

ЛИЦЕВЫЕ ПРИЗНАКИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЗИАЛЬНЫМ ПРИКУСОМ С УЧЕТОМ ТИПА РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Хандогий Д. В.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра ортодонтии, г. Минск, Беларусь*

Введение. Несмотря на расширение возможностей диагностики и лечения в ортодонтии, мезиальный прикус остается одной из наиболее тяжело поддающихся лечению патологий. Вопросам лечения мезиального прикуса посвящены многие исследования в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Однако пока не существует единого алгоритма лечения и профилактики аномалии. Применение новых перспективных методов диагностики позволит расширить характеристику заболевания, повысить эффективность лечения и уточнить прогноз в ближайшие и в отдаленные сроки лечения мезиального прикуса.

Цель работы – выявить наиболее характерные лицевые признаки у пациентов с мезиальным прикусом в зависимости от типа роста лицевого скелета.

Объекты и методы. Клинические исследования были проведены на кафедре ортодонтии УО «Белорусский государственный медицинский университет». В исследовании участвовали 30 человек с мезиальным прикусом, из них 16 – с горизонтальным типом роста и 14 – с вертикальным типом роста лицевого скелета. Средний возраст обследуемых лиц составлял 32 года, что соответствует периоду сформированного постоянного прикуса. При выполнении работы тип роста лицевого скелета оценивался по следующим антропометрическим величинам: отношение задней и передней высот лицевого отдела черепа (S_{Go}/N_{Me}), угол наклона плоскости тела нижней челюсти к плоскости переднего отдела черепа ($\angle ML-NSL$), суммы трех углов ($\angle NSAr + \angle SA_{rGo} + \angle ArGoMe$), нижний гониальный угол ($\angle NGoMe$), лицевой угол по Риккетсу ($\angle NBa/PtGn$), межчелюстной угол ($\angle NL/ML$), угол $NSGn$.

Исследование лицевых признаков у пациентов проводили методами морфометрического анализа, изучением боковых телерентгенограмм (ТРГ) головы и фотографий.

В ходе исследования для каждого пациента определяли: величину угла Holdway, профиль лица по Ф. Я. Хорошилкиной, величину угла Т, тип лица по Шварц, тип профиля по Шварц, величину носогубного угла, профиль губ по Коркхауз, нулевой меридиан по Гонзалесу-Уллоа, тип профиля по Штайнеру, кривизну профиля, величину угла Fma , взаимоотношение средней и нижней высот лица.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием стандартного пакета программ статистического анализа Statistica 6.0.

Результаты. При обследовании было выявлено, что у обеих групп пациентов медианное значение угла Holdway составило 7° (5–13). При оценке профиля по Ф. Я. Хорошилкиной выявлено превалирование 3 типа лица по Ф. Я. Хорошилкиной, так же у обеих групп пациентов. Измерение угла T составило 8° (5–15) для обеих групп. Анализ типа лица по Шварц выявил, что для пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета в $50 \pm 7\%$ характерен средний прямой профиль. Для пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета в $79 \pm 14\%$ характерен прямой скошенный кзади профиль. Оценка типа профиля по Шварц выявила различия для пациентов обследуемых групп. Так для пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета в $37,5 \pm 17\%$ характерно трансфронтальное лицо, тогда как для пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета в $36 \pm 15\%$ характерно цисфронтальное лицо и, так же в $36 \pm 15\%$, характерно мезофронтальное лицо. Анализ профиля губ по Коркхауз выявил в $56 \pm 12\%$ у пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета негативную ступеньку. В $64 \pm 14\%$ пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета так же была определена негативная ступенька. В результате измерения нулевого меридиана по Гонзалесу-Уллоа установлено, в $50 \pm 22\%$ наблюдений точка pr находится кзади от медианы, и в $50 \pm 22\%$ точка pr находится кпереди от медианы – для пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета; в $50 \pm 22\%$ наблюдений точка pr находится кпереди от медианы – для пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета. При оценке типа профиля по Штайнеру отмечено, что для пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета ретрузионный профиль встречается в $71,4 \pm 14\%$, а у пациентов с горизонтальным типом роста лицевого скелета ретрузионный профиль констатируется в $62,5 \pm 13\%$. Определение кривизны профиля: в $56,25 \pm 17\%$ для пациентов с горизонтальным типом роста характерен выпуклый профиль, в $50 \pm 22\%$ для пациентов с вертикальным типом роста так же характерен выпуклый профиль. При измерении всех перечисленных выше показателей статистически достоверных различий получено не было. Исследовано распределение признака в малой группе.

При измерении угла Fma были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$). Медианное значение данного параметра для пациентов с горизонтальным типом роста составило 25° (23–28), для пациентов с вертикальным типом роста – $31,5^\circ$ (30–33). При расчете взаимоотношения средней и нижней высот лица так же были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$). Для пациентов с горизонтальным типом роста оно составило 1,18 (1–1,25), для пациентов с вертикальным типом роста – 1,3 (1,07–1,37).

Заключение. В ходе исследования установлено, что для уточнения

патогенеза и планирования лечения мезиального прикуса необходимо использовать значения угла $F_{\text{ма}}$ и вертикального соотношения, характеризующих тип роста лицевого скелета. Лечение пациентов с мезиальным прикусом необходимо проводить с учетом типа роста лицевого скелета на основании анализа фотографий лица и боковых ТРГ головы.

Литература.

1. Гиоева, Ю. А. Мезиальная окклюзия зубных рядов (клиническая картина, диагностика, лечение) / Ю. А. Гиоева, Л. С. Персин. – М: «Медицина», 2008. – 189 с.
2. Проффит, У. Р. Современная ортодонтия / У. Р. Проффит. – М: «МЕДпресс-информ», 2006. – 620 с.
3. Частная ортодонтия: учеб.-метод. пособие / И. В. Токаревич [и др]. – Минск: БГМУ, 2011. – 84 с.