

EVALUAREA MICROCURRENTILOR ÎN CAVITATEA BUCALĂ LA PACIENȚII CU UNITĂȚI PROTETICE METALICE

Rezumat

Au fost selectați 15 pacienți cu vîrsta între 37—80 de ani fără acuze caracteristice pentru galvanoză. Valoarea microcurrentilor nu este direct dependentă de numărul unităților protetice metalice.

Cuvinte cheie: proteze metalice, microcurrenti.

Summary

Evaluation of microcurrents in oral cavity on patients with metallic prosthetic units

15 patients were selected with age between 37—80 years old, without any characteristic complaints for galvanism. Value of microcurrents are not direct dependent on number of the metallic prosthetic units.

Keywords: metallic dentures, microcurrents.

Introducere

În tratamentul protetic a diferitor afecțiuni stomatologice frecvent sunt utilizate lucrări protetice metalice sau mixte producînd microcurrenti de 3—8 mA, însă noi n-am întilnit date despre valorile microcurrentilor în dependență de numărul unităților protetice metalice.

Scopul lucrării

Evaluarea microcurrentilor în cavitatea bucală în dependență de numărul unităților protetice.

Metode si material

Au fost examinați 15 pacienți cu vîrsta cuprinsă între 37—80 ani fără acuze caracteristice pentru galvanoză cavității bucale, tratați cu microproteze la care s-a determinat valoarea microcurrentilor în caviatea bucală.

Rezultate si discuții

S-a stabilit că pacienți cu 5—10 unități protetice au fost 11, iar cu 11—17 unități — 4. Determinarea microcurrentilor în cavitatea bucală a permis de a constata că la pacienți cu prezența a 5—10 unități protetice valoarea microcurrentilor era între 1—14 mA. La pacienții cu 11—17 unități protetice acești indici variau între 1—8 mA.

Concluzii

S-a determinat ca valoarea microcurrentilor în caviatea bucală nu este direct dependentă de numărul unităților protetice metalice.

Prezentat la 07.07.2008

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПО ВЕЛИЧИНАМ ФАЦИАЛЬНОГО И ИНКЛИНАЦИОННОГО УГЛОВ С УЧЕТОМ НАКЛОНОВ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И ДИСТООККЛЮЗИИ

Резюме

На основании изучения 90 боковых телерентгенограмм головы, полученных у 27 обследованных с физиологической окклюзией и 63 с дистоокклюзией в возрасте от 12 до 26 лет, определена частота встречаемости 9 типов профиля лица по А.М.Шварц, в том числе с учетом

Daniela Chirița

*Catedra Protetică
Dentară si Ortodonție a
USMF „N. Testemițanu“*

*Ф.Я. Хорошилкина
Кафедра ортодонтии
и детского
протезирования
МГМСУ.
А.Г. Чобанян
Кафедра ортодонтии
РМАПО*

углов наклона верхних резцов. Уточнены влияние типов лица на его форму, выбор способов лечения дистооокклюзии, определение эстетического прогноза.

Ключевые слова: телерентгенография головы, типы профиля лица, наклоны резцов.

Необходимость изучения величин фациального и инклинационного углов при анализе телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции, обоснована многими исследователями (Ф.Я. Хорошилкина 1970; Ю.М. Малыгин 1982; Л.С. Персин и Т.Ф. Косырева 1991; Л.В.Польма 1996; А.В. Берсенев, 2007; А.М. Schwarz, 1964; А. Hasund 1991; Graber T.M. 1994 и др.).

По данным А.М. Schwarz величина фациального угла ($\angle F$), отражающего антеро-постериальное расположение передней точки базиса верхней челюсти (А) по отношению к переднему основанию черепа (N-S), равна $85^\circ \pm 5^\circ$, инклинационного угла ($\angle I$) — наклона спинальной плоскости к переднему основанию черепа — тоже равна $85^\circ \pm 5^\circ$; по данным Ф.Я. Хорошилкиной величина этих углов равна $\angle F 86,7^\circ \pm 0,83^\circ \sigma = 3,72$; и $\angle I 84,65^\circ \pm 0,61^\circ \sigma = 2,76$. Приведенные авторы не изучали границ размеров этих углов, позволяющих уточнить расположение верхней челюсти — ретро-, нейтро- и антепозицию, а также инклинацию челюстей — ретро-, нейтро- и антеинклинацию. А. Hasund уточнил их, а именно: фациального при ретропозиции верхней челюсти — менее 78° , при нейтропозиции от 79° до 85° , при антепозиции — более 85° . Величину инклинационного угла он обозначил $\angle NL$ NSL. Этот угол образуется при пересечении носовой линии (N L), а именно основания верхней челюсти, и линии переднего основания черепа (N SL). Угол менее $4,5^\circ$, отражает антеинклинацию челюстей, от $5,5^\circ$ до $11,5^\circ$ — нейтроинклинацию, более $12,5^\circ$ — ретроинклинацию.

