

## ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

Меziальная окклюзия зубных рядов – одна из самых сложных челюстно-лицевых аномалий. Распространенность аномалии 3 класса, по данным W.R. Proffit, составляет 4% [4], по данным Ф.Я. Хорошилкиной – 5-6%, и зависит от изучаемой популяции [7]. В 60% случаев эта аномалия характеризуется тяжелыми морфологическими и функциональными нарушениями в ЧЛЮ, такими как изменение положения челюстей в пространстве черепа, несоответствие размеров челюстей, а также изменениями лицевых пропорций, нарушением эстетики лица, вследствие чего страдает социальная адаптация пациентов, уровень и качество их жизни. Чаще всего это генетически детерминированная аномалия развития челюстно-лицевой области, что также свидетельствует о ее тяжести.

Несмотря на множество исследований, диагностика и выбор метода лечения данной аномалии остаются актуальными и на сегодняшний день. Отечественные и зарубежные ученые неоднократно предпринимали попытки объективно оценить степень морфологических нарушений при меziальной окклюзии с целью выбора метода, сроков, коэффициента сложности лечения [1, 2], экспертной оценки эффективности ортодонтического лечения [5, 6], однако нередко предлагаемые критерии противоречат друг другу.

W.R. Proffit указывает, что начало лечения меziальной окклюзии может варьировать от раннего возраста до более позднего (взрослых пациентов) [4]. При этом сроки лечения дольше, если оно начато раньше, т.к. в этих случаях предполагается двух-этапное лечение: в раннем периоде – влияние на рост



**Мягкова Н.В.**

к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург, myagkova@usma.ru



**Бельдягина М.М.**

ординатор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

### Резюме

Несмотря на множество исследований, диагностика и планирование лечения пациентов с меziальной окклюзией остаются актуальными и на сегодняшний день. Авторами предложен способ комплексной количественной оценки степени тяжести морфологических признаков меziальной окклюзии у взрослых пациентов, позволяющий провести обоснованный выбор метода лечения.

*Ключевые слова:* меziальная окклюзия, степень тяжести, взрослые пациенты.

### THE CHOICE OF TREATMENT BASED ON A QUANTITATIVE ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF MESIAL OCCLUSION

Myagkova N.V., Beldyagina M.M.

### The summary

Despite much research, diagnosis and treatment planning of patients with mesial occlusion remain relevant today. The authors propose a method of comprehensive quantitative assessment of the severity of morphological characters mesial occlusion in adult patients, which allows to carry out a reasonable choice of treatment.

*Keywords:* mesial occlusion, severity, adult patients.

челюстей, позже – на нормализацию окклюзионных контактов.

S.E. Bishara предлагает использовать Wits-число для выбора метода лечения пациентов с мезиальной окклюзией [8]. Однако только этот критерий не может являться единственным ориентиром для выбора метода лечения.

Ю.А. Гюева предложила более подробно оценивать мезиальную окклюзию, основываясь на степени таких морфологических параметров, как соотношение моляров, клыков, величина сагиттальной щели, Wits-число и угол ANB [2].

Р.А. Фадеев предлагает проводить оценку зубочелюстно-лицевой аномалии по четырем параметрам: морфология, эстетика, окклюзия, функция во всех трех изучаемых плоскостях, а также оценивать степень тесного положения зубов, наличие адентии и ретенции. По мнению автора, данный метод позволяет выбирать тактику лечения, однако мы считаем, что методика больше подходит для его экспертизы результатов, так как отсутствует общая количественная оценка [5, 6].

Таким образом, при планировании лечения авторы опираются на стандартные нормы при расчете боковой телерентгенограммы головы, но изменчивость мягких тканей, покрывающих костные структуры, свидетельствует, что зубочелюстные характеристики не всегда могут служить хорошим ориентиром для выбора метода лечения и решения проблемы дисгармонии лица [4]. Ни в одном способе также не учитываются отсутствие зубов и вторичные деформации зубных рядов, которые осложняют аномалию и влияют на выбор метода лечения у взрослых пациентов [3].

### Цель работы

Разработать комплексную количественную оценку степени тяжести нарушений при гнатических формах мезиальной окклюзии для выбора метода лечения.

