

determinată în mare măsură de starea igienei orale și nu de gradul de severitate a procesului ca atare.

Concluzii

1. Frecvența afecțiunilor parodontale la subiecții cu anomalii dentomaxilare este înaltă și alcătuit 77,1% din numărul celor examinați, dintre care: gingivita catarală a constituit 68,6%, gingivita hipertrofică — 20,2%, parodontita — 10,1%.

2. Evaluarea stării parodonțiului în tratamentul ortodontic a determinat variații clinice, dependente de etapa de tratament, medicația parodontală, varietatea aparatului ortodontic, starea igienei orale. Tabloul clinic a fost dominat de gingivita catarală cronică 50,9% — 65,9% din cazuri, în eșantionul I, și 34,5% — 61,4% din cazuri, în eșantionul II, cu exacerbări în 22,8% din cazuri, în eșantionul I, și în 32,2% din cazuri, în eșantionul II. S-a constatat creșterea frecvenței gingivitei hipertrofice cu o valoare veridică diferită în loturi ($p < 0,01$): 22,5% din cazuri, în eșantionul I, și 32,3% din cazuri, în eșantionul II, către 1 an de tratament.

3. Însănătoșirea parodontologică veridică ($p < 0,01$) posttratament la 75,4% dintre pacienți, în eșantionul I, și 66,2% dintre pacienți, în eșantionul II, argumentează necesitatea și eficiența tratamentului ortodontic complex, asociat cu administrarea preparatului BioR la pacienții cu anomalii dentomaxilare și afecțiuni parodontale.

4. Dinamica stării parodonțiului marginal denotă modificări mai semnificative în cazul tratamentului cu aparate ortodontice fixe. Gingivita catarală cronică s-a determinat în 36,1% — 58,3% din cazuri, în grupul 1, și în 52,2% — 75% din cazuri, în grupul 2. Gingivi-

ta hipertrofică a fost mai frecventă în grupul 1, unde atinge cota maximă de 36,1% din cazuri, către 6 luni de tratament.

Obținerea nivelului de însănătoșire parodontologică la 83,4% dintre pacienții tratați cu aparate fixe versus 62,9% dintre cei tratați cu aparate mobilizabile, acordă supremație tratamentului ortodontic cu aparate fixe.

Bibliografie

1. Godoroja P., Spinei A., Spinei Iu. Stomatologie terapeutică pediatrică. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2003, p. 257-267.
2. Granciu Gh. Clasificarea medico-geografică a nivelului prevalenței anomaliilor dentomaxilare a adolescenților Republicii Moldova. Probleme actuale de stomatologie. Materialele Congresului XII național al stomatologilor din Republica Moldova, 3-4 octombrie, 2003, p. 76-79.
3. Dorobăț V., Stanciu D. Ortodonție și ortopedie dento-facială. Editura Medicală, București, 2003, 501 p.
4. Proffit W., Fields H. Contemporary Orthodontics. St. Louis, Mosby-Year Book, 1993, p. 593-596.
5. Dumitriu H., Dumitriu S. Parodontologie. Ed. Viața Medicală Românească, 1999, p. 124-126, 176-178.
6. Eni A. Afecțiunile complexului mucoparodontal. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina. Chișinău, 2007, 380 p.
7. Гюева Ю., Базилян Э., Селезнев Д. Применение карнозина для лечения гингивита у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Ортодонтия, 2005, № 3 (31), с.60-62.
8. Grivu Ov., Podariu A., Băilă A., Pop I. Prevenția în stomatologie. Editura Mirton, Timișoara, 1995, p. 150-157.
9. Artun J., Osterberg S. Periodontal status of secondary crowded mandibular incisors. Long-term results after orthodontic treatment. J. Clin. Periodontol., 1987, 14 (5), p. 261-266.
10. Cardaropoli D., Abundo R., Corrente G. Reduction of gingival recession following orthodontic intrusion in periodontally compromised patients. Orthod. Craniofacial Res., 2004, 7, p. 35-39.
11. Carranza F.A., Newman M.G. Clinical Periodontology. 8th ed., W.B. Saunders Co., 1996, p. 85-100, 559-564.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЗИАЛЬНОГО ПРИКУСА

