

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Данилова М.А.¹, Лазарева Е.А.²

¹ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России», Пермь, Россия (614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26), rector@psma.ru

²ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», Челябинск, Россия (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64), kanс@chelsma.ru

В статье представлены результаты профилометрических измерений 24 пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти, сочетающейся с нейтральной, дистальной и мезиальной окклюзией. В результате исследования обоснована оценка формы профиля лица, выпуклости нижней трети лица и носогубного угла для планирования комплексного ортодонтического лечения. Использование метода профилометрии позволяет осуществить индивидуальный подход к планированию ортодонтического лечения – обоснованный выбор методов – аппаратурного и хирургического, определить сроки лечения. Данная методика позволяет минимизировать осложнения, возникающие в изменении лицевых симптомов у пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти и различным соотношением челюстей в сагиттальной плоскости, обеспечивает более эффективный и стабильный результат ортодонтического лечения.

Ключевые слова: ретенция клыков верхней челюсти, профилометрическое исследование, лицевой скелет.

THE CHARACTERISTIC OF PROFILOMETRIC MEASUREMENTS OF PATIENTS WITH RETENTION CANNIES ON MAXILLA

Danilova M.A.¹, Lazareva E.A.²

¹Perm State Medical Academy

²South Ural State Medical University

In this article results of profilometric measurements of 24 patients with retention canines on maxilla combined with neutral occlusion, class II and class III malocclusion are presented. As a result of the study substantiated assessment forms facial profile, convexity of the lower third of the face and nasolabial angle for comprehensive orthodontic treatment planning. Using profilometry method allows an individual approach to the planning of orthodontic treatment - a reasonable choice of methods - hardware and surgical, determine the timing of treatment. This technique minimizes the complications arising in changing the face of symptoms in patients with retention of canines of the upper jaw and different ratios of the jaws in the sagittal plane, provides a more efficient and stable result of orthodontic treatment.

Keywords: retention canines on maxilla, profilometric research, face skeleton.

Введение. По данным отечественной литературы, ретенированными могут быть любые комплектные зубы [3]. Однако наиболее часто встречается ретенция клыков (51,1%) среди ретенированных комплектных зубов [5]. Анализ данных литературных источников показывает учащение случаев ретенции зубов у детей и подростков на фоне сужения зубных рядов и укорочения фронтального отдела зубной дуги. Авторы отмечают мезиальное смещение зубов жевательной группы на стороне ретенции. У пациентов с диагнозом «вестибулярная ретенция клыков» сужение верхнего зубного ряда выявлено в 53,3% случаев; расширение зубной дуги в 33,3%; укорочение фронтального отдела зубной дуги наблюдалось в 80% случаев [4]. У пациентов с нёбной ретенцией клыков на верхней челюсти сужение наблюдалось в 29,1% случаев, расширение зубного ряда выявлялось в 62,5%, укорочение зубной дуги - в 91,6% случаев [2]. Эти данные указывают на значение влияния

дефицита места в зубной дуге, вследствие её сужения и укорочения фронтального отдела, на ретенцию клыков верхней челюсти.

Аномалии положения и нарушения прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области, и отражаются на деятельности других органов и систем организма [1].

Причины появления ретинированных зубов весьма разнообразны. К причинам общего характера, вызывающим вялость прорезывания, ретенцию целой группы зубов, относятся нарушения обмена веществ, в частности нарушение тканевого обмена нуклеиновой кислоты, инфекционные, общесоматические заболевания желез внутренней секреции, особенно недостаточность функции щитовидной и паращитовидной желез, гипофиза. При микседеме наблюдается задержка выпадения молочных зубов и позднее, медленно происходящее прорезывание постоянных зубов. Теория направления предполагает, что клык прорезывается вдоль корня бокового резца, который служит в качестве направителя, и если корень бокового резца отсутствует или расположен неправильно, клык не будет прорезываться [2].

По клиническим наблюдениям, частота ретенции клыков увеличивается с каждым годом в различных возрастных группах. Между тем постоянные клыки играют огромную роль как в обеспечении полноценной функциональной окклюзии, так и в формировании эстетики улыбки.

