

It may be supposed that the decreasing of hardness of parodontium in dental form of deformation is explained by the beginning of the process of atrophy of osteal tissue.

The conducted investigations also testify that the condition of hardness of tooth to the loading depends on the term and degree of dental series deformation.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service
Ukrainian Medical Stomatological Academy
Shevchenko Str., 23, 314021, Poltava

Матеріал надійшов до редакції 30/Х/98.

© Кулиш Н.В., Головка Н.В.

УДК 616.314.2

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С ЛАТЕРОГЕНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА (ЭСТЕТИКА, ЛИЦО, ПРИКУС)

Кулиш Н.В., Головка Н.В.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава

Одна из главных потребностей человека – желание иметь приятный внешний вид, отвечающий сформировавшимся в обществе эстетическим нормам. Ведущая роль во внешнем облике человека принадлежит лицу. Особое внимание к нему проявляется при наличии аномалии, каждая из которых вносит свои изменения во внешность [1, 2, 3, 4].

Многие исследователи, занимающиеся проблемой перекрестного прикуса, отмечают, что едва заметные изменения лица у детей в младшем возрасте приводят к значительной дисгармонии во внешности подростков [5,6]. Тогда люди обращаются в клинику с просьбой придать лицу эстетически удовлетворительный вид. Поэтому важно не упустить момент перехода от физиологической или малозаметной асимметрии лица к стойкой дисгармонии, трудно устранимой у взрослых. Перед врачом встает ряд сложных вопросов. Как провести лечение, как сделать лицо гармоничным и определить необходимость этих изменений [7, 8, 9, 10].

В этой связи целью нашей работы стало изучение лица в фас у пациентов с перекрестным прикусом, необходимое для более полного представления об индивидуальных особенностях формы, его гармоничности, пропорциональности развития отделов, прогноза лечения пациента с аномалиями окклюзии и эстетическими нарушениями в гнатической части.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования стали дети с перекрестным прикусом в возрасте 6-9 лет (первый период сменного прикуса) находящиеся на ортодонтическом лечении в ДГСП г.Полтава. У всех исследованных встречалась латерогеническая форма перекрестного прикуса, которая обусловлена как правило чрезмерным ростом нижней челюсти, или недоразвитием верхней челюсти, или сочетанием обеих форм. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 26 детей с перекрестным прикусом, обусловленным смещением нижней челюсти, 26 пациентов с перекрестным прикусом без смещения. В свою очередь каждая группа разделена на две подгруппы, в зависимости от стороны образования перекрестного прикуса – левосторонний и правосторонний. Контрольную группу составили 26 учащихся вторых классов сш.№2 г.Полтава, имеющие физиологический прикус. Для исследования всех пациентов использовались общие методы обследования – клинический осмотр и антропометрия. В связи с тем, что многие авторы указывают на значительные изменения естественной асимметрии лица с возрастом при перекрестном прикусе, мы попытались определить начало этих изменений в I периоде сменного прикуса.

С целью изучения гармоничности и пропорциональности лица, изменения его параметров, проводилось антропометрическое изучение лица в фас по методике Московского медицинского сто-

матологического института (Косырева Г.Ф. 1996). В качестве измерителя высотных и широтных параметров использовался антропометр, из набора для диагностики в ортодонтии. Оценка лица в фас производилась по 10 критериям, характеризующихся соответствующими индексами, при определенном положении головы (пациент сидит и смотрит вперед так, что линия взгляда проходит параллельно плоскости, поэтому зрачки центрированы на середине глаз). Если гармоничность про-

слеживается по семи параметрам и более, лицо развито пропорционально, выглядит эстетично.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

На основании антропометрических измерений всех групп обследованных, можно с определенной достоверностью констатировать ($p=99\%$), что лицевой отдел черепа у детей 6-9 лет развивается приблизительно равномерно (таблица 1).

Таблица 1

Признак	Контрольная группа 26 человек	Односторонний перекрестный прикус без смещения н/ч 26 человек	Односторонний перекрестный прикус со смещением н/ч 26 человек
Индекс $\frac{gl - sn}{sn - me}$ в норме = 1 соответствие высот среднего среднего и нижнего отделов	0,92±0,002	0,98+0,0079	0,95+0,0017
Индекс $\frac{gl - me}{zy - zy}$ тип лица 0,85	0,82+0,001	0,86+0,002	0,85+0,0005
Индекс ЭТА лицевой конус. Угол 45+5°	44,6+0,09	45,3+0,08	45,2+0,03
Индекс $\frac{p - p}{90 - 90}$ гармоничность ширины лица по транс.=0,5	0,46+0,005	0,58+0,001	0,58+0,002
Индекс $\frac{p - p}{zy - zy}$ ширина в/части лица гармонич. в норме 0,75	0,4+0,0004	0,46+0,0007	0,47+0,007
Индекс $\frac{\text{ширина носа}}{\text{длина носа}}$ гармоничность равна 0,7	0,67+0	0,69+0,604	0,6+0,003
Индекс $\frac{\text{ширина носа}}{\sum 21 22}$ гармоничность среднего отдела лица = 1	0,94+0,004	1,02+0,006	0,99+0,0003
Индекс $\frac{sn - st}{st - me}$ гармоничность нижней трети лица = 0,5	0,56+0,003	0,52+0,004	0,53+0,006
Индекс $\frac{sn - st}{ai - me}$ гармоничность нижней трети с подбородком в норме = 1	0,8+0,004	0,81+0,02	0,83+0,001
Оценка улыбки до 2 мм	1,02+0,001	1,0+0,019	1,05+0,009

