

1. Психоэмоциональное состояние пациента играет немаловажную роль в развитии красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. Стрессовый фактор является наиболее частой причиной возникновения заболевания среди обратившихся на стоматологический прием пациентов. Нахождение в состоянии длительного стресса послужило одним из пусковых механизмов (86% пациентов) возникновения и развития красного плоского лишая слизистой оболочки ротовой полости.

2. Наиболее часто красный плоский лишай встречается у женщин в возвратной категории после 45-50 лет, в то время, когда в организме происходит гормональная перестройка, которая в свою очередь непосредственно сопровождается психоэмоциональной нестабильностью.

3. За последние годы отмечается нарастание психоэмоционального напряжения в обществе, которое привело к повышению частоты встречаемости пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта на стоматологическом приеме. В связи с чем, необходимость снижения стрессового фактора является ведущей в предотвращении возникновения и развития психосоматических заболеваний среди населения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Психосоматические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта / И.В. Старикова, Н.В. Питерская, Е.М. Чаплиева, Д.С. Бобров // Вестник ВолгГМУ. – 2021. – Т. 2, № 78. – С. 137-140.
2. Пациенты с проявлениями плоского лишая в ротовой полости на стоматологическом приеме: статистический и клинический анализ / О.Г. Зиновенко, Л.Н. Тяшкевич, Д.А. Рубцова [и др.] // Современная стоматология. – 2022. – № 4. – С. 47-53.
3. Оценка особенностей клинических проявлений и качества жизни у пациентов с различными формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта / О.А. Гурьевская, З.Р. Хисматуллина, И.Н. Усманова [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 38-43.
4. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта / Я.Э. Немсцверидзе, Л.Р. Дербина, Н.А. Воронина, К.Д. Дербин // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2022. – № 2. – С. 339-340.
5. Методы профилактики проявлений красного плоского лишая во рту / А.Н. Алиев, А.В. Оруджев, Н.К. Керимли, М.В. Дамирчиева // German International Journal of Modern Science. – 2021. – № 9. – С. 16-18.
6. Анализ обращаемости больных с красным плоским лишаем за консультативной стоматологической помощью / Е.А. Тё, Р.Р. Погосян, М.В. Михайлова // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2020. – Т. 22, № 4. – С. 134-140.
7. Значение комплексной терапии красного плоского лишая полости рта у пациентов со съёмными протезами / Н.В. Чиркова, Е.О. Лещева, Д.М. Левченко [и др.] // МЦНП «Новая наука». – 2023. – № 1. – С. 35-43.

Сведения об авторах

В.А. Торшина* – ординатор кафедры ортопедической стоматологии

М.Л. Маренкова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

V.A. Torshina* – Resident of the Department of Orthopedic Dentistry

M.L. Marenkova – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Viktoriya-torshina@mail.ru

УДК: 616.314.25–007.4

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИЕЙ

Феофанова Дарья Алексеевна, Шишмарева Анастасия Сергеевна, Шишмарева Юлия Сергеевна

Кафедра детского возраста и ортодонтии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Стоматологическая клиника УГМУ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Резцовая дизокклюзия (РД) является одной из наиболее тяжелых форм аномалий, встречающихся в ортодонтии. Согласно некоторым публикациям, частота встречаемости РД колеблется от 1,5 до 11%. РД – деформация зубных рядов в вертикальной и сагиттальной плоскостях, характеризующаяся разобщением и отсутствием смыкания зубов-антагонистов во фронтальном отделе. Многофакторная природа возникновения РД