Выявление морфофункциональных особенностей этиологических механизмов развития патологических процессов в различных системах организма является ведущей проблемой теоретической и практической медицины. Одним из основных способов оценки саморегуляции зубочелюстной системы, роста челюстно-лицевой области, а также контроля за лечением являются краниометрические данные пациента [1].

Особенности строения костных структур лежат в основе различных форм кранио-фациальных нарушений, что затрудняет диагностику и характер вмешательств [4]. Использование различных краниометрических методов оценки черепа у лиц, нуждающихся в лечении, позволяет прогнозировать возможные эстетические результаты изменений мягкотканой основы профиля лица.

Цель исследования - выявить закономерности анатомо-топографических и профилометрических параметров у лиц с задержкой прорезывания клыков верхней челюсти.

Материал и методы исследования. Были изучены 24 телерентгенограммы в боковой проекции пациентов с ретенцией клыков в возрасте от 13 до 18 лет, которым проводилось комплексное ортодонтическое лечение на базе стоматологической поликлиники **Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России в Челябинске**. Все пациенты были разделены на 3 группы.

1 группа – пациенты с нейтральной окклюзией и ретенцией клыков на верхней челюсти (n=8). Критерии включения: перекрытие во фронтальном отделе на 1/3, смыкание по клыкам и молярам нейтральное, дефицит места в зубной дуге для прорезывающихся клыков от ½ до всей ширины коронки. Критерии исключения: дефекты зубных рядов, патология ВНЧС.

2 группа – пациенты с дистальной окклюзией и ретенцией клыков на верхней челюсти (n=8). Критерии включения: смыкание моляров дистальное, дефицит места в зубной дуге для клыков верхней челюсти от ½ до всей ширины коронки. Критерии исключения: дефекты зубных рядов, патология ВНЧС.

3 группа – пациенты с мезиальной окклюзией и ретенцией клыков на верхней челюсти (n=8). Критерии включения: смыкание моляров мезиальное, дефицит места в зубной дуге для клыков верхней челюсти от ½ до всей ширины коронки. Критерии исключения: дефекты зубных рядов, патология ВНЧС.

Клинико-диагностическая схема оценки профиля лица по объективным параметрам A.D. Viazis (1991) (рис. 1).

1. Форма профиля лица (угол $gl-sn-pg$).
2. Форма выпуклости нижней трети лица (V-угол).
3. Носогубный угол ($Ls-sn-cm$).
4. Индекс верхнего и нижнего носогубных углов.
5. Подбородочно-губной угол ($Li-ils-cL$).
6. Угол выступания губ ($sn-Ls/ils-Li$).
7. Передне-задняя позиция губ относительно вертикали snV .
8. Положение подбородка в поле профиля ($vV-snV$).
9. Индекс толщины губ и подбородка на уровне точек A, B, Me .
10. Индекс зубоальвеолярной нижней передней высоты к длине верхней губы ($I-Me:sn-st$).
11. Длина мягкотканого контура: нижней челюсти ($Th-me$).
12. Наклон тела нижней челюсти к срединной носовой вертикали ($Th-me/NoV$).

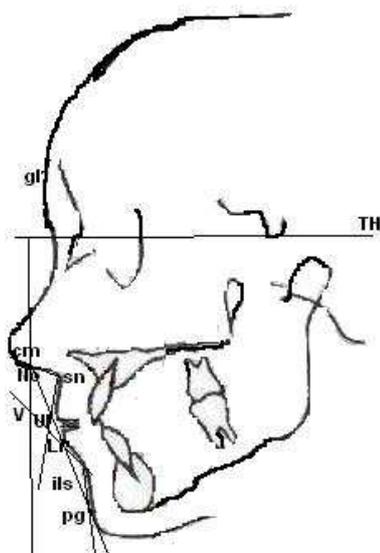


Рис. 1. Оценка профиля лица

Характер субъективных характеристик профиля лица описывали по схеме 1 «Субъективное описание контуров профиля лица».

