

pului protetic și în primul rând a indicilor biologici locali, dar și a eficienței tratamentului ortopedo-protetic. Reeșind din acești criterii la pacienții din ambele loturi au fost diagnosticate edentații parțiale cl. I—III Kenedy la unul sau ambele maxilare în 19 cazuri. La 9 pacienți una din arcadele dentare a fost integrată sau restabilită cu punți dentare.

Măsurările efectuate pe modelele de diagnostic a pacienților din ambele loturi au permis de a stabili în principiu același grad de manifestare a indicilor biologici locali considerați ca retenție anatomică. Însă ținând cont de locurile plasării elementelor de fixare, stabilizare și șinare pe dinți restanți s-a atras atenția nu numai la gradul de atrofie și a formei procesului alveolar edentat, dar și la exprimarea versantului vestibular din această zonă, prezența și mărimea spațiilor interdente, cât și gradul de dezgolire a porțiunii radiculare a dinților (3,8). Aceasta a permis de a folosi particularitățile de retenție anatomică din zona dinților restanți pentru o imobilizare cu însușiri biomecanice înalte, contribuind astfel la opunerea forțelor funcționale ce reiese de la proteză. S-a constatat că, datorită elasticității materialului Valplast este posibilă utilizarea mai largă a retenției anatomice din zona dinților restanți atât din partea orală, cât și din cea vestibulară. Mai mult ca atât tehnologia confecționării protezelor-șine și elasticitatea materialului permite o aderare precisă și cu o suprafață majoră de contact pe suprafețele verticale ale dinților asigurând imobilizarea lor satisfăcătoare.

Evaluarea clinică a eficienței imobilizatoare a protezelor-șine în ambele loturi de pacienți pe parcursul a 1—12 luni sa efectuat prin prisma biomecanicii acestor tipuri de proteze. Sa stabilit, că protezele

mobilizabile tip Kemeny din Valplast dotate cu sistem de imobilizare a dinților restanți micșorează influența nocivă a forțelor funcționale orizontale asupra lor prin opunerea retenției anatomice. Noi considerăm că acest efect este asigurat și de capacitățile de amortizare a materialului dat de care sunt lipsite acrilatele.

### Concluzii

1. Protezele dentare mobilizabile tip Kemeny din Valplast pot fi dotate cu elemente de imobilizare a dinților restanți folosind și retenția anatomică din această zonă.
2. Combinarea retenției anatomice a protezelor parțiale mobilizabile tip Kemeny dotate cu elemente de imobilizare a dinților restanți asigură micșorarea nocivă a forțelor funcționale orizontale în biomecanica acestor proteze.

### Bibliografia

1. Burlui V., Morărașu C. Gnatologie. Ed. Apollonia. Iași 2000.
2. Constantinescu M., Mocanu C., Nicolaescu V. Corelații privind disgnul, conceperea și realizarea restaurărilor coronare și condiția parodontală. Zilele facultății de medicină dentară. Ediția a IX-a. Iași, 2005, p. 79 — 81.
3. Mărțu S., Mocanu C. Parodontologie. Iași, 2000.
4. Postolachi I și colab. Protetica dentară. Chișinău, 1993. 446 p.
5. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001. 301 с.
6. Каламкаров Х.А. Ортопедические методы лечения патологии пародонта. В кн.: Иванов В. С. Заболевания пародонта. Москва, 1981, с. 159 — 183.
7. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология. Москва, „Медицина”, 1988 — 511с.
8. Мюллер Х.П. Пародонтология. Львов. ГалДент. 2004. 256с.
9. Трезубов В.Н., Щербаков А.С. Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург, 2003. 481с.

