

ДИАГНОСТИКА ТИПА РОСТА ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕЗИООККЛЮЗИЕЙ ПО ЛИЦЕВЫМ ПРИЗНАКАМ

Хандогий Д.В.

УО «БГМУ»

Актуальность

Мезиальный прикус является одной из наиболее сложных аномалий по морфологическим, функциональным и эстетическим изменениям в зубочелюстно-лицевой области. Данная форма патологии легко выявляется во временном и раннем смешанном прикусе, прогрессирует с возрастом и приводит к выраженным функциональным и эстетическим нарушениям, что отрицательно влияет на физическое и психоэмоциональное состояние подростков и взрослых [2]. Такие пациенты нуждаются в тщательной диагностике аномалии и подборе индивидуального комплексного лечения [3].

По данным отечественных и зарубежных исследователей частота встречаемости мезиального прикуса в структуре ЗЧА составляет от 7 до 19 % в различные возрастные периоды. В 16 % случаев мезиальный прикус сочетается с трансверзальными нарушениями [1,4].

Вопросам лечения мезиального прикуса посвящены многие исследования в области стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Однако мало изучены данные о вероятных изменениях профиля лица при ортодонтическом лечении пациентов, отмечается отсутствие четких критериев для выбора ортодонтического, хирургического или смешанного методов терапии, алгоритма диагностических и лечебных мероприятий. Это в существенной мере затрудняет не только диагностику аномалий зубочелюстной системы, но и планирование ортодонтического лечения пациентов. Применение новых перспективных методов диагностики позволит расширить характеристику заболевания, повысить

эффективность лечения и уточнить прогноз в ближайшие и отдаленные сроки лечения мезиальной окклюзии.

Цель исследования

Выявить наиболее характерные лицевые признаки у пациентов с мезиальным прикусом в зависимости от типа роста лицевого скелета.

Материал и методы

Клинические исследования были проведены на кафедре ортодонтии БГМУ. В исследовании участвовали 26 человек с мезиальным прикусом, из них 12 с горизонтальным типом роста лицевого скелета и 14 с вертикальным типом роста лицевого скелета. Средний возраст обследуемых составлял 18 ± 3 лет, что соответствует периоду сформированного постоянного прикуса. При выполнении работы тип роста лицевого скелета оценивался по Шопфу по следующим параметрам: отношение задней и передней высоты лицевого отдела черепа (SGO/NMe), угол наклона плоскости тела нижней челюсти к плоскости переднего отдела черепа $< ML/NSL$, сумма трех углов $< NSAr + < SarGO + < ArGOMe$ по Bjork, межчелюстной угол $< NL/< ML$, лицевой угол по Риккетсу $< NBa/PtGn$, нижний гониальный угол $< NGoMe$.

Изучение лицевых признаков у обследуемых групп пациентов проводилось методами антропометрического анализа при изучении боковых телерентгенограмм головы и фотографий лица.

В ходе исследования для каждого пациента определялись: профиль лица по Holdway, профиль лица по Хорошилкиной, величина угла Т, тип профиля лица по Шварцу, профиль губ по Шварцу, профиль губ по Коркхаузу, нулевой меридиан по Гонзалесу-Уллоа, величина угла FMA у пациентов на фотографиях лица в профиль.

Результаты исследования

На фотографиях профиля лица пациентов было выявлено, что в группе пациентов с вертикальным типом роста медианное значение угла FMA составило $32,79^\circ$ (22 – 40), для пациентов с горизонтальным типом роста – $27,42^\circ$ (21 – 35). При сравнении двух групп методом Манна-Уитни было получено статистически достоверное различие параметра угла FMA ($p < 0,05$).

При изучении профиля губ по Корхаузу в группе пациентов с горизонтальным типом роста нами было выявлено равномерное распределение по признаку – по 4 человека (33,33% случаев) с позитивной ступенькой, негативной ступенькой и с отсутствием таковой. В группе пациентов с вертикальным типом роста позитивная ступенька выявлена у 5 человек (35,71 % случаев), негативная не выявлена ни у одного пациента (0% случаев), а случаи с отсутствующей ступенькой в данной группе выявлены у 9 человек (64,29 % случаев). В целом же, у 13 человек (50 % случаев) среди всех обследованных пациентов с мезиальным прикусом выявлено отсутствие ступеньки, у 9 человек (34,62 % случаев) – позитивная ступенька, у 4 человек (15,38 % случаев) – негативная. При сравнении двух групп пациентов были выявлены достоверные различия по характеру расположения ступеньки губ по Коркхаузу ($p < 0,05$, $X^2 = 5,9$).

При исследовании фотографий профиля лица по Шварцу у пациентов с мезиальным прикусом было выявлено, что в группе пациентов с вертикальным типом роста у 11 человек (78,57 % случаев) отмечается выпуклый профиль. Прямой профиль был у 2-х пациентов (14,29 % случаев), вогнутый – у 1 человека (7,14 % случаев) данной группы. В группе пациентов с горизонтальным типом роста у 5 человек (41,67 % случаев) отмечался вогнутый профиль. С прямым профилем было 4 человека (33,33 % случаев), с выпуклым – 3 человека (25,00 % случаев). При сравнении двух групп пациентов были выявлены достоверные различия по кривизне профиля по Шварцу ($p < 0,05$, $X^2 = 7,8$).