Резюме

При нарушении соотношения первых постоянных моляров на величину бугорка и более; величине сагиттальной щели между резцами 5 мм и более, наличии трем в области боковых зубов нижней челюсти и отсутствии привычного смещения нижней челюсти назад имеются клинические показания к комбинированному хирургическо-ортодонтическому лечению. Эти клинические случаи должны иметь телерентгенологические подтверждения, такие как угол наклона центральных резцов верхней челюсти к спинальной плоскости должен быть менее 60 градусов; угол наклона резцов нижней челюсти к плоскости ее основания 100 и более градусов; нарушение соотношения передних точек апикальных базисов челюстей в сагиттальном направлении (угол ANB менее 5 градусов, а значение АО-ВО менее 11 мм) и увеличение нижней части гониальных углов 80 градусов и более.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, мезиальный прикус, комбинированное хирургическое и ортодонтическое лечение.

**Панахов Назим Адиль
оглы — Кандидат
медицинских наук, доцент**

*Азербайджанского
медицинского
университета,
Кафедра
ортопедической
стоматологии, Баку*

Summary

THE COMPLEX TREATMENT OF THE MEZIAL BITE

At infringement of a parity of the first constants molars on size tuberculum and more; to size sagital cracks between cutters of 5 mm and more, presence to three in the field of a lateral teeth of the bottom jaw and absence of habitual displacement of the bottom jaw are available clinical indications to the combined surgical-orthodontic treatment back. These clinical cases should have teleradiological acknowledgement, such as the corner of an inclination of the central cutters of the top jaw to a spinal plane should be less than 60 degrees; a corner of an inclination of cutters of the bottom jaw to a plane of its basis of 100 and more degrees; infringement of a parity of forward points apical bases of jaws in sagital direction (corner ANB less than 5 degrees, and value AO-BO less than 11 mm) and increase in the bottom part gonial corners of 80 degrees and more.

Keywords: maxillary-facial anomalies, mezial bite, the combined surgical and orthodontic treatment.

Мезиальный прикус является одной из тяжелых форм аномалий прикуса. Неустранимое в период молочного и сменного прикуса прогеническое соотношение зубных рядов, как правило, переходит в стойкие аномалии в период постоянного прикуса, лечить которые значительно труднее и требуется более продолжительное время. [6, 9]

Мезиальный прикус вызывает множество факторов, таких как наследственность, гипертрофия языка, нестершиеся бугры нижних молочных клыков, ранняя потеря молочных моляров на верхней челюсти, детские вредные привычки, преждевременные контакты зубов, нарушение функции закрывания рта, недоразвитие верхней челюсти, чрезмерное развитие фронтального участка нижней челюсти, неправильная последовательность прорезывания зубов, эндокринопатии, врожденные особенности строения челюстно-лицевого комплекса. [1,2,4]

Распространенность мезиального прикуса у населения, по данным различных авторов, существенно отличается, что можно объяснить отсутствием единого критерия оценки имеющихся аномалий. Особенно часто такие расхождения встречаются в периоде раннего сменного прикуса. [3,5] В результате обследований мы выявили среди 3,13% населения Азербайджана мезиальный прикус.

Саморегуляция мезиального прикуса возможна в незначительных пределах в период начала раннего сменного прикуса. В период прикуса по-

стоянных зубов ортодонтическое лечение таких пациентов, даже при сочетании с удалением отдельных зубов, в большинстве случаев не позволяет достигнуть хороших устойчивых результатов и нередко таким пациентам следует рекомендовать и хирургическую коррекцию.

Успешное проведение комбинированного хирургического и ортодонтического лечения требует интеграции предоперационной ортодонтической, хирургической и послеоперационной ортодонтической фаз лечения. Перед оперативным вмешательством устраняется зубоальвеолярная компенсация, и зубы располагаются правильно по отношению к базису соответствующей кости. Для стабильности и фиксации костных сегментов в ходе хирургического этапа используется элементы эджуайз-техники. После заживления раны вновь начинается ортодонтическое лечение для уточнения окклюзии и завершения коррекции. [7,8,10]

Приводим пример из собственного опыта комбинированного лечения мезиального прикуса.

Выписка из истории болезни № 2128.

Пациентка С., 17 лет, направлена на консультацию в стоматологическую клинику Азербайджанского медицинского университета.

Пациентку беспокоило ее неправильное положение передних зубов на обеих челюстях и массивный подбородок.

Выяснено, что ранее ортодонтическое лечение не проводилось. Такое положение зубов и увеличение нижнего отдела отмечается у тети со стороны отца.

