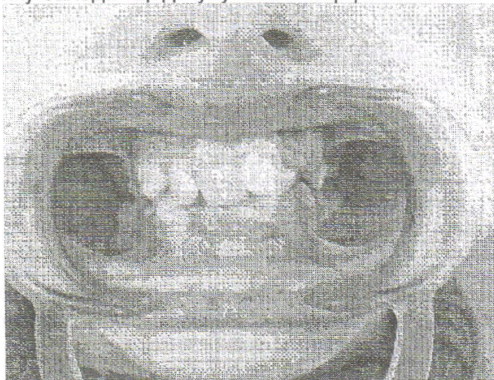


Рис. 1. Пацієнтка М. 14 років. Діагноз: Глибокий дистальний прикус зі скупченістю верхніх і нижніх передніх зубів більше III ступеня, звуження верхнього зубного ряду в ділянці зубів 14-24 на 7,5 мм, в ділянці 16-26 на 6,2 мм, вкорочення передньої ділянки на 2,0 мм, фронтальна недостатність 9,5 мм; звуження нижнього зубного ряду в ділянці зубів 34-44 на 5,8 мм, в ділянці 36-46 на 6,8 мм, вкорочення передньої ділянки на 5,5 мм, фронтальна недостатність 11,0 мм.

Пацієнтка потребує лікування IV ступеня труднощів - 69 балів, планується комбінований метод лікування (апаратурний, хірургічний та функціональний), тривалість лікування 37 міс., тривалість ретенційного періоду – у 1,5-2 рази більша за тривалість періоду активного ортодонтичного лікування.

Під час аналізу результатів рентгенологічних методів дослідження (ОПТГ та ТРГ) основна увага приділялася оцінці вертикальних параметрів щелепно-лицевої ділянки та визначенню типу росту (рис. 2, 3). Горизонтальний тип росту вважають неблагодієвим для лікування глибокого прикусу.

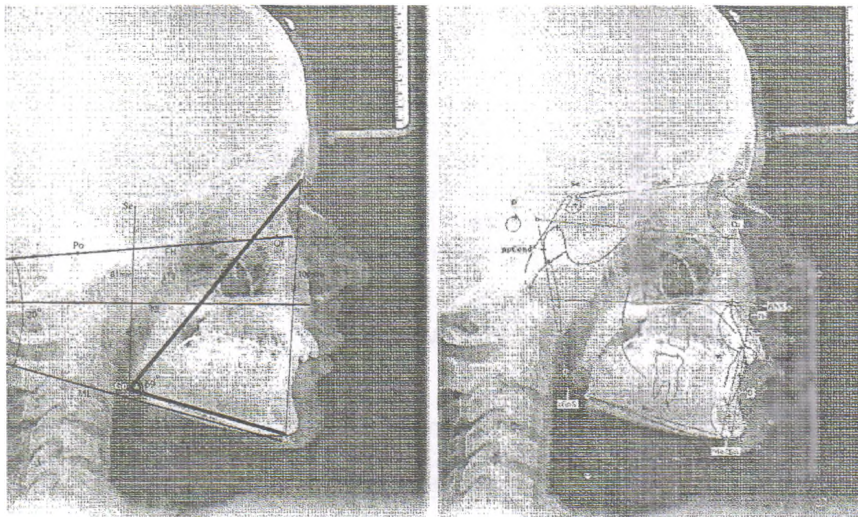


Рис. 2. Аналіз бічної ТРГ з контрастуванням язика: нормальне співвідношення висоти середньої та нижньої частини обличчя, довжини тіла та висоти гілки нижньої щелепи; сполучна форма глибокого дистального прикусу (значна і зубоальвеолярна); комбінований тип росту (нейтральний та вертикальний); низьке розташування спинки язика, розташування кінчика язика між першим іклом та премоляром

Прогноз лікування благоприємний при умові зміни розташування язика.

