

Выводы

Таким образом, высокая частота воспалительных заболеваний пародонта у детей с алиментарно – конституционным ожирением (90, 5% у детей 12 лет и 92, 1% у детей 15 лет) нацеливает на изучение причинно-следственных связей между нарушениями обмена веществ, к которым приводит ожирение и воспалительными изменениями в тканях пародонта. Исследования в этом направлении позволят разработать рациональные, оптимальные лечебно-профилактические комплексы, снижающие риск развития осложнений и препятствующие прогрессированию воспалительно-дистрофических процессов в тканях пародонта.

Реферат

СТАН ТКАНИН ПАРОДОНТА У ДІТЕЙ З АЛІМЕНТАРНО - КОНСТИТУЦІЙНИМ ОЖИРІННЯМ

Колесник К.О., Жердева. Г.В.

Ключові слова: запальні захворювання пародонту, ожиріння, діти та підлітки.

У роботі представлені результати комплексного стоматологічного обстеження 119 дітей з аліментарно - конституційним ожирінням. Отримані дані показали високу поширеність запальних захворювань пародонту (90,5% у віці 12 років і 92,1% у віці 15 років) у даного контингенту. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між значеннями індексу РМА, пробую Шіллера - Писарева та ІМТ (індекс маси тіла), тривалістю захворювання.

Summary

CONDITION OF PERIODONTAL TISSUES IN CHILDREN WITH ALIMENTARY-CONSTITUTIVE OBESITY

Kolesnyk K.O., Zherdieva G.V.

Keywords: inflammatory periodontal disease, obesity, children, adolescents.

The paper presents the results of a comprehensive dental examination of 119 children with alimentary-constitutional obesity. The data show a high prevalence of inflammatory periodontal diseases (90.5% at age of 12 years and 92.1% at age of 15 years) in this group. There is a direct correlation between the index values PMA, Schiller - Pisarev and BMI (body mass index), and the duration of diseases..

УДК 616.314.25/.26-007.272-02

Макарова О.М.

РОЛЬ РАЗМЕРОВ ЗУБОВ СРЕДИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕГО II КЛАССА ПО ANGLE

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

Проведен статистический сравнительный анализ мезио-дистальных размеров зубов у лиц с односторонним II классом зубочелюстных аномалий по E.Angle. Найдена статистически достоверная тенденция к увеличению мезио-дистального размера первого верхнего моляра и уменьшению нижнего латерального резца на стороне с дистальным соотношением.

Ключевые слова: асимметрия, односторонний II класс, мезио-дистальные размеры зубов.

Работа выполнена согласно плану инициативной научно-исследовательской темы Института стоматологии АМН Украины «Усовершенствования профилактики и лечения стоматологических заболеваний у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и эндокринной патологией» (№ государственной регистрации 0110U000271).

Роль эстетики и симметрии в ортодонтии неуклонно растет вследствие все более высоких эстетических ожиданий пациентов с зубочелюстными аномалиями, что повышает требования к знаниям и умениям врача-ортодонта [1,2].

Тем не менее, отсутствие четких параметров «эстетической нормы» делает это понятие довольно абстрактным, давая нам широкое поле для научных размышлений и, зачастую, усложняя практическую деятельность. Наличие универсальных канонов красоты сомнительно [3,4,5].

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – СРБ, Копенгаген. – 2006. – С.154.
2. Food and health in Europe: a new basis for action / [A.Poberston, C. Tirado, T. Lobstein et al.]. – WHO, 2002. – P.385.
3. Довідник дитячого ендокринолога за 2005 рік: МОЗ України, центр медичної статистики. – К., 2006. – 251 с.
4. Борисенко А.В. Белковый обмен в пародонте у больных с различной эндокринной патологией / А.В. Борисенко, А.Г. Минченко, С.М. Захарова // Вісник стоматології. – 1995. – №3. – С.161-164.
5. Sorof J. Obesity Hypertension in Children / J. Sorof, S.Doniels // Hypertension. – 2002. – №40 (4). – P. 441-447.
6. Мельниченко Г.А. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика. В кн. : Ожирение / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.