Цель исследования — изучить при физиологической окклюзии и дистооокклюзии частоту ретро, нейтро и антепозиции верхней челюсти по величине фациального угла, а также ретро, нейтро и антеинклинацию челюстей по величине инклинационного угла и выявить частоту 9 типов профиля лица по А.М. Schwarz, в том числе с учетом наклонов центральных резцов верхней челюсти. Сравнить полученные результаты.

Материалы и методы исследования

Клинически обследовано 90 пациентов в возрасте от 12 до 26 лет (40 мужского пола, 50 женского), из них 27 с физиологической окклюзией (15 мужского пола, 12 — женского) и 63 с дистооокклюзией (25 мужского и 38 — женского).

Изучено 90 телерентгенограмм головы, полу-

ченных в боковой проекции у 27 обследованных с физиологической окклюзией, и у 63 — с дистооокклюзией.

Результаты исследования

При физиологической окклюзии величина фациального угла ($\angle F$) была от 77° до 91° , при дистооокклюзии — от 72° до 90° , т.е. отмечено незначительное уменьшение его величины.

При физиологической окклюзии и дистооокклюзии ретропозиция верхней челюсти выявлена у 14,81% обследованных, нейтропозиция — у 51,85%, антепозиция — у 33,34%.

При дистооокклюзии ретропозиция у 19,05%, нейтропозиция — у 63,5%, антепозиция — у 17,46%. (Рис 1).

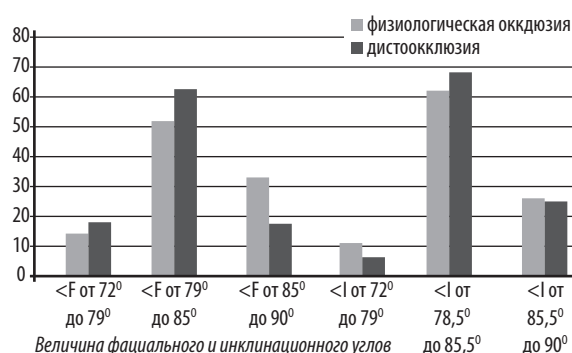


Рис 1. Частота встречаемости различной величины:

1 — фациального угла,

2 — инклинационного угла в процентах

при физиологической окклюзии и дистооокклюзии.

Установлено, что при дистооокклюзии по сравнению с физиологической окклюзией имеется тенденция к увеличению процента обследованных с ретро- и нейтропозицией верхней челюсти и уменьшение вдвое — при её антепозиции.

Величина инклинационного угла изучена по методу А. Hasund ($\angle NL$ NSL) и по А.М. Schwarz ($\angle PnSpP$). Мы убедились в том, что инклинационный угол удобнее определять не по предложению А. Hasund, поскольку при малой его величине NL и NSL линии пересекаются далеко за пределами телерентгенограммы, а по А.М. Schwarz, т.е. по величине внутреннего верхнего угла, образованного перпендикуляром к N — S линии, опущенного из точки n и спинальной плоскостью SpP. (Рис 2).

Для облегчения исследования сделан пересчет величины этого угла по методу А.М. Schwarz: ретроинклинация челюстей имеется при величине инклинационного угла от $73,5^\circ$ до $78,5^\circ$; нейтроинклинация — от $78,5^\circ$ до $85,5^\circ$; антеинклинация — от $85,5^\circ$ до $89,5^\circ$.

Величина инклинационного угла у обследованных с физиологической окклюзией была от 75° до 91° , установлена ретроинклинация челюстей у 11%, нейтроинклинация у 62,96%, антеинклинация — у 25,93%.