значительно затрудняет ее профилактику и лечение. По данным литературы у взрослых пациентов с РД рецидивы встречается в 40%. **Цель исследования** – оценить результаты раннего ортодонтического лечения детей с резцовой дизокклюзией. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 20 детей 4–9 лет, которые обратились в стоматологическую клинику ФГБОУ ВО УГМУ. Проанализировано состояние зубочелюстной системы этих детей на этапе комплексного первичного обследования и в отдаленные сроки (через 3 года) после проведения лечения на съемных ортодонтических аппаратах. **Результаты.** Через 3 года после ортодонтического лечения у 4-х детей произошел рецидив нарушений: у 2-х детей выявлена вертикальная резцовая дизокклюзия, у 2-х детей сочетание вертикальной резцовой дизокклюзии и дистальной окклюзии. **Выводы.** Раннее ортодонтическое лечение детей с резцовой дизокклюзией позволяет восстановить физиологическое развитие зубочелюстной системы в 80% случаев. Через 3 года после лечения детей с применением съемных аппаратов в 20% случаев наблюдался рецидив нарушений в вертикальной плоскости, это диктует необходимость разработки аппарата, повышающего эффективность лечения резцовой дизокклюзии. **Ключевые слова:** резцовая дизокклюзия, раннее ортодонтическое лечение, дети

THE RESULTS OF ORTHODONTIC TREATMENT OF CHILDREN WITH INCISIVE DYSOCCLUSION

Feofanova Daria Alekseevna, Shishmareva Anastasia Sergeevna, Shismareva Yuliya Sergeevna
Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics
Ural State Medical University
Dental Clinic of USMU
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Incisor dysocclusion (ID) is one of the most severe types of abnormalities found in orthodontic. According to some sources, the incidence of ID varies from 1.5% to 11%. ID is a deformity of the dentition in the vertical and sagittal planes, characterized by the separation and lack of closure between the opposing teeth in the front region. The multifactorial nature of the development of ID significantly complicates prevention and management. According to literature, relapse occurs in 40% of adults with ID. **The aim of this study** was to assess the outcomes of early orthodontic therapy for children with incisor dysocclusions. **Material and methods.** A retrospective analysis was conducted on the medical records of 20 children aged 4 to 9 years who visited a dental clinic at the Federal State Budgetary Educational Institution of higher education (USMU). The condition of the dental system in these children was analyzed during a comprehensive initial examination, as well as after treatment with removable orthodontic appliances in the long term (after 3 years). **Results.** 3 years after orthodontic treatment, 4 children had a recurrence of disorders: 2 children had vertical incisive dysocclusion, 2 children had a combination of vertical incisive dysocclusion and distal occlusion. **Conclusion.** Early orthodontic treatment of children with incisive disocclusion makes it possible to restore the physiological development of the dental system in 80% of cases. 3 years after the treatment of children using removable devices, a recurrence of violations in the vertical plane was observed in 20% of cases, this dictates the need to develop a device that increases the effectiveness of treatment of incisive dysocclusion.

Keywords: incisor disocclusion, early orthodontic treatment, children

ВВЕДЕНИЕ

Резцовая дизокклюзия (РД) является одной из наиболее тяжелых форм аномалий, встречающихся в ортодонтии. Согласно некоторым публикациям, частота встречаемости РД колеблется от 1,5 до 11% [1,2]. По данным Р. А. Фадеева и В.В. Тимченко (2013) распространенность РД была 2,66%, в то время как комбинация РД с нейтральным соотношением зубных рядов составила 1,8%, с дистальным - 2,7%, с мезиальным – 1,3% [3]. По нашим данным частота встречаемости РД в Свердловской области составила 0,69–1,52% среди детей 3–15 лет [4]. РД- деформация зубных рядов в вертикальной и сагиттальной плоскостях, характеризующаяся разобщением и отсутствием смыкания зубов-антагонистов во фронтальном отделе. Многофакторная природа возникновения РД значительно затрудняет ее профилактику и лечение. РД может сопровождаться выраженными функциональными и эстетическими нарушениями челюстно-лицевой области, а также оказывать воздействие на другие системы организма. При этом РД представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, поскольку значительно влияет на качество жизни и трудоспособность пациентов, требует затрат как на обследование, так и лечение [5]. Лечение РД достаточно сложное, так как в процессе роста и развития ребенка присоединяются нарушения функции: нарушение положения языка (прокладывание его между зубами), ротовое дыхание, гипотонус круговой мышцы рта. Такие нарушения закрепляются с возрастом, и чем старше ребенок, тем