При исследовании профиля губ по Шварцу на фотографиях лица в группе пациентов с вертикальным типом роста позитивная ступенька была выявлена у 12 человек (85,71 % случаев), позитивно-негативная не выявлена ни у одного пациента, а случаи с негативной ступенькой в данной группе встречались у 2 человек (14,29 % случаев). В группе пациентов с горизонтальным типом роста позитивная ступенька была выявлена у 8 человек (66,67 % случаев), случаи с негативной и позитивно-негативной ступенькой встречались у 1 человека (8,33 % случаев) и у 2-х человек (16,67 % случаев) соответственно. Однако не было установлено достоверных различий ($p > 0,05$) по профилю губ по Шварцу у пациентов с вертикальным и горизонтальным типами роста лицевого скелета.

При анализе измерений нулевого меридиана по Гонзалесу-Уллоа было выявлено, что в группе пациентов с вертикальным типом роста у 7 человек (50,00 % случаев) точка pr находится кзади от медианы. У 6 человек с мезиальным прикусом и вертикальным типом роста (42,86 % случаев) точка pr находится кпереди и лишь у одного человека (7,14 % случаев) совпадает с медианой. В группе пациентов с горизонтальным типом роста у 9 человек (75,00 % случаев) точка pr находится кзади от медианы, у 2 человек (16,67 % случаев) – кпереди и у одного человека (8,33 % случаев) совпадает с ней. Достоверных различий по данному признаку у двух групп пациентов выявлено не было ($p > 0,05$).

При оценке профиля лица по Хорошилкиной выявлен преимущественно третий тип лица в обеих группах, при котором губы располагаются позади эстетической плоскости – у 13 человек (92,86 % случаев) в группе пациентов с вертикальным типом роста и у 12 человек (100 % случаев) – в группе с горизонтальным типом роста. У одного человека (7,14 % случаев) в группе с вертикальным типом роста определен второй тип лица по Хорошилкиной, при котором обе губы касаются эстетической плоскости.

При измерении угла Т медианное значение для группы пациентов с вертикальным типом роста составило $9,00^{\circ}$ (3° – 27°), для группы пациентов с горизонтальным типом роста – $6,75^{\circ}$ (2° – 12°). В группе пациентов с вертикальным типом роста угол Т больше 10° был выявлен у 10 человек (71,43 % случаев), меньше 10° – у 4 человек (28,57 % случаев). В группе пациентов с горизонтальным типом роста нормальное значение величины угла Т определено у 2-х человек (16,67 % случаев, у одного человека (8,33 % случаев) величина угла Т больше 10° и у 9 человек (75 % случаев) – меньше 10° . Достоверных различий по углу Т у двух групп пациентов выявлено не было ($p > 0,05$).

При измерении угла Holdway (Н) медианное значение для группы пациентов с вертикальным типом роста составило $9,50^{\circ}$ (5° – 19°), для группы пациентов с горизонтальным типом роста – $8,17^{\circ}$ (2° – 18°). В группе пациентов с вертикальным типом роста нормальное значение угла Н выявлено у 3 человек (21,43 % случаев), с горизонтальным типом – у 6 человек (50 % случаев). Значение угла Н выше нормы выявлено у 6 человек (50 % случаев) в группе пациентов с вертикальным типом роста и у 3 человек (25 % случаев) – в группе с горизонтальным типом роста лицевого скелета. Значение угла Н $< 7^{\circ}$ отмечается у 5 человек (35,71 % случаев) в группе с вертикальным типом роста, у 3 человек (25 % случаев) в группе с горизонтальным типом роста. Достоверных различий по углу Н у двух групп пациентов выявлено не было ($p > 0,05$).

Заключение

При проведении исследований фотографий профиля лица пациентов и боковых телерентгенограмм головы пациентов с мезиальным прикусом были выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) в группах пациентов с вертикальным и горизонтальным типами роста лицевого скелета по трем признакам: угол FMA,

характер расположения ступеньки губ по Коркхаузу, кривизна профиля по Шварцу.

Таким образом, планирование лечения пациентов с мезиальным прикусом в период постоянного прикуса рекомендуется проводить с учетом типа роста лицевого скелета на основании анализа фотографий лица в профиль с учетом трех основных параметров: угол FMA, характер расположения ступеньки губ по Коркхаузу, кривизна профиля по Шварцу. Следует информировать пациентов о возможностях ортодонтического лечения и, при необходимости, рекомендовать лечение в кооперации с челюстно-лицевым хирургом.

Список литературы

1. Гиоева Ю.А., Персин Л.С. Мезиальная окклюзия зубных рядов (клиническая картина, диагностика, лечение). Москва: Медицина, 2008. 189 с.
2. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. Москва: МЕДпресс-информ, 2006. 620 с.
3. Токаревич И.В. и др. Клиническая ортодонтия: учеб. пособие. Минск: БГМУ, 2020. 145 с.
4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. Москва: Медицинское информационное агентство, 2006. 544 с.

КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Сборник научных трудов,

посвященный основателю

кафедры ортопедической стоматологии КГМУ,

профессору Исаак Михайловичу Оксману

Казань

2024