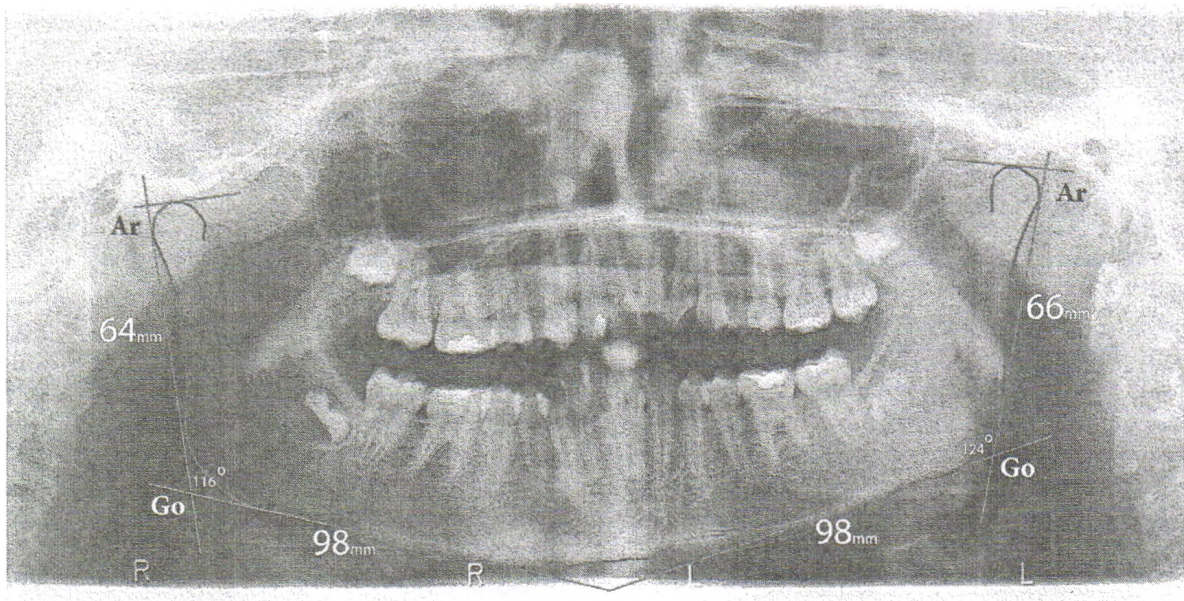


Рис. 3. Аналіз ОПТГ: постійний прикус, що формується; зубоальвеолярне подовження в ділянці нижніх передніх зубів, комбінований тип росту (нейтральний та вертикальний). Прогноз щодо зміни висоти прикусу благоприємний

### Висновок

Таким чином, застосування протоколу „Визначення ступеня труднощів ортодонтичного лікування глибокого прикусу” та аналіз рентгенологічних методів дослідження (ортопантомографії та бічної телерентгенографії з контрастуванням язика) дозволить кількісно оцінити морфологічні та функціональні зміни, які відбуваються в зубощелепній ділянці, що в свою чергу дозволить визначити прогноз, тривалість ортодонтичного лікування та терміни ретенційного періоду; кількість відвідувань, що плануються та витрат трудових одиниць.

### Література

1. Алимский А.В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы у

школьников / А.В. Алимский // *Стоматология*. – 2008. – № 5. – С. 67-71.

2. Фетісова Г.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості та структури зубощелепних аномалій серед населення м. Полтави та Полтавської області / Г.Л. Фетісова, М.В. Трофименко, Г.Є. Карасюнок, О.М. Нестеренко // *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. – 2008. – Т. 8, вип. 3 (32). – С. 179-180.
3. Петрова Ю.К. Эффективность результатов лечения глубокого прикуса / Ю.К.Петрова // *Сб. „Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспектива ее развития”. Тезисы докладов I Всесоюз. ортодонт. конф.* – Полтава, 1990. – С.64
4. Хорошилкина Ф.Я. Профилактика и комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и анализ достигнутых результатов /Ф.Я.Хорошилкина // *Матер. VII Междунар.конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*. – СПб, 2002. – С.155
5. Гришина А.П. Клиническая картина и лечение глубокого прикуса / А.П.Гришина // *Стоматология*. – 2009. – № 1. – С.54-57.
6. Равиндра Н. Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии / Равиндра Н. – М.: „МЕДпресс-информ”, 2009. – 145 с.
7. Новый словарь иностранных слов. – М.: Современный литератор, 2005. – 1088 с.
8. Ілюстрований медичний словник Дорланда. Англо-український словник. – Львів: Видавничий дім «Наутітус», 2002. – С. 2688.