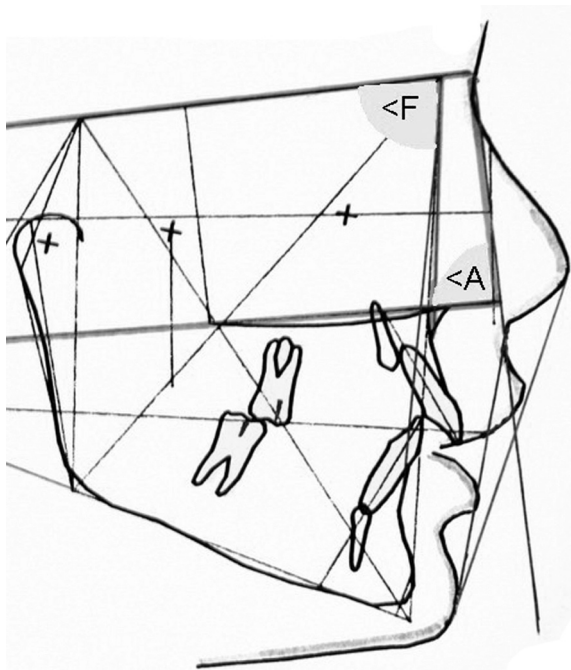


Рис 2. Контуры, скопированные с боковой телерентгенограммы головы пациента с дистоокклюзией: фациальный угол SNA равен 82°, инклинационный угол SpPPn — 88°: нейтропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — 6 ой тип профиля лица по A.M.Schwarz/

При дистоокклюзии инклинационный угол был от 76° до 91°: ретроинклинация выявлена — у 6.35%, нейтроинклинация — у 68.25%, антеинклинация — у 25.4%. Определено при дистоокклюзии по сравнению с физиологической окклюзией уменьшение вдвое частоты встречаемости этого угла при ретроинклинации челюстей, незначительное увеличение — при нейтроинклинации и не было изменений при антеинклинации.

Изучена при дистоокклюзии частота встречаемости протрузии, норматрузии и ретрузии центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания по A.M.Schwarz в зависимости от позиции верхней челюсти (<F) и инклинации челюстей (<I). (Рис .3)

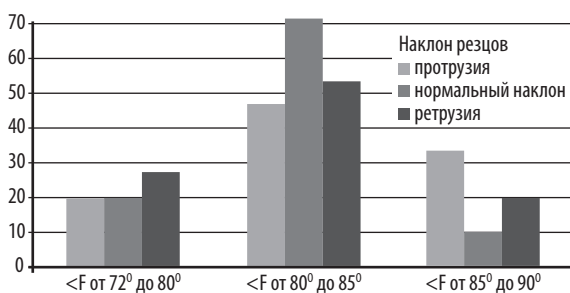


Рис 3. Сравнение при дистоокклюзии величин фациального угла с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания в процентах.

Установлено, при протрузии центральных резцов верхней челюсти —превалирование антепозиции верхней челюсти (33.34%), при нормальном наклоне —нейтропозиции (71.43%), при ретрузии —ретропозиции (26.98%).

Изучена частота различных наклонов центральных резцов верхней челюсти с учетом инклинации челюстей. (Рис 4).

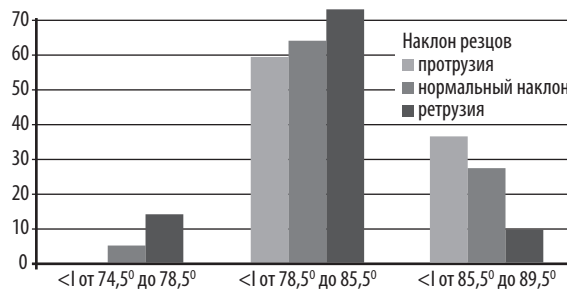


Рис 4. Сравнение при дистоокклюзии величин инклинационного угла с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания в процентах.

При протрузии центральных резцов не было пациентов с ретроинклинацией челюстей, преобладала нейтроинклинация (61.9%) и антеинклинация (38.1%); при нормальном наклоне резцов чаще наблюдалась нейтроинклинация челюстей (66.66%), реже — антеинклинация (28.57%) и только у небольшого количества пациентов (4,77%) — ретроинклинация; при ретрузии резцов ретроинклинация была у 14.28% обследованных, преобладала нейтроинклинация (76.19%), антеинклинация была у 9.53%.