### Материал и методы

Проведено первичное комплексное обследование и лечение 47 пациентов от 16 до 38 лет с гнатическими формами мезиальной окклюзии. Предложена схема («Способ выбора вида лечения мезиальной окклюзии» №2012157425, приоритет от 26.12.2012 г.) комплексной количественной оценки степени тяжести морфологических признаков мезиальной окклюзии у взрослых пациентов, включающая 5 блоков:

- оценка анамнеза,
- оценка лицевых параметров,
- оценка окклюзии зубных рядов,

- анализ ОПТГ,
- анализ ТРГ.

Оценка всех параметров проводилась в баллах (табл. 1). В зависимости от вида и степени нарушения, параметрам присваивалось определенное количество баллов:

0 баллов – нет нарушений,

1 балл – нарушение может быть устранено ортодонтическим лечением,

2 балла – нарушение исправляется только с помощью хирургической коррекции,

3 балла – сочетание гнатических форм мезиальной окклюзии с челюстно-лицевой асимметрией.

**1 блок** – оценка анамнеза. Учитывалось наличие или отсутствие наследственного компонента у родственников. Наличие генетической предрасположенности оценивалось как фактор, осложняющий ортодонтическое лечение, в 1 балл, отсутствие – в 0 баллов. Наследственный характер аномалии в обследованной группе определялся у 87,5% пациентов.

**2 блок** – анализ лицевых признаков. Оценивались такие параметры, как симметрия и пропорциональность лица, положение губ относительно истинной вертикали, экспозиция резцов, тип профиля, положение подбородка, величина назолабиального угла.

Наличие у пациента горизонтального типа роста лица оценивалось в 1 балл, т.к. это может быть устранено ортодонтическими методами. Вертикальный тип роста или «синдром длинного лица», вогнутый профиль оценивался в 2 балла, поскольку эти симптомы мезиального прикуса устраняются только хирургическим способом.

Наличие про/ретрогении оценивалось в 2 балла (рис. 1).

Челюстно-лицевая асимметрия в сочетании с признаками скелетных форм мезиальной окклюзии у взрослых оценивалась в максимальное количество – 3 балла.

При анализе лицевых признаков в обследованной группе асимметрия лица выявлена у 87% пациентов, следовательно, по 2 блоку (оценка лицевых признаков) эти пациенты получили максимальное количество баллов.

**3 блок** – оценка окклюзии зубных рядов. Оценивались стандартные показатели, такие как несоответствие длины зубных рядов, величина сагиттальной и вертикальной щели, скученность зубов. Сагиттальная щель до 3 мм оценивалась нами в 1 балл, более 4 мм – в 2 балла. Вертикальная резцовая дизокклюзия до 3 мм – в 1 балл, более 4 мм – в 2 балла (рис. 1).

Таблица 1

**Пример заполнения «Схемы комплексной количественной оценки степени тяжести морфологических признаков мезиальной окклюзии»**