Клиническое обследование: Лицо мезоцефалического типа, симметрично. Профиль — вогнутый. Нижний отдел лица увеличен по сравнению со средним и верхним отделами. Отмечается западение верхней губы при выраженном подбородке (рис 1–3).

Осмотр полости рта: смыкание первых моляров по III классу Энгля. Обратное резцовое перекрытие, перекрестная окклюзия в боковых отделах. Сужение верхнего зубного ряда. Тесное положение фронтальных зубов на верхней челюсти, скученность зубов на нижней челюсти (рис 4–5).

При антропометрическом исследовании диагностических моделей челюстей выявлено: индекс Тона 1,28 при норме 1,33; сужение верхнего зубного ряда на 8,6 мм по сравнению с данными нормы; уменьшена длина переднего отдела верхнего зубного ряда на 3,6 мм; уменьшена ширина апикального базиса верхней челюсти на 5,6 мм.

Анализ ОПТГ выявляет асимметрию левой и правой половин нижней трети лица. Отмечается неправильный осевой наклон фронтальной группы зубов, мезиальный наклон нижних моляров.

Анализ ТРГ головы в боковой проекции: параметры, характеризующие размеры челюстей по сагитали свидетельствуют об увеличении длины ветви и тела нижней челюсти и уменьшенном

размере основания верхней челюсти. Выявлена передняя позиция челюстей к плоскости переднего отдела основания черепа, особенно нижней челюсти, что подтверждает значение угла SNB — 86,7. Нарушено взаимоотношение челюстей в сагиттальной плоскости, что характеризует параметры ANB — 2,8; Wits — число — 10,2.

Дентальный анализ характеризует изменение инклинации верхних и нижних резцов к основанию челюсти с образованием межрезцового угла в пределах 139,8 градусов. Обратная сагиттальная щель 8 мм.

Положение губ к эстетической линии по Ricketts неправильное.

Диагноз: Мезиальная окклюзия зубных рядов. Сужение и укорочение верхнего зубного ряда. Обратная резцовая окклюзия. Двусторонняя перекрестная окклюзия. Тесное положение фронтальных зубов на верхней челюсти. Тесное положение зубов на нижней челюсти. Мезиальный наклон нижних моляров.

План и объем комбинированного ортодонтического и хирургического лечения определялся на основании данных клинического обследования и специальных методов исследования.

Учитывая степень выраженности зубочелюстной аномалии, недоразвитие верхней челюсти и переднее положение нижней челюсти при чрезмерном размере и форме нижнего зубного ряда, принято решение провести комплексное лечение: предварительное ортодонтическое лечение с последующим хирургическим лечением на обеих челюстях с удалением третьих моляров на нижней челюсти.

Было проведено следующее ортодонтическое лечение с несъемной эджвайс системой — техникой прямой дуги: нивелирование зубов на верхней и нижней челюсти; коррекция положения зубов в альвеолярном отростке челюстей с учетом их правильного, естественного положения; нормализация формы верхнего и нижнего зубного ряда (рис. 6–7). Далее проводилось хирургическое лечение на обеих челюстях. Для репозиции верхней челюсти использовалась остеотомия по LeFort I, смещение нижней челюсти назад осуществлялось по методу двусторонней сагиттальной остеотомии BSSO посредством внутриротового доступа (рис. 8).

В результате комбинированного лечения достигнута нормализация окклюзии с наличием правильного фиссурно-бугорковых контактов в боковых отделах и режуще-бугорковых контактов во фронтальном отделе с нормальным резцовым перекрытием, смыкания моляров и клыков по I классу (рис. 9–11). Улучшен профиль лица за счет нормализации соотношения губ при уменьшении субназального угла (рис. 12–14). На ОПТГ челюстей наблюдается правильное взаимоотношение зубов при правильном осевом наклоне.

Для стабилизации результата лечения фиксировали ретейнеры на верхней и нижней челюсти в пределах фронтальной группы зубов.