сложнее перестроить функцию в связи с закреплением неправильной работы мышц и необходимостью не только устранения морфологических нарушений, но и формированием нормальных (правильных) паттернов работы мышц челюстно-лицевой области. Лечение РД комплексное, включает в себя использование ортодонтических аппаратов (регуляторы функций Френкля, аппараты с заслоном для языка, бусиной для языка) в сочетании с миофункциональной коррекцией (выполнение упражнений по миофункциональной гимнастике самостоятельно пациентом или под контролем логопеда). При завершении скелетного роста ортодонтическое лечение пациентов с РД проводят с удалением зубов либо коррекция окклюзии происходит за счет операции. При этом по данным литературы у взрослых пациентов с РД рецидивы встречаются в 40% случаев, несмотря предусмотренную двойную ретенцию полученных результатов ортодонтического лечения [6].

Цель исследования – оценить результаты раннего ортодонтического лечения детей с резцовой дизокклюзией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 20 детей 4–9 лет, которые обратились в стоматологическую клинику ФГБОУ УГМУ. Проанализировано состояние зубочелюстной системы этих детей на этапе комплексного первичного обследования и в отдалённые сроки (3 года) после проведения лечения на съёмных ортодонтических аппаратах. Определены сочетания нарушений окклюзии в различных плоскостях (сагиттальной, трансверзальной и вертикальной). Проведена детализация окклюзии у детей (дистальная/мезиальная окклюзия; экзоокклюзия/эндоокклюзия; сагиттальная резцовая дизокклюзия/вертикальная резцовая дизокклюзия). Проанализированы лицевые признаки: вид губной ступени (отрицательная, положительная или в норме), тип смыкания губ (смыкаются с напряжением, в норме или отсутствие смыкания), нарушения положения подбородка (смещен кзади, кпереди или положение в норме), наличие или отсутствие щечных коридоров, пропорциональность третьей лица. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка (при числе исследуемых менее 50), а также показатели асимметрии и эксцесса. При сравнении средних величин в нормально распределённых совокупностях количественных данных рассчитывался t-критерий Стьюдента. Полученные значения t-критерия Стьюдента оценивались путем сравнения с критическими значениями. Различия показателей считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У детей через 3 года после ортодонтического лечения нарушений в 3-х плоскостях (сагиттальной, трансверзальной и вертикальной) не наблюдалось, нарушения в 2-х плоскостях выявлены у двух детей (10 %), также, как и в 1-ой плоскости (10% случаев) (Рис. 1).

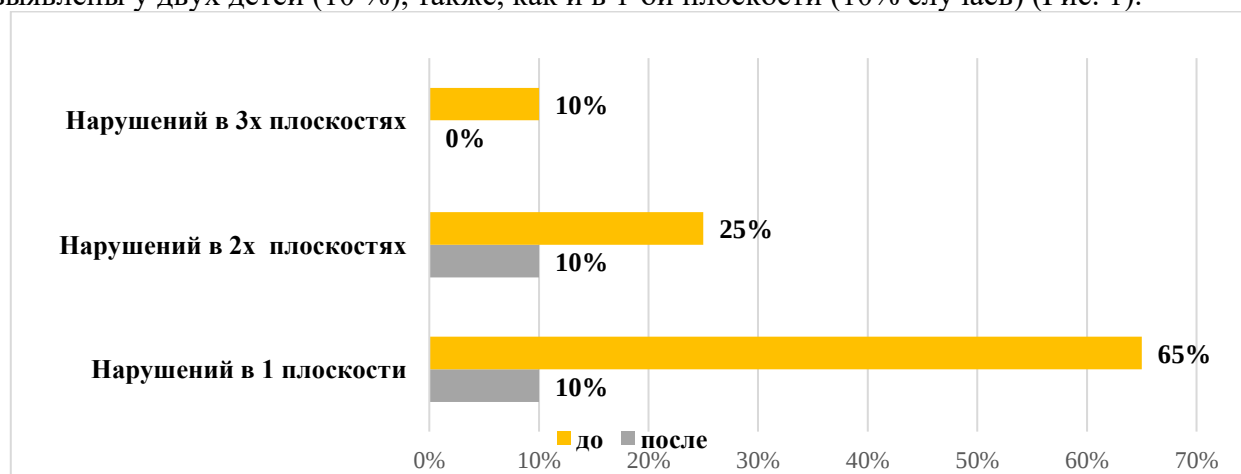


Рис.1. Сочетание нарушений окклюзии у детей до и после ортодонтического лечения РД.