Поэтому довольно трудно определить и количественно оценить эстетику лица. Тем более, что почти всегда пациенты воспринимают и оценивают свою внешность не так, как это делает ортодонт, что и называется внутренней картиной болезни «зубочелюстная аномалия» [6].

Одним из «излюбленных» критериев нормы для пациентов является «симметрия», а одной из «стандартных» жалоб – несовпадение средних линий. Безусловно, совпадение срединных линий зубных рядов и их симметричность явля-

ются важными эстетическими компонентами привлекательной улыбки [7].

Но всегда ли их можно достичь и оправдать все ожидания пациента?

Так или иначе, ортодонтическая коррекция, длительная, дорогостоящая и болезненная для пациента, требует тщательной предварительной эстетической оценки и адекватного прогнозирования результатов лечения [8].

Асимметрия прикуса встречается во всех трех плоскостях: трансверсальной, вертикальной и сагиттальной. Особый интерес вызывают сагиттальные асимметрии прикуса, как одни из наименее изученных. К ним относится односторонний II класс, характеризующийся дистальным соотношением (ДС) моляров лишь с одной стороны.

На сегодняшний день первой классификацией, описывающей эту аномалию, является классификация E. Angle (1899), где языком оригинала односторонний II класс звучит «Class II Subdivision» [9].

В многочисленных отечественных интерпретациях классификации E. Angle односторонний II класс был фактически утерян, что особенно досадно, ведь именно эта классификация выдержала более чем 100-летнее испытание временем и по сегодняшний день остается международным языком ортодонтот всего мира. Наиболее полную классификацию E. Angle, соответствующую оригиналу, приводит С.И. Криштаб (1987), упоминая о возможности одностороннего ДС на первых молярах. Возможность формирования одностороннего дистального прикуса отмечает в авторской классификации Л.П. Григорьева (1990).

Однако в отечественной ортодонтии односторонний II класс остается мало изученной аномалией: не выяснена его этиологии, не описаны клинические признаки, особенности коррекции отдельно не выделены в протоколах лечения зубочелюстных аномалий [10].

Цель исследования

Оценить влияние асимметрии мезиодистальных (М-Д) размеров зубов верхней и нижней челюсти, как одного из этиологических факторов развития одностороннего II класса.

Нами было обследовано 250 студентов 4-5 курсов стоматологического факультета возрастом 20-25 лет. II класс зубочелюстных аномалий был выявлен у 20,8% обследованных (52 человека), при этом одностороннее ДС первых моляров было обнаружено у 11,2% (28 человек). Однако этиологические факторы возникновения одностороннего ДС были различны. У 3,2% (8 человек) одностороннее ДС было сопряжено с потерей отдельных зубов (как правило, верхнего премоляра или клыка на стороне с ДС). 20 человек с полным комплектом зубов, у которых одностороннее ДС на первых молярах не сопровождалось адентиями, составили 8% от об-

щего числа осмотренных и стали дальнейшей группой обследования. Из 20 обследованных 45% (9 человек) составили мужчины и 55% (11 человек) – женщины. Правостороннее ДС наблюдалось у 55% (11 человек), левостороннее – у 45% (9 человек).

При сборе анамнеза и жалоб выявлено, что в группе обследованных на нарушения эстетики улыбки пожаловались 5 человек (25%); несовпадение срединных линий отмечалось у 17 обследованных (85%). Нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) были у 11 (55%), из них: болезненность в ВНЧС – у 4 (20%); дискомфорт, чувство тяжести и периодический хруст в суставе – у 7 человек (35%).

Анализ жалоб обследованных позволяет сделать вывод, что нарушения ВНЧС являются довольно частыми и весомыми симптомами в клинике одностороннего II класса.

Всем обследованным проводилось снятие оттисков с последующим изготовлением контрольно-диагностических гипсовых моделей. Измерение М-Д размеров всех зубов (кроме 3-их моляров) на моделях осуществлялось электронным штангенциркулем Sigma с точностью измерения до 0,01 мм. М-Д размеры коронок верхних и нижних зубов, согласно требованиям, определялись в области их наибольшего поперечного размера между наиболее отдаленными (контактными) точками апроксимальных поверхностей, нижних резцов – на уровне режущего края.