В этот период у пациентов с перекрестным прикусом не наблюдается значительных отклонений в пропорциональности частей лица, по сравнению с контрольной группой, и по 1-8 параметрам наиболее показательным для эстетической характеристики лица, оно приближается к гармоничному. Необходимо отметить, что у пациентов с перекрестным прикусом чаще наблюдается широкий тип, что влечет за собой увеличение конусного угла (3 параметр), а также изменение гармоничности нижней трети лица (8 параметр), зависящие от смещения подбородочной точки при перекрестном прикусе со смещением нижней челюсти, или количества зубов, вовлеченных в обратное перекрытие

при перекрестном прикусе без смещения нижней челюсти. Однако, при исследовании лица по Косыревой использовались срединные точки измерений, которые не дают полной картины для определения степени возникающей асимметрии. В связи с этим, для более полной оценки развития челюстно-лицевой области при перекрестном прикусе мы предложили для исследования лица в фас добавить измерения латеральных точек, которые наиболее подвержены изменениям при данной патологии.

Данные исследования представлены в таблице. Критерий достоверности по каждому признаку $p=99\%$ (таблица 2).

Таблица 2

Вид прикуса	Подбородок – угол н/ч		Подбородок – угол рта		Подбородок скулов дуг		Подбородок – угол глаза	
	слева	справа	лево	право	лево	право	лево	право
Ортогнатический прикус = 26	87,45±0,04	86,38±0,01	34,40±0,13	33,7±0,12	97,64±0,04	97,06±0,06	94,26±0,04	94,36±0,03
Перекрестный прикус без смещения н/ч правосторон.	84,1±0,02	87,6±0,02	32,6±0,02	34,3±0,08	86,6±0,02	90,9±0,03	94,0±0	96,3±0,08
Перекрестный прикус без смещения н/ч правосторон.	93,3±0,004	91,4±0,008	37,1±0,24	35,6±0,06	98,8±0,06	96,2±0,004	94,1±0,03	93,18±0,18
Перекрестный прикус без смещения н/ч левосторон.	91,7±0,028	94,1±0,63	37,2±0	39,0±0,05	89,25±0	92,7±0,05	93,6±0,128	95,0±0

Данные сравнительной таблицы указывают, что наиболее показательными из латеральных размеров при перекрестном прикусе являются подбородок – угол нижней челюсти, подбородок – угол рта. Разница в размерах с контрольной группой составляет 2-8 мм, что является достоверным показателем измерения лицевого скелета при перекрестном прикусе в возрасте 6-9 лет, в нижнем отделе лица, что скорее всего является следствием изменения размеров апикального базиса и тела нижней челюсти. Значительные изменения параметров при левостороннем перекрестном прикусе объясняются небольшим количеством наблюдений. При изучении 3 признака определяются данные аналогичные изменения 1 и 2 признаков в группе детей с левосторонним перекрестным прикусом. Незначительным колебаниям подвержен 4 признак.

ВЫВОДЫ

1) Изучение лица в фас у пациентов с перекрестным прикусом по методике разработанной Косыревой Т.Ф. у детей 6-9 лет (первый период сменного прикуса) свидетельствует о пропорциональности развития лица, что не соответствует клинике.

2) Для составления плана и прогноза лечения у детей с перекрестным прикусом рекомендуем про-

водить антропометрическое изучение латеральных размеров.