## Реферат

## ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМ ПРИКУСОМ

Головко Н.В., Хайдари Мехди Хоссейн

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

В статье представлены данные о возможности прогнозирования результатов ортодонтического лечения разных форм глубокого прикуса на основании анализа протоколов определения степени выраженности морфологических нарушений и степени трудности их устранения и протоколов анализа данных рентгенологических исследований (ортопантомография и боковая телерентгенография).

## Summary

## PROGNOSIS FOR TREATMENT OF ORTHODONTIC PATIENTS WITH DEEP OVERBITE

Holovko N.V., Hiydari Mekhdi Hossayn

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

This paper presents the data on possibility for forecasting results of orthodontic treatment of different forms of deep overbite. This forecasting is grounded on the analysis of reports in which the definition of intensity of morphological abnormalities and the difficulties in their elimination are presented as well as the reports with the analysis of X-ray investigations.

УДК: 616.31-002.3-085.242

**Грецьких Е.В., Сторожева М.В.****ВЛИЯНИЕ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Харьковский национальный медицинский университет

В статье приведены результаты сравнительного изучения цитогрaмм у больных с острыми гнойными периоститами альвеолярных отростков челюстей и флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации в зависимости от сроков течения патологического процесса и применяемых методов медикаментозной терапии. В данной работе представлены преимущества использования сорбента «Энтеросгель», антигемотоксического препарата «Лимфомиазот Н» при лечении гнойных ран у пациентов с неотягощенным соматическим анамнезом.

Ключевые слова: периостит, флегмона, сорбент, антигемотоксический препарат, цитология.

Гнойное воспаление относится к экссудативной форме воспалительного процесса, при котором в экссудате преобладают как живые, так и погибшие нейтрофилы, содержащие различные активные ферменты. При полном разрушении лейкоцитов и выходе в очаг воспаления протеолитических ферментов происходит разрушение окружающих тканей, которые затем служат питательным субстратом для патогенной микрофлоры. Поэтому воспалительный процесс в фазе нагноения требует хирургического вмешательства с целью обеспечения оттока гнойного экссудата, удаления нежизнеспособных тканей и уменьшения микробного числа в очаге воспаления для ускорения процесса пролиферации [1,2,10].

В группе способов локального лечения инфицированных ран особое место занимают препараты, обладающие адсорбирующими свойствами, сорбенты. Во время проведения аппликационной сорбции происходит извлечение токсических метаболитов и продуктов некролиза при прямом контакте с пораженной поверхностью. Препарат «Энтеросгель» хорошо себя зарекомендовал при экзоприменении, уменьшая реактивные проявления воспаления в области послеоперационной раны за счет сорбции токсических метаболитов и продуктов некролиза при

прямом контакте с пораженной поверхностью. При этом уменьшается патологическое воздействие биологически активных веществ на иммунокомпетентные клетки, что способствует сохранению иммунологической реактивности и возможности противостоять инфекционной агрессии [3,8,9].

Большой интерес в научной литературе вызывает использование антигемотоксической терапии при лечении флегмон челюстно-лицевой области [4,7]. В частности, препарат «Лимфомиазот Н» повышает активность неспецифической резистентности организма, особенно лимфоцитарных и макрофагальных реакций. Это способствует ускорению элиминации инфекционных агентов и купированию воспалительного процесса, стимулируется образование антител и выведение токсинов [5].

Так как фагоцитоз является главным механизмом естественной резистентности, особенно при отсутствии специфических факторов на первых этапах инфекционного процесса, а также обязательным звеном индукции и формирования специфического иммунного ответа [6,7], изучение способов его активизации при использовании сорбентной и антигемотоксической терапии в челюстно-лицевой хирургии являются актуальными.