Prezentat la: 30.05.2008

## НАРУШЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРОФИЛЯ ЛИЦА ПРИ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЯХ ПРИКУСА

**Хорошилкина Февралина  
Яковлевна**

*д.м.н. профессор  
— профессор кафедры  
ортодонтии и детского  
протезирования  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета;*

**Чобанян Арман Гарикович,  
Манучарян Артур  
Альбертович**  
*кафедра ортодонтии  
Российской Медицинской  
Академии  
Последипломного  
Образования.*

### Резюме

На основании комплексного обследования 88 пациентов (63 — с дистоокклюзией, 25 — с мезиоокклюзией) — клинического, антропо- и фотометрического и изучения боковых телерентнограмм головы — уточнена диагностика типа нарушений расположения губ и подбородка и эстетических отклонений в форме профиля лица, что важно для диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и выбора метода их лечения.

### Summary

**Abnormal localization of lips, chin and abnormal esthetic confusion of face profile**

According to the findings of 88 patients (63 — distal malocclusion, 25 — mesio malocclusion) — clinical, anthropometrical and photometrical X-ray head plane investigations we have diagnosed abnormal localization of lips, chin and abnormal esthetic confusion of face profile, what is very important for dento-facial pathology and for choice of treatment method.

## Введение

Зубочелюстно–лицевые аномалии, отражаются на форме лица. Оно становится не привлекательным, что доставляет глубокие переживания пациентам. (Ю.А. Гюева, Ю.М. Малыгин, Л.С. Персин, Л.В. Польша, R.G. Alexander, T.M. Graber, A.M. Schwarz и др.). При обращении к врачу ортодонту их основные жалобы на нарушенную эстетику лица, неправильно расположенные передние зубы.

Цель исследования — диагностировать нарушения расположения губ, подбородка, отражающих морфологические нарушения в зубочелюстно-лицевой области и степень их выраженности.

## Материал и методы исследования

Обследовано 88 пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью в возрасте от 12 до 26 лет (мужского пола было 38, женского — 50). Изучено 88 боковых ТРГ головы и 176 диагностических моделей челюстей, полученных до ортодонтического лечения у 63 человек с дистоокклюзией и у 25 с мезиоокклюзией.

Применены следующие методы исследования: клинический, антропо- и фотометрическое изучение лица, его фотографий и диагностических моделей челюстей, анализ данных измерения боковых ТРГ головы по методу А.М. Schwarz. На профильных фотографиях лица и боковых ТРГ головы изучали расположение передних точек верхней и нижней губ, а также подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus и определяли нарушения эстетики и врожденный тип профиля лица у каждого пациента по А.М. Schwarz. На фотографиях изучали величину угла «Т» — угла гармонии нижней части лица. Его получали на фотографиях профиля лица при пересечении перпендикуляра из кожной точки назия (n) к горизонтальной линии, соединяющей кожные точки орбитальную (or) и верхнюю точку трагуса (tr) а также линии, соединяющей подносовую точку (sn) и выступающую точку подбородка (pg). На боковых ТРГ головы этот угол получали при пересечении перпендикуляра (Pn) к линии N-S, опущенного из точки n и линии, соединяющей кожные точки: подносовую (sn) и выступающую точку подбородка (pg).

По методу Ricketts уточняли расположение передних точек губ по отношению к эстетической линии, соединяющей выступающие точки кончика носа и подбородка.

Результаты исследования. На основании клинического исследования, осмотра родителей,

близких родственников и изучения анамнеза выявлены нарушения окклюзии зубных рядов и формы профиля лица у 18 пациентов из 88, в том числе у 13 — при дистоокклюзии и у 5 — при мезиоокклюзии.

Определяли величину угла «Т» по Schwarz. Благоприятную гармонию профиля лица наблюдали при средней величине этого угла. По данным Ф.Я. Хорошилкиной она находится в пределах от 10° до 16°. При расположении линии sn–pg позади перпендикуляра Pn этот угол положительный, при ее расположении впереди — отрицательный.

На основании изучения величины угла «Т» у 63 пациентов при дистоокклюзии и у 25 при мезиоокклюзии установлена частота встречаемости различной величины этого угла с интервалом в 5°.