Ф.И.О. Пациент А. Возраст 18 лет			
<b>I. Анамнез</b>			
1. Наследственный характер патологии	<b>ДА (1)</b>	НЕТ (0)	
<b>II. Анализ лицевых признаков</b>			
2. Принужденное положение н/ч			
По сагиттали	ДА (1)	<b>НЕТ (0)</b>	
По трансверзали	ДА (1)	<b>НЕТ (0)</b>	
3. Челюстно-лицевая асимметрия	ДА (3)	НЕТ (0)	
4. Тип лица:	<b>Короткий (1)</b>	Средний (0)	Длинный (2)
5. Назолабиальный угол	<b>Норма (0)</b>	Увеличен (1)	Уменьшен (1)
6. Положение губ относительно TVL:			
Верхняя губа (ULA) -9,2+/-2,2 -12,1+/-1,8	ДА (0)	<b>НЕТ (1)</b>	
Нижняя губа (LLA) -5,3+/-1,5 -7,1+/-1,6	ДА (0)	<b>НЕТ (1)</b>	
7. Экспозиция резцов в/ч:			
В покое	Норма (0)	Чрезмерная (1)	<b>Недостаточная(1)</b>
При улыбке	Норма (0)	Чрезмерная (1)	<b>Недостаточная(1)</b>
8. Подбородок	<b>Прогения (2)</b>	Ретрогения (2)	Нормогения (0)
9. Профиль	<b>Выпуклый до 14° (0)</b>	Выпуклый более 14° (1)	Вогнутый (2)
ИТОГО	<b>10</b>		
<b>III. Окклюзия зубных рядов</b>			
10. Несоответствие длины зубных рядов	На ½ коронки зуба (1)	<b>На 1 зуб и более (2)</b>	
11. Деформация оккл. плоскости	ДА (1)	НЕТ (0)	
12. Сагиттальная дизокклюзия	До  4  мм (1)	<b> 4  мм и более (2)</b>	
13. Вертикальная дизокклюзия	До 4 мм (1)	4 мм и более (2)	
14. Скученность зубов	В/Ч (1)	Н/Ч (1)	
15. Биотип десны	Тонкий (1)	<b>Толстый (0)</b>	
ИТОГО	<b>4</b>		
<b>IV. Анализ ОПТГ</b>			
16. Отсутствие зубов	<b>НЕТ (0)</b>	В/Ч (1)	Н/Ч (1)
17. Дистопия третьих моляров	НЕТ (0)	<b>В/Ч (1)</b>	<b>Н/Ч (1)</b>
18. Ретенция зубов	<b>НЕТ (0)</b>	В/Ч (1)	Н/Ч (1)
19. Наличие трем между зубами	<b>НЕТ (0)</b>	В/Ч (1)	Н/Ч (1)
20. Признаки узкого апикального базиса (конвергенция клыков)	<b>НЕТ (0)</b>	В/Ч (1)	Н/Ч (1)
21. Деформация угла нижней челюсти	<b>ДА (1)</b>	НЕТ (0)	
22. Асимметрия ветвей Н/Ч	<b>ДА (1)</b>	НЕТ (0)	
ИТОГО	<b>4</b>		
<b>V. Анализ ТРГ</b>			
23. Угол ANB	От 0° до 4° (0)	от  4°  до  6°  -1° до -3° (1)	<b> 6°  и более (2)</b>
24. Несоответствие размеров чел.	до 8 мм (1)	<b>8 мм и более (2)</b>	
25. WITS	1- 6 (1)	<b>7 и более (2)</b>	
26. Протрузия резцов В/Ч	<b>ДА (1)</b>	<b>НЕТ (0)</b>	
27. Протрузия резцов Н/Ч	ДА (1)	<b>НЕТ (0)</b>	
ИТОГО	<b>7</b>		
ОБЩИЙ ИТОГ	<b>26</b>		

При оценке параметров окклюзии среди обследованных пациентов среднее число баллов по блоку составило 5,6 балла, при этом минимальное количество баллов (3 балла) определялось у пациентов с ранним ортодонтическим лечением.

**4 блок** – анализ панорамной рентгенограммы (ОПТГ). Оценивали отсутствие зубов, деформации углов, несоответствие длины ветвей нижней челюсти. Каждый параметр оценивали в 1 балл (рис. 2).

Среднее значение по блоку среди обследованных составило 4,4 балла, максимальное количество баллов (7) наблюдалось у пациентов с вторичными деформациями зубных рядов, вследствие аномалии окклюзии и вторичной адентии.

**5 блок** – анализ боковой телерентгенограммы головы (ТРГ). Оценивали 5 стандартных угловых и линейных параметров, характеризующих морфологические нарушения гнатических форм мезиальной окклюзии (рис. 3).

По этому блоку в исследуемой группе значение составило 5,4 балла, максимальное значение в 7 баллов определялось у пациентов с выраженными диспропорциями размеров челюстей, протрузией резцов верхней челюсти.

Баллы складывались по каждому блоку отдельно, далее подводился общий итог.

## Результаты и обсуждение

По предложенному нами способу проведен анализ 47 историй болезни пациентов с гнатическими формами мезиальной окклюзии, прошедших ортодонтическое или комбинированное ортодонто-хирургическое лечение.

Из числа обследуемых наибольшее количество баллов (33 балла) было у пациентов с мезиальной окклюзией, осложненной адентией и вторичными деформациями окклюзионной плоскости, а также при сочетании с челюстно-лицевой асимметрией.