Для оценки результатов ортодонтического лечения детализированы нарушения в сагиттальной, трансверзальной и вертикальной плоскостях (Рис. 2).

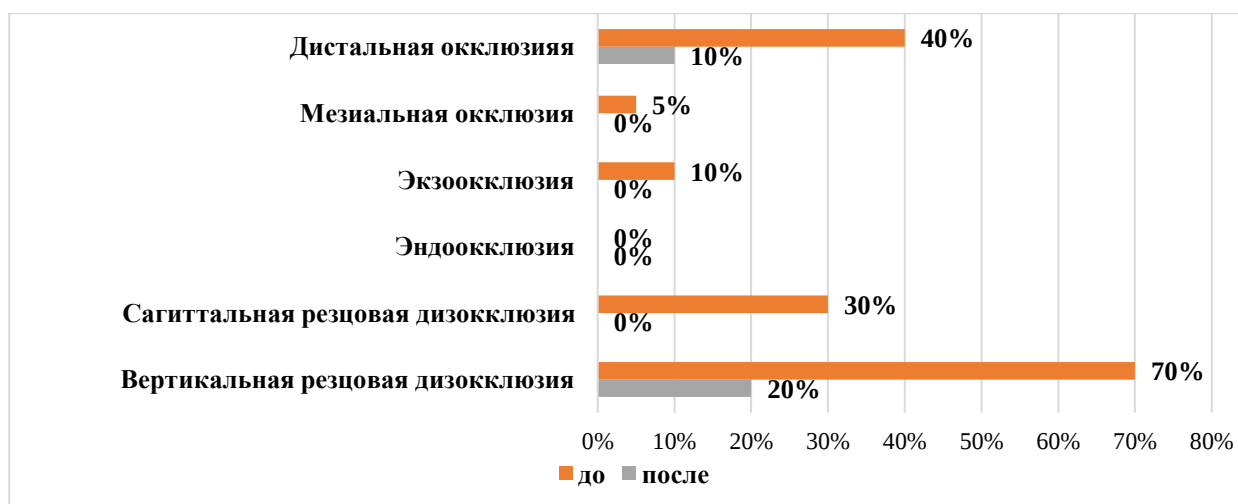


Рис. 2. Нарушения окклюзии до и после ортодонтического лечения

У детей до ортодонтического лечения чаще всего наблюдались такие нарушения, как: вертикальная резцовая дизокклюзия (70% случаев), дистальная окклюзия (40% случаев) и сагиттальная резцовая дизокклюзия (30% случаев). Через 3 года после ортодонтического лечения у 4-х детей произошел рецидив нарушений: вертикальной резцовой дизокклюзии (20% случаев, $p=0,002$) и дистальной окклюзии (10% случаев, $p=0,05$).

При детализации признаков лицевых нарушений до лечения у детей выявлено: наличие щечных коридоров (45% случаев), нарушения положения подбородка – кзади (85% случаев), нарушения смыкания губ – смыкание с напряжением (70% случаев) и отсутствие смыкания (10% случаев), нарушения губной ступени – негативная (35% случаев) и позитивная (10% случаев) и в 100% случаев наблюдались нарушения пропорциональности третей лица (35% случаев – нарушения выявлены в нижней трети лица, 65% случаев – нарушения как средней, так и нижней трети) (Рис. 3).



Рис. 3. Признаки лицевых нарушений до и после ортодонтического лечения детей с вертикальной дизокклюзией

У большинства детей после завершения лечения на съемных ортодонтических аппаратах улучшились лицевые параметры, но у некоторых детей наблюдались в равной степени (10% случаев) щечные коридоры ($p=0,01$) и нарушения смыкания губ ($p=0,0000$).