Схема 1

Субъективное описание контуров профиля лица

Фациальный контур	Субъективное описание
Лоб	Высокий, плоский, выпуклый, скошенный, крутой
Корень носа	Плоский, прямой, деформированный (глубокий)
Спинка носа	Выпуклая, волнистая, вогнутая, прямая
Кончик носа	Острый, округленный
Носогубная складка	Умеренно выраженная, растянутая (плоская), резко выраженная
Губы	Узкие (тонкие), толстые (массивные), позитивная или негативная ступенька, короткие, длинные
Супраментальная складка	Сглаженная (плоская), резко выраженная (выделяющаяся), умеренно выраженная
Подбородок	Острый, круглый, плоский, выпуклый (ярко выраженный, «тяжелый»), скошенный (слабо выраженный)

Результаты исследования. Характерные изменения профиля лица у пациентов по группам наблюдений представлены в таблице 1.

Характеристика профиля лица у пациентов 1 группы

- формы профиля лица – прямая и вогнутая;
- форма выпуклости нижней трети лица – нормо- и прогеническая;
- носогубной угол – средний и увеличенный;
- индекс верхнего и нижнего носогубных углов – средний;

- углы подбородочно-губной и выступания губ – средние;
- позиция губ относительно вертикали snV и положение подбородка в поле профиля (vV-snV) – среднее;
- индекс толщины губ и подбородка на уровне точек А, В, Ме – превалировал гармоничный;
- индекс зубоальвеолярной нижней передней высоты к длине верхней губы (I-Me:sn-st) характеризовал положение верхней губы как среднее;
- длина мягкотканого контура нижней челюсти (Th-me) – средняя;
- наклон тела нижней челюсти к срединной носовой вертикали (Th-me/NoV) – правильный.

Характеристика профиля лица у пациентов 2 группы

- формы профиля лица – прямая и вогнутая;
- форма выпуклости нижней трети лица – ретрогеническая;
- носогубной угол – увеличенный;
- индекс верхнего и нижнего носогубных углов – средний и снижен;
- углы подбородочно-губной и выступания губ – увеличенный;
- позиция губ относительно вертикали snV - передняя;
- положение подбородка в поле профиля (vV-snV) – среднее;
- индекс толщины губ и подбородка на уровне точек А, В, Ме – превалировал гармоничный;
- индекс зубоальвеолярной нижней передней высоты к длине верхней губы (I-Me:sn-st) характеризовал положение верхней губы как укороченное;
- длина мягкотканого контура нижней челюсти (Th-me) – средняя;
- наклон тела нижней челюсти к срединной носовой вертикали (Th-me/NoV) – правильный.

Характеристика профиля лица у пациентов 3 группы

- формы профиля лица – прямая и вогнутая;
- форма выпуклости нижней трети лица – прогнатическая;
- носогубной угол – увеличенный;
- индекс верхнего и нижнего носогубных углов – увеличен;
- углы подбородочно-губной и выступания губ – увеличенный;
- позиция губ относительно вертикали snV - задняя;
- положение подбородка в поле профиля (vV-snV) – переднее;
- индекс толщины губ и подбородка на уровне точек А, В, Ме – превалировал гармоничный;
- индекс зубоальвеолярной нижней передней высоты к длине верхней губы (I-Me:sn-st) характеризовал положение верхней губы как укороченное;
- длина мягкотканого контура нижней челюсти (Th-me) – средняя;
- наклон тела нижней челюсти к срединной носовой вертикали (Th-me/NoV) – была отмечена ротация тела нижней челюсти против часовой стрелки.