Изучена частота встречаемости 9 типов профиля лица по A.M. Schwarz при физиологической окклюзии и дистоокклюзии с учетом величин фациального и инклинационного углов. (Рис 5).

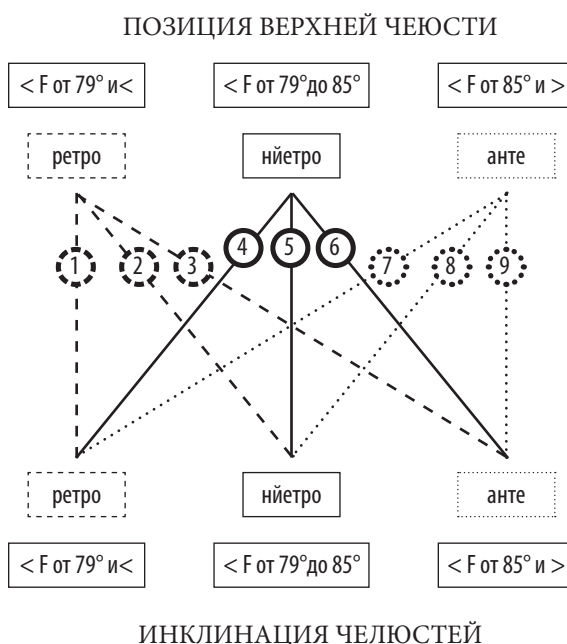


Рис 5 Изучение 9 типов лица по A.M.Schwarz с учетом величин фациального и инклинационного углов.

Процент встречаемости каждого из 9 типов лица по A.M.Schwarz при физиологической окклюзии и дистоокклюзии.

- 1ый тип — ретропозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей: при физиологической окклюзии — 0 %, при дистоокклюзии — 3.17%
- 2ой тип — ретропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей при физиологической окклюзии — 14.81%, при дистоокклюзии — 15.87%
- 3 ий тип — ретропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 0%, при дистоокклюзии — 0%
- 4 ый тип — нейтропозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 11.11%, при дистоокклюзии — 1.59%
- 5 ый тип — нейтропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 29.63%, при дистоокклюзии — 47.62%
- 6 ой тип — нейтропозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 11.11%, при дистоокклюзии — 14.29 %
- 7 ой тип — антепозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 0%, при дистоокклюзии — 0%
- 8 ой тип — антепозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 18.52%, при дистоокклюзии — 1.59%
- 9 ый тип — антепозиция верхней челюсти и антеинклинация челюстей — при физиологической окклюзии — 14.81%, при дистоокклюзии — 15.87 %

При физиологической окклюзии не встречались 1,3 и 7 типы профиля лица, при дистоокклюзии — 3 и 7.

Изучена частота различных типов профиля лица при дистоокклюзии с учетом наклонов центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания.

При протрузии резцов не выявлены 1, 3, 4 и 7 типы профиля лица, преобладал 5 тип — нейтропозиция верхней челюсти и нейтроинклинация челюстей. При нормальном наклоне резцов не выявлены 3, 4, 7 и 8 типы лица, преобладал также 5ый тип. При ретрузии резцов не наблюдали 3, 7 и 8 типов, преобладал 5 тип. Наклон продольных осей центральных резцов верхней челюсти влияет на размер и расположения верхней губы и форму профиля лица. (Рис 6).

При дистоокклюзии выпуклость лица нивелируется при ретропозиции верхней челюсти и антеинклинации челюстей. Антепозиция верхней челюсти и ретроинклинация челюстей затрудняют достижение гармонии строения лица в профиль. Лучших результатов ортодонтического лечения возможно достичь в периодах активного

роста челюстей путем применения функционально действующих аппаратов. После завершения активного роста их достигают с помощью механически действующих аппаратов в сочетании с хирургическим лечением — удалением по показаниям отдельных зубов или с хирургическими реконструктивными операциями на челюстях.