Таблица 1. Количество обследованных с различной величиной угла «Т» при дисто- и мезиоокклюзии

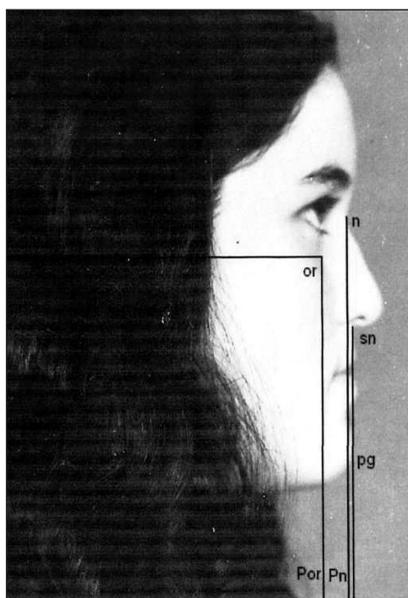
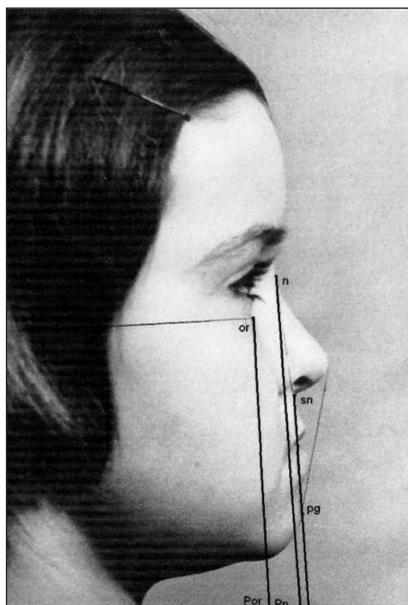
Вид окклюзии	Количество обследованных с учетом величины угла «Т»								всего
	отрицательное значение угла «Т»			положительное значение угла «Т»					
	от -11° до -15°	от -6° до -10°	от 0° до -5°	от 0° до +5°	от +6° до +10°	от +11° до +15°	от +16° до +20°	от +21° до +25°	
дистоокклюзия	—	—	—	—	9	13	30	11	63
мезиоокклюзия	2	4	3	3	6	4	3	—	25
итого	2	4	3	3	15	17	33	11	88

У пациентов с дистоокклюзией величина угла «Т» была в пределах от +6° до +25°. У 72,6% пациентов он был больше средней нормы, а именно от 16° до 25°. Это свидетельствовало о постериальном расположении точки pg, т.е. о недоразвитии нижней челюсти — ее тела, ветвей и о выпуклом типе лица. (Рис. 1).



Рис 1. Нарушена форма профиля лица при дистоокклюзии, укорочена её нижняя часть, глубокая супраментальная борозда, постериальное расположение передней точки подбородка, угол Т равен 27,5°.

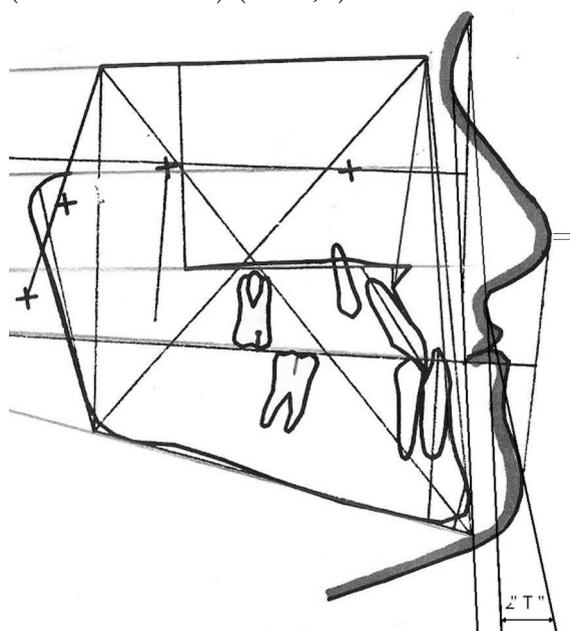
У 25 пациентов с мезиоокклюзией величина угла «Т» была в пределах от минус 15° до плюс 16°. У 63.5% пациентов величина этого угла была меньше средней нормы. Это свидетельствовало об антериальном расположении точки рg, что обусловлено увеличением размера нижней челюсти — её тела, ветвей и возможным ее смещением вперед в результате нарушения смыкания зубных рядов. В зависимости от степени уменьшения размера угла «Т» наблюдали прямой и вогнутый типы лица (Рис. 2).