Таблица 1

Изменения профиля лица у пациентов по группам наблюдений

Параметр оценки профиля лица	Варианты изменений профиля лица	Группы наблюдения		
		1 (n=8)	2 (n=8)	3 (n=8)
Форма профиля лица (угол <i>gl-sn-pg</i>)	выпуклый	2	4	0
	прямой	3	4	4
	вогнутый	3	0	4
Форма выпуклости нижней трети лица	прогенический тип	3	1	6
	нормогенический тип	3	2	2
	ретрогенический тип	2	5	0
Носогубной угол (<i>Ls-sn-sm</i>)	увеличен	4	6	6
	средний	4	2	2
	уменьшен	0	0	0
Индекс верхнего и нижнего носогубных углов	увеличен	0	0	4
	средний	5	4	3
	снижен	3	4	1
Подбородочно- губной угол (<i>Li-ils-cl</i>)	увеличен	1	5	6
	средний	4	1	2
	снижен	3	2	0
Угол выступания губ (<i>sn-Ls/ils-Li</i>)	увеличен	1	4	6
	средний	6	2	2
	снижен	1	2	0
Передне-задняя позиция губ относительно вертикали <i>snV</i>	передняя позиция губ	1	5	0
	средняя позиция губ	4	2	0
	задняя позиция губ	3	1	8
Положение подбородка в поле профиля (<i>vV-snV</i>)	переднее положение подбородка	1	0	6
	среднее положение подбородка	7	6	2
	заднее положение подбородка	0	2	0
Индекс толщины губ и подбородка на уровне точек <i>A, B, Me</i>	утолщение верхней губы	2	3	1
	гармоничная толщина верхней губы	4	4	6
	истончение верхней губы	2	1	1
Индекс зубоальвеолярной нижней передней высоты к длине верхней губы (<i>I-Me:sn-st</i>)	длинная верхняя губа	2	1	0
	средняя верхняя губа	5	3	3
	короткая верхняя губа	1	4	5
Длина мягкотканого контура нижней челюсти (<i>Th-me</i>)	длинный контур нижней челюсти	3	1	0
	средний контур нижней челюсти	4	5	5
	короткий контур нижней челюсти	1	2	3
Наклон тела нижней	ротация по часовой	1	1	1

челюсти к срединной носовой вертикали (Th-me/NoV)	стрелке			
	правильное положение нижней челюсти	4	5	3
	ротация против часовой стрелки	3	2	4

Описание контуров профиля лица у пациентов 1 группы: лоб выпуклый, корень носа прямой, спинка носа прямая, кончик носа острый, носогубная складка плоская и умеренно выражена, губы средние, супраментальная складка умеренно выражена, подбородок круглый.

Описание контуров профиля лица у пациентов 2 группы: лоб высокий и выпуклый, корень носа прямой, спинка носа прямая, кончик носа острый, носогубная складка плоская, губы толстые, супраментальная складка резко выражена, подбородок круглый.

Описание контуров профиля лица у пациентов 3 группы: лоб плоский, корень носа прямой и глубокий, спинка носа прямая, кончик носа острый и округленный, носогубная складка умеренно выраженная, губы толстые, супраментальная складка сглаженная и умеренно выраженная, подбородок круглый и выпуклый.

Заключение

Полученные результаты профилометрических исследований у пациентов с ретенцией клыков свидетельствуют о том, что при планировании комплексного ортодонтического лечения необходимо провести качественную и количественную оценку мягкотканого профиля лица. Это в свою очередь позволит определить ряд показателей, обязательных при расшифровке ТРГ у пациентов с ретенцией клыков на верхней челюсти, в частности формы профиля лица, выпуклости нижней трети лица и носогубной угол.

Список литературы

1. Буткова Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения / Т.С. Буткова, И.Ю. Жигурт, Ф.Я. Хорошилкина // Новое в стоматологии. - 1997. - № 1 (спец. вып.). - С. 46-53.
2. Волчек Д.А. Современные методы обследования пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти // Ортодонтия. - 2006. - № 1. - С. 24-26.
3. Изосимова М.А. Планирование ортодонтического лечения у пациентов с ретенционными третьими молярами / М.А. Изосимова, М.А. Данилова // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – № 4 (39). – Т. X. – С. 53–56.
4. Слабковская А.Б. Влияние зубочелюстных аномалий и ортодонтического лечения на состояние мягких тканей полости рта // Ортодонтия. - № 2 (34). - С. 38-41.
5. Степанов Г.В. Комплексное лечение при ретенции зубов : дис. ... канд. мед. наук. - М.,

2000. - 194 с.

Рецензенты:

Аверьянов С.В., д.м.н., профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Уфа.

Асташина Н.Б., д.м.н., доцент, врач-консультант ООО «Стоматология «АСТ-студия», г.Пермь.