Наименьшее количество баллов установлено у пациентов, прошедших раннее ортодонтическое лечение (20 баллов).

Таким образом, исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Комплексное количественное определение морфологических нарушений у пациентов с гнатическими формами мезиальной окклюзии позволяет определить степень тяжести зубочелюстной аномалии.

2. Выявлено минимальное значение степени тяжести гнатической формы мезиальной окклюзии для выбора комбинированного ортодонто-хирургического метода лечения – 20 баллов (рис. 4).

3. В случае меньшей степени тяжести аномалии пациенту может быть предложен ортодонтический метод лечения (дентоальвеолярная компенсация)

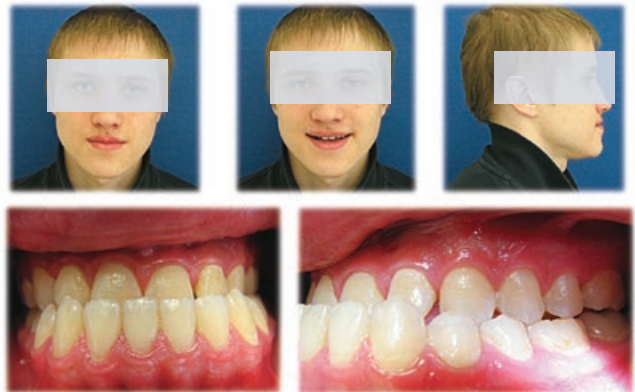


Рис. 1. Лицо и окклюзия зубных рядов пациента А. до лечения



Рис. 2. Ортопантомограмма пациента А. до лечения



Рис. 3. Боковая телерентгенограмма пациента А. до лечения





Рис. 4. Лицо и окклюзия зубных рядов пациента А. после комбинированного ортодонтно-хирургического лечения

4. Максимальное количество баллов (33) определено у пациентов с мезиальной окклюзией, осложненной отсутствующими зубами, вторичными деформациями зубных рядов, челюстно-лицевой асимметрией.

5. Проведение раннего ортодонтического лечения уменьшает степень тяжести гнатических форм мезиальной окклюзии.

#### ЛИТЕРАТУРА

6. Бимбас Е.С. Дифференциальная диагностика и лечение разновидностей мезиального прикуса. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. 1989 г.
7. Гюева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов (клиническая картина, диагностика, лечение): Учебное пособие. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – С. 192.

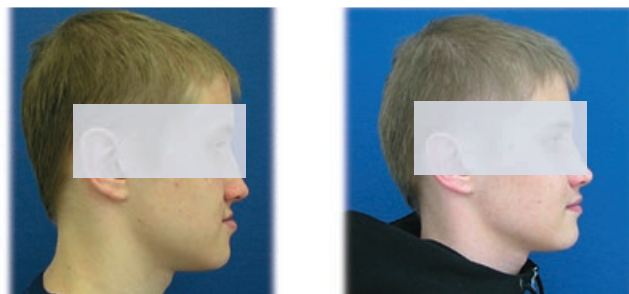


Рис. 5. Сравнение профиля лица пациента А. до (а) и после (б) ортогнатической хирургии

8. Мягкова Н.В., Бимбас Е.С. Окклюзионные нарушения у взрослых пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями // Ортодонтия, 2003. – №4. – С. 31-34.
9. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Уильям Р. Проффит; Перевод с англ.; Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С.Персина. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.: ил.
10. Фадеев Р.А., Исправникова А.Н. Система количественной оценки зубочелюстных аномалий // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 28-30.
11. Фадеев Р.А. Классификации зубочелюстных аномалий. Система количественной оценки зубочелюстно-лицевых аномалий / Р.А.Фадеев, А.Н.Исправникова. – СПб: Изд-во Н-Л, 2011. – 68 с.
12. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с: ил.

*Новые модели, ткани и цвета!*

*Art Line*  
медицинская одежда  
medicine wear

*работаем ежедневно без перерывов и выходных с 10:00 до 20:00*

*Приглашаем посетить наш магазин*  
*г. Екатеринбург, ул. Малышева, 1*  
*+7 (343) 376-50 89*

[www.medpodium.ru](http://www.medpodium.ru)