**Рис. 2.**<sub>1,2</sub> Разновидности расположения губ и подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus, по отношению к эстетической линии Ricketts, с учетом величины угла «Т» у двух пациенток с мезиоокклюзией:  
у первой пациентки — губы значительно выступают за пределы линии Pn, превалирует нижняя губа, нижняя губа касается эстетической линии, угол «Т» равен 0°;  
у второй пациентки — губы почти на линии Pn, отстоят от линии Ricketts, больше верхняя, угол «Т» равен 0°.

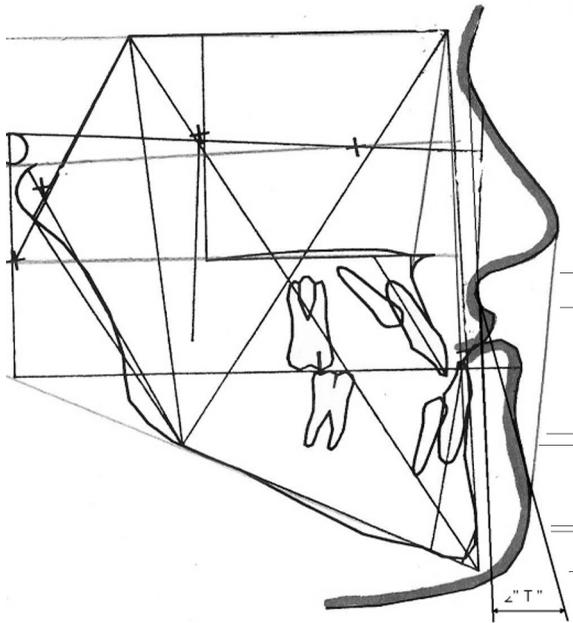
Учет индивидуального размера угла «Т» позволял уточнять степень нарушения гармонии профиля лица, дифференцировать гнатические и зубоальвеолярные нарушения и намечать план лечебных мероприятий для устранения морфологических, функциональных и эстетических нарушений, а также определять показания к ортодонтическому лечению, ортодонтическому после удаления отдельных зубов по ортодонтическим показаниям, или реконструктивным хирургическим мероприятиям на челюстях.

На профильных фотографиях лица изучали расположение передних точек верхней и нижней губ, подбородка в биометрическом профильном поле Dreifus и устанавливали один из 9 типов лица по А.М. Schwarz. На боковых телерентгенограммах головы определяли величины углов: фациального ( $\angle SNA = 85 \pm 5^\circ$ ) и инклинационного ( $\angle NL NSL = 85 \pm 5^\circ$ ). (Рис. 3;4.)



**Рис. 3** Пациентка 13 лет, мезиоокклюзия, сагиттальная щель между резцами равна 4 мм, обратное резцовое перекрытие, верхняя микрогнатия и ретропозиция ( $\angle SNA = 80^\circ$ ), нижняя макрогнатия и антепозиция ( $\angle SNB = 91,5^\circ$ ), протрузия резцов верхней челюсти и ретрузия — нижней, угол Т равен 9°, горизонтальный тип роста челюстей ( $\angle NL NSL = 2^\circ$ ), форма профиля лица нарушена

Углы, фациальный ( $\angle SNA$ ) и инклинационный ( $\angle I$ ) были средними — 85°, больше среднего — 90° или меньше — 80°, что отражалось на форме профиля лица. При увеличенном угле SNA верхняя челюсть занимает переднее положение по отношению к точке N — по определению А.М. Schwarz «лицо — смещенное вперед»; при уменьшенном угле — «лицо смещенное назад», при средней величине — среднее расположение верхней челюсти. Инклинационный угол отражает наклон гнатической части лицевого скелета по отношению к переднему основанию черепа. При увеличен-



**Рис. 4** Контуры, скопированные с боковой телерентгенограммы головы пациентки 19 лет с мезиоокклюзией; наличием сагиттальной щели между резцами верхней и нижней челюстей, равной 4 мм при обратном резцовом перекрытии; верхняя микрогнатия, нижняя макрогнатия, увеличенные углы нижней челюсти, резкая ретрузия резцов нижней челюсти; нарушена форма профиля лица, удлинена нижняя часть лица (sn–gn); резко выступает подбородок и нижняя губа, сглажена супраментальная борозда; угол «Т» равен минус 14°; вертикальный тип роста челюстей; показана хирургическая реконструктивная операция на челюстях.