Рассчитывалась сумма М-Д размеров зубов (от центрального резца до 2-го моляра \sum_{1-7}) на сторонах с ДС и нейтральным соотношением (НС), затем определялась их разница (НС \sum_{1-7} - ДС \sum_{1-7}). Также определялась разница М-Д размеров одноименных зубов (каждой пары в отдельности). Данные исследований статистически обрабатывались методами математической статистики с расчетом средних значений (M), стандартного отклонения (σ), ошибки средних значений (m). Достоверность разницы параметрических критериев проверялась с помощью t-критерия Стьюдента для соответствующего числа исследований, непараметрических – Z-критерием.

Результаты та їх обговорення

Сравнительный анализ М-Д размеров зубов слева и справа, а также по гендерному признаку не обнаружил их достоверных различий ($p>0,05$).

В среднем сумма М-Д размеров зубов верхней челюсти на сторонах с НС и ДС практически не отличалась: их разница не достигала и десятых долей мм ($0,04 \pm 0,28$ мм). Чуть более значительной была разница сумм М-Д размеров зубов противоположных сторон на нижней челюсти ($0,47 \pm 0,21$ мм). В целом сравнительный анализ не обнаружил статистически достоверной разницы сумм М-Д размеров зубов на сторонах с НС и ДС как на нижней, так и на верхней челюсти ($p>0,05$) (таб. 1).

Таблиця 1

Средние значения и разность мезио-дистальных размеров зубов верхней и нижней челюстей на сторонах с дистальным и нейтральным соотношением

| Челюсть | $\Sigma_{1-7} (M \pm m)$, мм | | $(НС\Sigma_{1-7}) - (ДС\Sigma_{1-7})$, мм M ± m | p |
|---------|-------------------------------|-----------|---|--------|
| | НС | ДС | | |
| Верхняя | 57,47±0,57 | 57,5±0,61 | -0,04± 0,28 | p>0,05 |
| Нижняя | 54,52±0,63 | 54,05±0,6 | 0,47 ± 0,21 | p>0,05 |

При оценке разницы М-Д размеров каждой пары одноименных зубов в отдельности, статисти-

стически достоверной разницы не было обнаружено ни у одной пары (таб.2).

Таблиця 2

Усредненные мезио-дистальные размеры зубов и их разница на сторонах с дистальным и нейтральным соотношением

| Верхняя челюсть | | | Зуб | Нижняя челюсть | | |
|-----------------|---------|------------|-----|----------------|---------|--------|
| p | N-D, мм | M±m, мм | | M±m, мм | N-D, мм | p |
| p>0,05 | -0,002 | 8,59±0,16 | 1НС | 5,43±0,09 | 0,02 | p>0,05 |
| | ±0,09 | 8,59±0,18 | 1ДС | 5,43±0,1 | ±0,05 | |
| p>0,05 | 0,02 | 6,71±0,14 | 2НС | 6,04±0,11 | 0,15 | p>0,05 |
| | ±0,07 | 6,7±0,12 | 2ДС | 5,89±0,11 | ±0,04 | |
| p>0,05 | -0,07 | 7,78±0,09 | 3НС | 6,77±0,1 | 0,1 | p>0,05 |
| | ±0,05 | 7,85±0,11 | 3ДС | 6,67±0,11 | ±0,08 | |
| p>0,05 | 0,08 | 6,86±0,1 | 4НС | 7,07±0,11 | 0,05 | p>0,05 |
| | ±0,08 | 6,78±0,1 | 4ДС | 7,02±0,1 | ±0,06 | |
| p>0,05 | 0,04 | 6,64±0,13 | 5НС | 7,03±0,13 | -0,03 | p>0,05 |
| | ±0,09 | 6,61±0,11 | 5ДС | 7,07±0,11 | ±0,12 | |
| p>0,05 | -0,16 | 10,32±0,13 | 6НС | 10,82±0,2 | 0,03 | p>0,05 |
| | ±0,11 | 10,48±0,14 | 6ДС | 10,8±0,21 | ±0,12 | |
| p>0,05 | 0,03 | 9,73±0,14 | 7НС | 10,37±0,05 | 0,06 | p>0,05 |
| | ±0,13 | 9,7±0,17 | 7ДС | 10,31±0,17 | ±0,15 | |

В данном случае мы искали не только среднюю разницу размеров зубов, но и, возможно, некую тенденцию их несоответствия. Так, на верхней челюсти наблюдалось пусть и незначительное, но все же превалирование размеров центрального резца (1ДС>1НС на 0,002±0,09мм), клыка (3ДС>3НС на 0,07±0,05мм) и особенно первого моляра (6ДС>6НС на 0,16±0,11мм) на стороне с ДС (таб. 2). На нижней челюсти, напротив, наблюдалось уменьшение М-Д размеров практически всех зубов на стороне с ДС, кроме второго премоляра (5ДС<5НС на 0,03±0,12мм) (таб. 2).

