

**АКТУАЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ  
СООТНОШЕНИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С  
САГИТТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА**

Лихота К.Н.

Институт стоматологии НМАПО имени П. Л. Шупика

г. Киев, Украина

Введение. Единство зубочелюстной системы обеспечивается тесным взаимодействием зубных рядов, челюстей, жевательной и мимической мускулатуры, височно-нижнечелюстных суставов [1,2]. Сагиттальные аномалии прикуса приводят к значительным патологическим изменениям зубочелюстной системы, что существенно влияет на качество жизни пациентов.

Цель работы. Анализ окклюзионных соотношений зубочелюстной системы и функциональной активности жевательных мышц у пациентов разных возрастных групп с сагиттальными аномалиями прикуса до ортодонтического лечения.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ окклюзионных соотношений зубочелюстной системы.

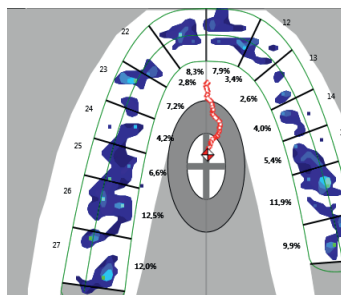
I группу составили 20 человек 6-12 лет, II – 20 человек 13-17 лет, а III – 20 человек 18-36 лет. В каждую из групп были включены пациенты как с дистальной, так и с мезиальной окклюзией; 27 человек с интактными зубными рядами аналогичного возраста составили контрольную группу.

Оценку окклюзионных контактов проводили с помощью компьютеризированного анализа окклюзии T-Scan III (США).

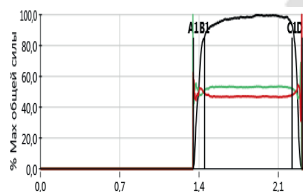
При проведении окклюдзографии нами были проанализированы количественные и качественные показатели [3,4]: индекс асимметрии между сторонами (%); промежуток времени от первого до стабильного множественного окклюзионного контакта (occlusion time, ОТ) (сек) время появления максимального количества зубных контактов (сек) время дисклюзии (disclusion time) – интервал времени, необходимый для того, чтобы из положения максимального количества фиссурно-бугорковых контактов достичь положения контакта нижних зубов с резцами или клыками во время движения нижней челюсти вперед или в сторону (сек), наличие преждевременных контактов на естественных зубах; направление траектории суммарного вектора окклюзионной нагрузки.

Результаты. Как показали проведенные исследования, у пациентов с ортогнатическим прикусом (контрольная группа) индекс асимметрии составил от  $5,2 \pm 2,1\%$  до  $6,0 \pm 2,3\%$  и свидетельствовал о рациональном распределении окклюзионного давления между правой и левой стороной зубного ряда.

Промежуток времени от первого до стабильного множественного окклюзионного контакта составлял от  $0,12 \pm 0,05$  сек до  $0,20 \pm 0,05$  сек., а время дисклюзии – от  $0,30 \pm 0,04$  сек до  $0,38 \pm 0,05$  сек. Преждевременных контактов у пациентов выявлено не было. Траектория суммарного вектора окклюзионной нагрузки была ориентирована от точки между центральными резцами к условной точке пересечения средней и горизонтальной линий, проведенных на уровне дистального края первых моляров (рис.1).



А



Б

Рис.1. Результаты компьютерной окклюзиографии пациентки К, 14 лет с ортогнатическим прикусом (А–2-D изображение окклюзионных контактов, Б – графическое изображение окклюзионных контактов)

Совсем другие результаты были получены нами при определении аналогичных показателей у пациентов с сагиттальными аномалиями прикуса.

Индекс асимметрии относительной силы между сторонами зубных рядов у пациентов исследуемых групп значительно возростал и приводил к нефизиологическому перераспределению нагрузок, по сравнению с показателями пациентов с интактными зубными рядами из-за несоответствия окклюзионных контактов и составил относительно I, II и III групп  $-17,6 \pm 4,2\%$ ,  $26,5 \pm 5,7\%$  и  $32,6 \pm 5,5\%$  при дистальной окклюзии против аналогичных показателей контроля –  $5,2 \pm 2,1\%$ ,  $6,3 \pm 2,1\%$  и  $6,0 \pm 2,3\%$  соответственно ( $p \leq 0,05$ ). Надо отметить, что данные показатели отличались не только от показателей контрольной группы, а также и между группами наблюдения. В III исследуемой группе полученные показатели статистически отличались от результатов предыдущих групп исследований, что указывает на более выраженные окклюзионные нарушения у лиц 18-36 лет по сравнению с пациентами младшей возрастной категории. У большинства пациентов наблюдали наличие преждевременных окклюзионных контактов и неправильное расположение траектории суммарного вектора окклюзионной нагрузки.

Во всех исследуемых выявлено увеличение времени наступления максимального количества зубных контактов ( $0,44 \pm 0,06$  сек.,  $0,58 \pm 0,06$  сек.,  $0,72 \pm 0,06$  сек. соответственно к лицам с дистальной окклюзией I, II и III возрастных групп по сравнению с показателями контроля –  $0,25 \pm 0,03$  сек.,  $0,22 \pm 0,02$  сек. и  $0,19 \pm 0,04$  сек. соответственно) ( $p \leq 0,05$ ).

Выводы. Проведенные окклюдзиографические исследования у пациентов с сагиттальными аномалиями прикуса показали рост индекса асимметрии относительной силы между сторонами зубных рядов ( $17,6 \pm 4,2\%$ ,  $26,5 \pm 5,7\%$  и  $32,6 \pm 5,5\%$  при дистальной окклюзии против аналогичных показателей контроля –  $5,2 \pm 2,1\%$ ,  $6,3 \pm 2,1\%$  и  $6,0 \pm 2,3\%$  соответственно) ( $p \leq 0,05$ ), наличие преждевременных контактов и неправильное расположение траектории суммарного вектора окклюдзионной нагрузки. Был отмечен значительный рост промежутка окклюдзионного времени и увеличение времени наступления максимального количества зубных контактов ( $0,44 \pm 0,06$  сек.,  $0,58 \pm 0,06$  сек.,  $0,72 \pm 0,06$  сек. соответственно к лицам с дистальной окклюзией I, II и III возрастных групп по сравнению с показателями контроля –  $0,25 \pm 0,03$  сек.,  $0,22 \pm 0,02$  сек. и  $0,19 \pm 0,04$  сек. соответственно) ( $p \leq 0,05$ ). Динамика показателей ухудшалась с возрастом.

#### Литература:

1. Лихота К. Н. Определение биофункциональной активности мышц челюстно-лицевой области при лечении мезиального прикуса функциональной аппаратурой / К. Н. Лихота, А. В. Кочин, А. В. Петриченко // Медичні перспективи. – 2013. – Т. XVIII, № 4. – С. 106-108.

2. Павленко А. В. Электромиографическая оценка функциональной активности жевательных мышц у пациентов с ортопедическими конструкциями с опорой на имплантаты / А. В. Павленко, В. И. Бида, Е. Н. Дорошенко и др. // Современная стоматология. – 2012. - № 3 (62). – С. 131-134.

3. Kerstein R. B., Grundset K. Obtaining bilateral simultaneous occlusal contacts with computer analyzed and guided occlusal adjustments. QuintessenceInt. 2001; 32:7- 18.

4. Огир Е.С. Оценка окклюзии после проведенного ортодонтического лечения с помощью компьютерной программы T-Scan / Е.С. Огир, М. А. Колесов, А. В. Осипов // Ортодонтия. – 2009. - № 4. – С. 40-43.