ном угле наблюдается передняя инклинация, при уменьшенном — задняя инклинация, что отражается на форме лица и расположении губ и подбородка в антеро–постериальном направлениях.

При анализе результатов изучения расположения губ по отношению к эстетической линии по Ricketts были выделены следующие разновидности:

- 1 — верхняя губа расположена ближе к линии, чем нижняя;
- 2 — верхняя губа касается линии, нижняя — на расстоянии от нее;
- 3 — верхняя и нижняя губы касаются линии;
- 4 — верхняя губа впереди линии, нижняя губа позади;
- 5 — верхняя и нижняя губы впереди линии;
- 6 — нижняя губа впереди верхней, но позади линии;
- 7 — нижняя губа касается линии, верхняя позади;
- 8 — нижняя губа впереди линии, верхняя на линии.

Определена частота встречаемости этих разновидностей. Их учет в сочетании со сведениями о размерах базисов челюстей, ветвей нижней челюсти, величинами фациального и инклинационного углов, типах лица по А.М. Schwarz, величина угла «Т», углов наклона центральных резцов

верхней и нижней челюстей, об основных направлениях роста челюстей (нейтральный, горизонтальный и вертикальный) важны для диагностики сагиттальных аномалий окклюзии. Данные о расположении губ и подбородка позволяют определить причины нарушений формы лица, улыбки, поставить диагноз и наметить план ортодонтических и комплексных лечебных мероприятий.

#### Выводы.

1. Изучение на боковых телерентгенограммах головы влияния типа лица, основного направления роста челюстей, величины, расположения губ и подбородка на форму профиля лица по методам А.М. Schwarz и R.M. Ricketts позволяет дифференцировать зубоальвеолярные и гнатические нарушения и выбрать способ их устранения.
2. В периодах полового созревания целесообразно использовать потенциал роста челюстей и устранять сагиттальные аномалии прикуса, эстетические и функциональные нарушения в зубочелюстной области, применяя функциональные методы ортодонтического лечения с помощью регуляторов функции Френкеля (FR 1–3), твин — блока Кларка, а также различных типов активаторов.
3. После завершения активного роста челюстей возможно устранить патологические дисто- и мезиоокклюзию и улучшить форму лица за счет нормализации положения смещенной нижней челюсти, зубоальвеолярной компенсации, в том числе после удаления по ортодонтическим показаниям отдельных зубов или использования места в зубном ряду, возникшего в результате ранней потери отдельных зубов.

#### Список литературы

1. Арсенина О.И., Рогинский В.В., Шамсутдинов А.Г. Роль ортодонта в комплексном лечении пациентов с челюстно-лицевыми деформациями // Ортодент-Инфо. — 1998. — №2. — с. 6 — 12.
2. Гюева Ю.А., Польма Л.В., Гордина Е.С., Томина С.В. Изменение профиля лица как результат ортодонтического лечения мезиальной окклюзии // Матер. VII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. — СПб., 2003. — с. 49.
3. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: Руководство для врачей. — М.: ООО «ИЗПШ «Информкнига», 2007. — 248 с., илл.
4. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. — М.: Центр-Ортодонт, 1996. — 43 с.
5. Польма Л.В. Анализ мягких тканей лица и костей лицевого отдела черепа при физиологической окклюзии зубных рядов. / Л.В.Польма, Ю.А. Гюева // «Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей». — Тверь, 2004 — с. 249.
6. Хорошилкина Ф.Я. и др. Руководство по ортодонтии. — М., «Медицина», 1999.
7. Хорошилкина Ф.Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М., «Медицина», 1976.