Обобщая литературные данные и результаты собственных исследований, можно прийти к выводу, что при мезиальном прикусе ограничением ортодонтического лечения являются следующие клинические и телерентгенологические критерии. При нарушении соотношения первых постоянных моляров на величину бугорка и более; величине сагиттальной щели между резцами 5 мм и более, наличии трем в области боковых зубов нижней челюсти и отсутствии привычного смещения нижней челюсти назад имеются клинические показания к комбинированному хирургическо-ортодонтическому лечению. Эти клинические случаи должны иметь телерентгенологические подтверждения, такие как угол наклона центральных резцов верхней челюсти к сагиттальной плоскости должен быть менее 60 градусов; угол наклона резцов нижней челюсти к плоскости ее основания 100 и более градусов; нарушение соотношения передних точек апикальных базисов челюстей в сагиттальном направлении (угол ANB менее 5 градусов, а значение АО–ВО менее 11 мм) и увеличение нижней части гониальных углов 80 градусов и более.

Таким образом, в своевременном выявлении и устранении факторов риска, способствующих возникновению зубочелюстных аномалий, большое значение имеет активное участие родителей, медицинского персонала и воспитателей детских дошкольных учреждений. Непременным условием этого участия является их осведомленность по всему аспекту вопросов, касающихся причин возникновения стоматологических заболеваний у детей, включая зубочелюстные аномалии.



Рис. 1. Лицо пациентки С. до лечения: анфас.



Рис. 2. Лицо пациентки С. до лечения: профиль.



Рис. 3. Лицо пациентки С. до лечения: профиль.



Рис. 7. Нивелирование, коррекция формы зубных рядов.



Рис. 4. Смыкание зубных рядов пациентки С. до лечения.



Рис. 8. Полость рта пациентки С. после операции.



Рис. 5. Смыкание зубных рядов пациентки С. до лечения.



Рис. 9. Прикус пациентки С. после лечения.



Рис. 6. Нивелирование, коррекция формы зубных рядов.

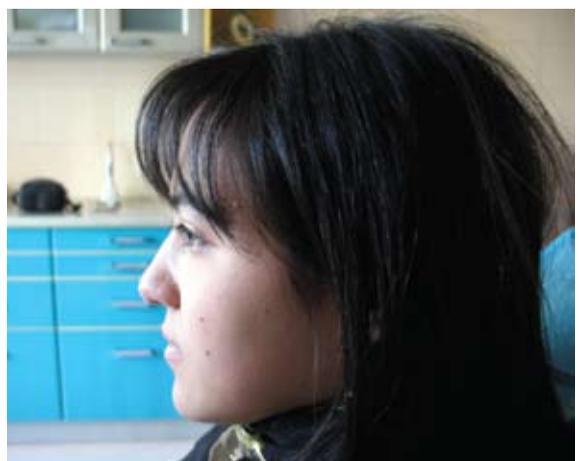


Рис. 10. Прикус пациентки С. после лечения.



Рис. 11. Прикус пациентки С. после лечения.



Рис. 14. Лицо пациентки С. после лечения: профиль.



Рис. 12. Лицо пациентки С. после лечения: анфас.



Рис. 13. Лицо пациентки С. после лечения: профиль.

Литература

1. Алимова М.Я. Клиника, профилактика и лечение аномалий и деформаций, вызванных ранним удалением молочных моляров. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж. 2000, 29 с.
2. Гараев З.И. Генетические аспекты зубочелюстных аномалий и роль инбридинга в их структуре и частоте распространения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, М. 2000, 39 с.
3. Кулагина Е.Л. Объем и последовательность ортодонтического лечения при костно-реконструктивном исправлении зубочелюстных аномалий и деформаций. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006, 21 с.
4. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. М., 1998, 298 с.
5. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями. М: Медпресс-информ., 2005, 224 с.
6. Bailey L.J., Duong H.L., Proffit W.R. Surgical Class III treatment: long-term stability and patient perceptions of treatment outcome. // Int. J. Adult. Orthod. Orthogn. Surg., 1998, 13:35-44.
7. Keles A., Erverdi N., Sezen S. Bodily distalization of molars with absolute anchorage. // Angle Orthod., 2003, 73:471-482.
8. Proffit W.R., Phillips C., Turvey T.A. Stability after surgical-orthodontic correction of skeletal Class III malocclusion. // Int. J. Adult Orthod. Orthognath. Surg., 1991, 6:211-225
9. Ravindra N. Biomechanics and esthetic strategies in clinical orthodontics. New York, 2008, 386 p.
10. Sugawara J., Asano T., eds. Seeking a consensus for Class III treatment. Osaka: Tokyo Rinsho Shuppan., 2002, p.148-155.