

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ, ОРТОДОНТИЯ, МАТЕРИАЛОВЕДЕНИЕ

Дизокклюзия II класса 2 подкласса по Энгля как симптом деформации лицевого скелета

Е. С. Бимбас, С. Р. Булатова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Классическими признаками дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энгля являются: 1) резцы ВЧ наклонены орально; боковые резцы могут быть в протрузии; фронтальный участок ВЧ уплощен и удлиннен в вертикальном направлении, в связи с чем наблюдается так называемая обратная окклюзионная кривая на ВЧ; 2) клыки ВЧ из-за недостатка места в зубной дуге смещены вестибулярно или находятся в суперокклюзии; 3) резцы НЧ стоят отвесно или наклонены орально, может наблюдаться тесное положение нижних фронтальных зубов, резко выражена кривая Шпее; 4) смыкание зубных рядов по сагиттали по II классу Энгля, по вертикали наблюдается глубокое резцовое перекрытие.

Разнообразие признаков позволяет различным авторам относить эту патологию в разные группы.

Петрова Ю. К. [4], Шарова Т. В. [5] говорят об этой патологии в разделе глубокого прикуса, Рева В. В. [1], Эль-Ноефели [6] рассматривают дизокклюзию II класса 2 подкласса как разновидность дистальной окклюзии. Все это затрудняет дифференциальную диагностику и выбор метода лечения.

Цель настоящего исследования — выявить особенности строения лицевого скелета при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энгля.

Материалы и методы. Мы обследовали клинически 20 пациентов в возрасте от 12 до 36 лет, имеющих дизокклюзию II класса 2 подкласса по Энгля. У всех были изучены контрольно-диагностические модели по общепринятым методикам [2]. Были изучены

боковые телерентгенограммы головы по методу Schwarz, Bimler, Tweed [3].

Результаты исследования. Проведенный анализ клинических антропометрических данных и результатов изучения боковых телерентгенограмм головы выявил следующие особенности. По методу Schwarz было установлено высокое положение ВНЧС (угол H — в среднем 86°), ретроинклинация ВЧ (угол 1 — в среднем 83°). Эти данные подтверждены методом Tweed (угол SpP — ось 1 увеличен на 5%). Угол выпуклости лица увеличен за счет смещения НЧ кзади, причем АО смещен более дистально, чем тело челюсти ($SeNB$ — 80° , $SeNPg$ — $83,5\%$). Нижняя часть лица уменьшена в среднем на 7 мм, что оказало влияние и на уменьшение угла $NSeljn$ в среднем на 3° . Базальный угол уменьшен (среднее значение 17°), что связано с зубоальвеолярным укорочением в боковых отделах как на ВЧ, так и на НЧ в равной степени, уменьшением нижнечелюстного угла (среднее значение 119°), ретроинклинацией ВЧ. Интересен тот факт, что размер апикальных базисов челюстей был не изменен. Угол $PnOcP$ был в пределах нормы. По нашему мнению, нормальное положение окклюзионной плоскости обусловлено экстружией фронтальной и интрузией боковой группы зубов ВЧ, что является компенсаторной реакцией на ретроинклинацию базиса челюсти.

Таким образом, дизокклюзия II класса 2 подкласса является симптомом глубоких морфологических изменений в строении лицевого скелета, а нарушения в гнатической части — компенсаторной реакцией этих нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рева В. В. Сравнительная характеристика размеров и положения челюстей при аномалиях прикуса первого и второго классов II класса Энгля по данным клинико-рентгенологического исследования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1984. — 20 с.
2. Ужумецкене И. И. Методы исследования в ортодонтии. — М., 1970. — 199 с.
3. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортодонтии. — М., 1976. — 151 с.
4. Хорошилкина Ф. Я., Петрова Ю. К. Диагностика и лечение глубокого прикуса. — М., 1986. — 25 с.
5. Шарова Т. В., Рогожников Г. И., Сидоренко И. В. Факторы

нарушения окклюзии и методы ее нормализации.— Пермь, 1990.— 447 с.

6. Эль-Нофели А. Сравнительная оценка современных методов диагностики и лечения дистального прикуса: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1964.— 32 с.

Показания к удалению отдельных постоянных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю

Е. С. Бимбас, С. Р. Булатова
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

Выбор метода лечения при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю является актуальной проблемой современной ортодонтии. Разнообразие клинических проявлений данной патологии затрудняет дифференциальную диагностику. До сих пор наблюдается высокий процент рецидивов после лечения. Остается дискуссионным вопрос о показаниях к удалению отдельных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса. Так, Arvystas [4], Farmand [7] и другие исследователи указывают на нецелесообразность удаления постоянных зубов даже в тяжелых случаях данной аномалии, в то время, как Hirzel [8], Ehmer [6], Diernberger [5] сообщают о необходимости удаления зубов. Однако не определены параметры для обоснования того или иного метода лечения.

Цель данной работы — определение морфологических критериев, с помощью которых можно было бы объективно определить показания к удалению отдельных постоянных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю.

Материал и методы. Мы обследовали клинически 20 пациентов в возрасте от 12 до 36 лет, имеющих дизокклюзию II класса 2 подкласса по Энглю. У всех были изучены контрольно-диагностические модели по методикам Nance, Pont, Ton, Korkhaus, Howes, дополненным Снагиной, Gerlach [1]. Изучены боковые телерентгенограммы головы по методикам Schwarz, Bimler, Tweed [2].

Критериями выбора метода лечения являлись дефицит места для постоянных зубов в зубной дуге (ЗД) по данным КДМ, осевое положение верхних центральных