8. Alexander R.G. «Wick». The Alexander Discipline / Пер. с англ. С.Н.Герасимова.- СПб.: АОЗТ «Дентал-Комплекс», 1997.-138 с.
9. Bishara S.E., Textbook of Orthodontics.- Mosby, 2001.-P/375-376,387-400
10. Graber T.M., Vanarsdall R.L. Orthodontics Current Principles and Techniques. Second Ed. — St. Louis-Baltimore-Boston-Chicago-London-Madrid-Philadelphia-Sydney-Toronto: Mosby. — 1994.- 965p.
11. Nanda S.K. Growth patterns in subjects with long and short faces // Amer. J.Orthodont.Dentofas. Orthop.-1991.-Vol.98.-№3-P.247-258.
12. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary ortodontics.- Mosby, 1999.-742 p.
13. Racosi T.H. Anthologie und diagnostische Beurteilung des offenen Bisses. — Fortschr. Kieferorthop. — 1982. — Bd. 43. — P. 68 — 73/
14. 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

## ARMONIZAREA NIVELULUI PLANULUI DE OCLUZIE ȘI REECHILIBRAREA OCLUZALĂ ÎN TRATAMENTUL PARODONTITELOR CRONICE MARGINALE ASOCIATE CU EDENȚAȚII PARȚIALE INTERCALATE

**Mariana Ceban**

*Catedra Protetică  
Dentară și Ortodonție*

### Rezumat

Au fost examinați și tratați complex 12 (5b., 7f.) pacienți cu denivelarea planului de ocluzie, modificarea curbelor ocluzale și instalarea dezechilibrului ocluzal ca urmare a parodontitelor cronice marginale asociate cu edentații parțiale intercalate. Refacerea armoniei planului de ocluzie și a reechilibrării ocluzale s-a efectuat prin tehnici ortopedo-protetice în concordanță cu criteriile ocluziei funcționale.

**Cuvinte cheie:** plan de ocluzie, parodontită cronică marginală, edentație parțială, reechilibrare ocluzală.

### Summary

**Restoration of harmony of the level of occlusal plane and occlusal equilibrium at treatment of chronic marginal parodontitis associated with included partial edentation**

There were examined and completely treated 12 (5m., 7f.) patients with changes of harmony of the level of occlusal plane, disorders of occlusal curves because of chronic marginal parodontitis associated with included partial edentation. The restoration of harmony of occlusal plane and occlusal equilibrium was carried out by orthopedical-prosthetic methods according to criteria of functional occlusion.

**Key words:** occlusal plane, chronic marginal parodontitis, partial edentation, occlusal equilibrium.

### Întroducere

În procesul de dezvoltare și formare a arcadei dentare, datorită particularităților de structură a dinților și parodontului ei sunt integrați într-un sistem unic morfofuncțional. Fiecare dinte din arcada dentară ocupă o poziție specifică față de planul de ocluzie format prin unirea marginilor incizivale ale incizivilor centrali inferiori cu vârful cuspizilor vestibulo-distali ai molarilor doi sau mijlocul tuberculilor retromolari. Datorită acestor particularități de implantare suprafețele ocluzale ale dinților laterali sunt situate în plan sagital și transversal la diferit nivel formând astfel curbele de ocluzie sagitale Spee și transversale Monson-Willson (1, 2). În ocluzia fiziologică aceste curbe sunt în armonie cu planul de ocluzie și asigură echilibrul ocluzal prin repartizarea uniformă a forțelor funcționale între unitățile odonto-parodontale menținând astfel homeostazia sistemului stomatognat. Însă sub influența diferitor factori etiologici (caria dentară, abraziunea intensivă a țesuturilor dure dentare, parodontite cronice marginale cu prezența mobilității patologice a dinților, edentații parțiale, lucrări protetice și obturații cu caracter iatrogenic, etc.) conduc la migrarea dinților, deformarea arcadei dentare, denivelarea planului de ocluzie și derigrarea curbelor ocluzale. Toate acestea contribuie la instalarea dez-