Нарушения положения подбородка выявлено в 30% случаев ($p=0,00001$), нарушение пропорциональности третей лица - 45% случаев ($p=0,007$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Через 3 года после ортодонтического лечения у большинства детей определялась физиологическая окклюзия. Рецидив нарушений окклюзии наблюдался у 4-х детей из 20: у 2х детей нарушения были выявлены в одной плоскости (вертикальная резцовая дизокклюзия), у 2х детей сочетание нарушений в 2-х плоскостях (вертикальная резцовая дизокклюзия и дистальная окклюзия). У детей до ортодонтического лечения выявлены нарушения лицевых признаков, которые влияют на эстетику челюстно-лицевой области. У большинства детей отмечается изменение положения подбородка (что связано с изменением положения нижней челюсти), пропорциональности третей лица и нарушения смыкания губ. В отдаленные сроки после лечения у большинства детей улучшились лицевые параметры.

ВЫВОДЫ

Раннее ортодонтическое лечение детей с резцовой дизокклюзией позволяет восстановить физиологическое развитие зубочелюстной системы в 80% случаев. Через 3 года после лечения детей с применением съемных аппаратов в 20% случаев наблюдался рецидив нарушений в вертикальной плоскости, это диктует необходимость разработки аппарата, повышающего эффективность лечения резцовой дизокклюзии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

- 1.Ng, C.S. Orthodontic treatment of anterior open bite / C.S. Ng, W. K. Wong, U. Hagg /International Journal of Pediatric Dentistry. – 2008. - №18 (2). – P. 78-83.
- 2.Lin, L. Etiology and treatment modalities of anterior open bite malocclusion / L. Lin, G. Huang, C. Chen / Journal of Experimental & Clinical Medicine. -2013. - № 5(1). – P. 1–4.
- 3.Фадеев, Р. А. Особенности строения лица у пациентов с разобщением зубных рядов в переднем отделе /Р. А. Фадеев, В. В. Тимченко // Институт стоматологии. – 2013. - №1 (58). - С. 34–35.
- 4.Распространенность зубочелюстных аномалий у детей в Свердловской области / А. С Шишмарева,Е. С. Бимбас, Е. З. Хелашвили [и др.]/ Проблемы стоматологии. – 2023. – Т.19, № 1. – С. 110–120.
- 5.Али, А. Э. Лечение пациентов детского возраста с вертикальной резцовой дизокклюзией / А. Э. Али, В. М. Водолацкий, А. В. Водолацкая // Актуальные вопросы клинической стоматологии: сб. науч. работ. – Ставрополь, 2019. – С. 146–149.
- 6.Чантырь, И. В. Вертикальная резцовая дизокклюзия: этиопатогенез, классификация, клинко-морфологические формы, принципы лечения / И. В. Чантырь, А. Ю. Дробышев, Н. С. Дробышева. // Уральский медицинский журнал. - 2016. – Т. 140, № 7. – С. 44–54.

Сведения об авторах

Д. А. Феофанова*- студент стоматологического факультета

Ю. С.Шишмарева- ассистент кафедры

А. С.Шишмарева- кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

D. A.Feofanova*- student of Dental Faculty

Y. S.Shishmareva– Department Assistant

A. S.Shishmareva- Candidate of Sciences(Medicine), Associate Professor

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

dariafeo@icloud.com

УДК: 616.716.1-007.271

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СКЕЛЕТНЫХ (ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ) ИЗМЕНЕНИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТОВ MARPE

Фирсова Яна Ринатовна, Сайпеева Мария Михайловна

Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Поперечная недостаточность верхней челюсти встречается у 10-18% населения всего мира и может быть устранена путём расширения верхней челюсти с использованием несъёмных ортодонтических аппаратов. У подростков и взрослых для расширения в области средненебного шва требуется больше силы из-за повышенной степени его оксификации. Современным и эффективным решением в данной клинической ситуации стало внедрение в практику аппарата для быстрого небного расширения с опорой на мини-имплантаты. **Цель исследования** – оценить эффективность лечения поперечного сужения верхней челюсти с помощью аппаратов