Чтобы проверить, на самом ли деле у лиц с

односторонним II классом существует закономерность изменения М-Д размеров зубов, мы определили в каком проценте случаев М-Д размеры каждого зуба в отдельности на стороне с ДС больше или меньше, чем на стороне с НС. Применив Z-критерий оценки меньшего числа знаков, мы обнаружили, что на верхней челюсти наблюдается статистически достоверная тенденция к увеличению М-Д размера первого моляра на стороне с ДС, по сравнению с одноименным зубом противоположной стороны (p<0,05, достоверность 95%) (рис. 1).

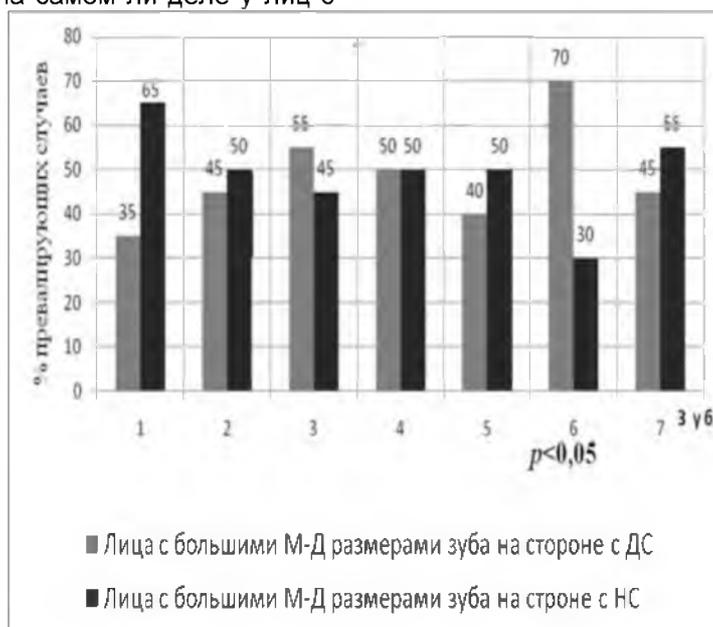


Рис. 1. Частота превалирования мезио-дистальных размеров зубов верхней челюсти на стороне с дистальным и нейтральным соотношением.

Еще более значительная тенденция к изменению М-Д размеров зубов была обнаружена на нижней челюсти: с достоверностью 99% ($p < 0,01$)

прослеживается уменьшение М-Д размера латерального резца на стороне с ДС по сравнению с одноименным зубом на стороне с НС (рис. 2).

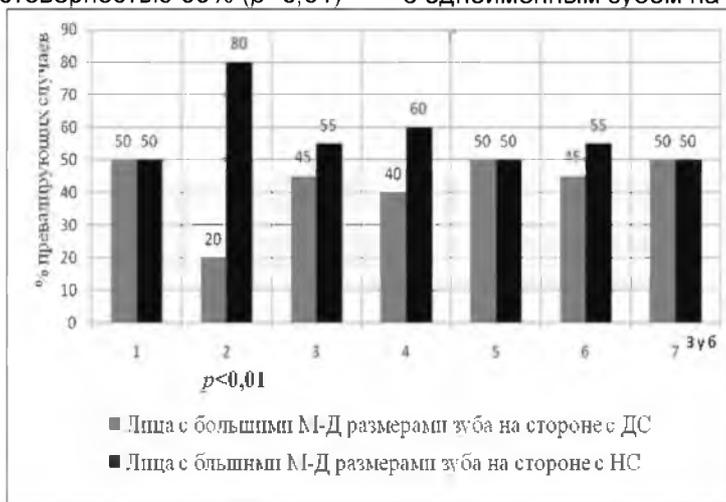


Рис. 2. Частота превалирования мезио-дистальных размеров зубов нижней челюсти на стороне с дистальным и нейтральным соотношением.