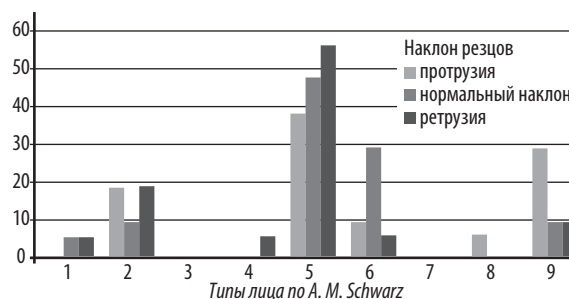


Рис 6 Частота встречаемости в процентах 9 типов профиля лица по А.М. Schwarz при дистоокклюзии с учетом наклона осей центральных резцов верхней челюсти к плоскости её основания

Выводы

1. Следует сравнивать индивидуальные величины фацеального и инклинационного углов не с их средней величиной, а с границами, установленными А.Насунд для уточнения ретро-, нейтро- и антепозиции верхней челюсти, а также ретро-, нейтро- и антеинклинации челюстей.
2. Сопоставление величин фацеального и инклинационного углов при дистоокклюзии позволяет выявить врожденный тип профиля лица, что облегчает прогнозирование его формы после ортодонтического лечения.
3. Сравнение частоты встречаемости различных величин этих углов при физиологической окклюзии и дистоокклюзии показало, что при дистоокклюзии имеется незначительная тенденция к ретро и нейтропозиции верхней челюсти, а также к увеличению в 2 раза частоты антеинклинации челюстей.
4. При дистоокклюзии и протрузии резцов верхней челюсти чаще встречалось антеинклинация челюстей, при нормальном наклоне — нейтроинклинация, при ретрузии — их ретроинклинация.

Список литературы

1. Арсенина О.И., Рогинский В.В., Шамсудинов А.Г. Роль ортодонта в комплексном лечении пациентов с челюстно — лицевыми деформациями // Ортодент — Инфо. — 1998. — № 2. — С.6 —12.
2. Берсенёв А. В. Совершенствование диагностики и лечения глубокого прикуса с учетом направления роста челюстей: автореф. дис. к-та. мед наук./ А.В. Берсенев.— Тверь, 2007. 24с.
3. Малыгин Ю.М. Клинико-лабораторное обоснование топико-морфометрической диагностики зубочелюстно-

- лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения : автореф. дис... д-ра мед. наук / Ю.М. Малыгин. — М., 1990. — 32 с.
4. Персин Л.С. Ортодонтия . Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий / / Руководство для врачей. — М.: ООО «ИЗПШ» «Информкнига», 2007.— 248с.
 5. Поляма Л.В. Влияние ортодонтического лечения на контур мягких тканей подбородочно — шейной области у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов./ Л.В.Поляма, В.М. Ломакина// «Ортодонтия» 2008 № 1. — с. 29 — 33.
 6. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия./ М., Медицинское информационное агентство, 2006.—541/с.
 7. Хорошилкиной — М., Медицина: 1999.—798с.
 8. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М., «Медицина»,1976. 153с.
 9. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л.С., Окушко –Калашникова В.П. //Ортодонтия.–книга 4.– М., 2005. 453с.
 10. Alexander R.G. «Wick». The Alexander Discipline / Пер. с англ. С.Н. Герасимова.– СПб.// АОЗТ Дентал–Комплекс,– 1997.–138с.
 11. Graber T.M., Vanersdall R.L.// Ortodontics Current Principles and Techniques. Second Ed.– St. Louis– Baltimore–Boston–Chikago–London–Madrid–Philadelphia–Sydney–Toronto/ Mosby. — 1994.– 965 p.
 12. Hasund A. Individualisirte. Cephalometrie. Hansa Don't Verbang und Vertrieb / A. Hasund, D Segner. — Hamburg, 1991.
 13. Proffit W.R., Field H.W. Contemporary orthodontics.– Mosby.–1999.– 742p.
 14. Proffit W.R., Tulloch JFC. Preadolescent Class 2 problems: treat now or wait?// Amer . journal of orthodontics and dentofacial orthopedics . — 2002 — Vol.121. — # 6. — P. 560 — 562.
 15. Schwarz A. M. Roentgenostatic. A practical evaluation of the X-ray headplate// Amer. J. Orthod. — 1964 .– Vol. 47. — 585 p.

Prezentat la 21.07.2008