3) Изучение латеральных размеров свидетельствуют, что при перекрестном прикусе у детей в 6-9 лет (первый период сменного прикуса) отмечается патологическая асимметрия лица, обусловленная изменением размеров тела нижней челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братина М.Н., Доброхотова Т.А. Функциональные асимметрии человека. М., 1981.
2. Ильина-Маркосян Л.В. У вас улыбка может быть красивой. – Здоровье. – 1974 №2.
3. Ильина-Маркосян Л.В. Значение раннего ортопедического лечения, для предупреждения стойких деформаций прикуса и лица -Док. дис. Москва, 1961.
4. Каламбаров Х.А., Рабухина Н.А., Буруков В.М. Деформация лицевого черепа М., 1981.
5. Кибкало А.П. Диагностика и ортопедическое лечение латерального прикуса у взрослых (кан.дис.) М., 1971.
6. Кибкало А.П., Переверзев В.А. Асимметрия лица, диагностика, ее формы и устранение некоторых из них. Сб. науч. трудов ММСИ, М. 1977.
7. Кибкало А.П., Переверзев В.А. Эстетические критерии асимметрии лица. - Сб. науч. трудов. ВГМИ. т.33. вып.5. Волгоград 1985.
8. Косырева Т.Ф. Эстетика лица, как ее измерить. Москва 1996.
9. Переверзев В.А. Красота лица. Как ее измерить. Волгоград 1987.
10. Переверзев В.А. Медицинская эстетика. Волгоград 1987.

SUMMARY

ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE FACE BY LATEROGENIC OCCLUSION

Kulish N.V., Golovcko N.V.

The results of anthropometric dimension of the front face in patients with crossed occlusion are given in the paper. There was determined the degree of harmony changes and proportion of the face in children of 6-9 years old (the first period of changing occlusion) in different forms of the investigated pathology. There was confirmed the presence of physiological asymmetry of the face in children with orthognathic occlusion. For the more objec-

tive characteristics of the face with crossed occlusion according to the method of T.F. Kosyryeva it was suggested to measure the lateral points as the most significant for the estimation of asymmetry presence.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service
Ukrainian Medical Stomatological Academy
Shevchenko Str., 23, 314021, Poltava

Матеріал надійшов до редакції 19.01.99

© Мохорт О.М.

УДК. 616.314. 7/5

НОВИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Мохорт О.М.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. Шупика П.Лі.

Захворювання тканин пародонту є одним із основних уражень зубо-щелепної системи. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (1993), функціональні порушення зубо-щелепної системи, зумовлені втратою зубів від захворювань тканин пародонту, розвиваються у 5 разів частіше, ніж при ускладненнях карієсу. Не викликає сумнівів і факт негативного впливу на стан тканин пародонту соматичних захворювань.

Дослідженням багатьох авторів [2] встановлено, що поширеність генералізованого пародонту у хворих на цукровий діабет становить від 91% до 98%.

Ріст генералізованого пародонтиту на фоні цукрового діабету, тяжкий перебіг його, часті загострення спонукають лікарів приділяти велику увагу лікуванню цього захворювання, яке викликає значні труднощі.

Загальноновизнаним є той факт, що ефективне лікування генералізованого пародонтиту у хворих на цукровий діабет, ускладненого вираженою рухомістю зубів та сформованими порушеннями оклюзійних співвідношень, не може бути вирішене одними терапевтичними заходами. В той же час навіть найбільш раціональні ортопедичні втручання не зможуть забезпечити достатнього впливу на такі основні патогенетичні механізми розвитку генералізованого пародонтиту як мікроциркуляторні, обмінні та імунологічні порушення. Обґрунтований шлях лікування генералізованого пародонтиту у хворих на цукровий діабет спонукає до необхідності комплексної терапії цієї патології [7, 3].

Враховуючи вищезазване, ми вирішили вдосконалити методику комплексного лікування генералізованого пародонтиту у хворих на цукровий діабет, поєднуючи терапевтичні та ортопедичні

втручання, які б включили або попередили патогенетичні механізми захворювання.

Метаболічні зміни, що виникають при цукровому діабеті, викликають глибокі порушення обміну речовин та розвиток мікро- та макроангіопатій, які призводять до ускладнень діабету та супутніх захворювань, до яких можна віднести і генералізований пародонтит [2].

Гіперглікемія при цукровому діабеті викликає передумови для активізації незалежного від інсуліну шляху утилізації глюкози-сорбітолового. Доведено, що при цукровому діабеті різко підвищується активність одного із ферментів сорбітолового шляху утилізації глюкози-альдозоредуктази [4,6]. Саме вона є одним із провідних факторів виникнення ангіопатій, які призводять до значних змін у тканинах пародонту.

Можливість патогенетичної терапії генералізованого пародонту у хворих на цукровий діабет стала реальною в зв'язку з використанням в медицині блокаторів альдозоредуктази, спрямованих на пригнічення сорбітолового шляху метаболізму глюкози.

Одним із таких лікарських препаратів є ізодибут, синтезований в Інституті органічної хімії НАН України та детально вивчений співробітниками Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України. Препарат успішно пройшов клінічні випробування в медичній практиці, має дозвіл Фармакологічного комітету МОЗ України на клінічне використання в медичній практиці та випускається акціонерним товариством «Фармак» (м.Київ).

За даними І.М.Мельника (1986) ізодибут запобігає накопиченню сорбітолу в кришталику ока, нервах, аорті, попереджує розвиток катаракти, нейро- та ангіопатій, активує процеси обміну в