

Белая А.А.

КРИВАЯ ШПЕЕ В ОРТОДОНТИИ

Научный руководитель: ст. преп. Данилюк М.В.

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Кривая Шпее является фундаментальным понятием в практике врача-ортодонта. Ее формирование является результатом сочетания генетических, экологических и функциональных факторов. Впервые кривая Шпее была описана немецким анатомом Ф. Графф фон Шпее в 1890 году и до настоящего времени не теряет своей актуальности в изучении, так как является необходимым ключом для достижения оптимальной окклюзии, функции, эстетики, а также для профилактики и лечения дисфункции ВНЧС.

Цель: изучить влияние функциональных факторов на глубину кривой Шпее, методы измерения кривой Шпее, выявить корреляцию ее глубины с типом смыкания зубных рядов.

Материалы и методы. На кафедре ортопедической стоматологии и ортодонтии было проведено обследование 20 пациентов в возрастном диапазоне от 18 до 25 лет, не подвергавшихся ранее ортодонтическому лечению и не имеющих в анамнезе адентии постоянных зубов. Клиническую диагностику осуществляли с помощью проведения опроса, внешнего и внутриротового осмотра. Каждому пациенту с помощью антропометрического метода проводили измерения глубины кривой Шпее по методикам Baldrige, Sondhi, Bishara, Braun и Marshall на диагностических гипсовых моделях. Все пациенты были разделены на 3 группы, соответствующие 1 классу (n = 10), 2 классу (n=7), 3 классу (n = 3) смыкания зубных рядов по Энгля.

Результаты и их обсуждение. 1) В ходе опроса, анализа анамнестических данных было установлено, что среди всех опрашиваемых, пациенты с дистальным прикусом имели наибольший процент вредных привычек (85,7%) и использовали соску более одного года (28,6%). В ходе клинического осмотра было выявлено, что у пациентов с мезиальным прикусом чаще других встречается ротовой тип дыхания (33,3%). Жалобы на хрусты и щелчки в ВНЧС, а также несимметричные движения челюсти при открывании/закрывании рта имеют 71,4% пациентов с дистальным прикусом и 30% пациентов с нейтральным прикусом. 2) Антропометрические измерения диагностических гипсовых моделей челюстей 20 обследуемых пациентов дали следующие средние показатели:

- при нейтральном прикусе: 4,3 мм по Braun, 5,16 мм по Sondhi, 2,89 мм по Bishara, 2,15 мм по Marshall, 5,33 мм справа и 6,4 мм слева по Baldrige;

- при дистальном прикусе: 6,5 мм по Braun, 8,9 мм по Sondhi, 4,6 мм по Bishara, 3,25 мм по Marshall, 8,9 мм справа и 9,4 мм слева по Baldrige;

- при мезиальном прикусе: 3,83 мм по Braun, 5 мм по Sondhi, 2,2 мм по Bishara, 1,9 мм по Marshall, 5 мм справа и 3,7 мм слева по Baldrige.

Выводы.

1) Патология функциональных факторов зубочелюстного аппарата прямопропорционально связана с углублением кривой Шпее.

2) Антропометрические измерения гипсовых моделей челюстей 20 обследуемых пациентов показали, что все 5 известных методов измерения выявили одинаковую корреляцию между глубиной кривой Шпее и типом смыкания зубных рядов, что говорит об адекватности и надежности любого из них при необходимости оценки данного показателя: наиболее выраженная кривая наблюдается у пациентов с дистальным прикусом, наименее глубокая – у пациентов мезиальным типом смыкания зубных рядов.

Таким образом, измерение кривой Шпее является важным инструментом для анализа окклюзионных взаимоотношений, подтверждая необходимость персонализированного подхода при диагностике и выборе метода лечения пациентов.