Таким образом, выявленное столь незначительное несоответствие М-Д размеров одноименных зубов, на наш взгляд, не может быть существенным этиологическим фактором в формировании одностороннего II класса. Однако не следует недооценивать обнаруженную тенденцию к увеличению М-Д размеров первого верхнего моляра и уменьшению второго нижнего резца на стороне с ДС. Описанная тенденция может наводить на мысль о генетической обусловленности формирования одностороннего II класса.

Выводы

Нарушения ВНЧС являются частыми и весомыми симптомами в клинике одностороннего II класса.

Найдена тенденция к увеличению М-Д размеров первого верхнего моляра и уменьшению второго нижнего резца на стороне с ДС.

Литература

1. Персин Л.С. Применение «золотой маски красоты» в практике врача-ортодонта / Л.С. Персин, Л.В. Польша, В.С. Черемисова // Ортодонтия. – 2008. – № 3. – С. 36-45.

2. Дзараев Ч.Р. Оценка симметричности строения зубочелюстной системы при помощи комплексной трехмерной модели «Голова-зубные ряды» / Ч.Р. Дзараев, Л.В. Польша, Е.В. Талалаева // Ортодонтия. – 2012. – №1. – С. 36-45.

3. Fabro M. Del. Aesthetic assessment of facial golden proportions through three-dimensional virtual face modelling / M. Del. Fabro, F. Federici, L. Pizzoni // 87-th Congress of Europ. Orthod. Society: prot. of conf. – Turcey, 2011. – P. 116.

4. Fariaby J. Photographic analysis of faces of 20-year-old students in Iran / J. Fariaby, A. Hossini // British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. – 2005. – №23. – P. 1-4.

5. Chew M.T. A comparative assessment of the perception of Chinese facial profile esthetics / M.T. Chew, Soh J., Wong H.B. // American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2005. – №127. – P. 692-699.

6. Куроедова В.Д. Новые аспекты болезни «зубочелюстная аномалия» / Куроедова В.Д. – Полтава: Полтава, 1997. – 255 с.

7. Burden D.J. Влияние несоответствия срединных линий лица и зубов на оценку привлекательности зубов / D.J. Burden, D. Johnston, M.R. Stevenson // Сучасна ортодонтия. – 2007. – Т. 10, №4. – С. 43-47.

8. Проффит У. Р. Современная ортодонтия / У. Р. Проффит; Перевод с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.

9. Angle E.H. Classification of Malocclusion / E.H. Angle // The Dental Cosmos. – 1899. – V. 41, №3. – P. 248-264.

10. Дмитренко М.І. Кишеньковий довідник лікаря стоматолога-ортодонта. Навчально-методичне видання / М.І. Дмитренко, Н.В. Куліш, В.Д. Куроедова. – Полтава: Верстка, 2007. – 224 с.

Реферат

РОЛЬ РОЗМІРІВ ЗУБІВ СЕРЕД ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ОДНОСТОРОННЬОГО II КЛАСУ ЗА ANGLE
Макарова О.М.

Ключові слова: асиметрія, односторонній II клас, мезіо-дистальні розміри зубів

Проведений статистичний порівняльний аналіз мезіо-дистальних розмірів зубів серед осіб з одностороннім II класом зубощелепних аномалій за E.Angle. Визначено статистично достовірну тенденцію до збільшення М-Д розмірів першого верхнього моляра і нижнього латерального різця на боці з дистальним співвідношенням.

Summary

ROLE OF TEETH SIZES AMONG ETIOLOGICAL FACTORS OF ANGLE CLASS II SUBDIVISION

Makarova A.N.

Keywords: asymmetry, Class II Subdivision, mesio-distal tooth size

There has been performed the statistical comparative analysis of mesio-distal teeth sizes in patients with Class II Subdivision. There has been found statistically significant trend toward the increasing of mesio-distal size of the first upper molar and decreasing of mesio-distal size of the lateral lower incisor on the subdivision side.