

# ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОВ С МЕЗИАЛЬНЫМ СООТНОШЕНИЕМ ЗУБНЫХ РЯДОВ В СОЧЕТАНИИ С ВЕРТИКАЛЬНЫМ ТИПОМ РОСТА ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА ЧЕРЕПА.

**Р.А. Фадеев**

- Д. м. н., профессор, ректор, зав. кафедрой ортодонтии СПБИНСТОМ.

**А.В. Кузакова**

- Врач-ортодонт, аспирант кафедры стоматологии НовГУ им. Ярослава Мудрого.

Среди всех зубочелюстных аномалий распространенность мезиальной окклюзии колеблется в среднем от 2,8% до 7,6% (Лалетина Е.Д., 1953; Каламкаров Х.А., 1978; Куршиев А.М., 2000). Достаточно большое количество работ посвящено изучению морфологического состояния жевательного аппарата у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов (Криштаб С.И., 1979; Аболмасов Н.Г., 1981; Гиоева Ю.А., 1991,2004; Газдарова И.Г., 2005; Schwarts А.М., 1961). Но только некоторые авторы рассматривают зубочелюстные аномалии совместно с изучением основного направления роста лицевого скелета. (Малыгин Ю.М. 1970,2008; Берсенев А.В., 2007; Персин Л.С., Косырева Т.Ф., 1996). Поэтому, нами была поставлена **цель:** выявить особенности строения лица у пациентов с мезиальным соотношением зубных рядов в сочетании с вертикальным типом роста.

## **Клинический контингент и методы исследования:**

Для достижения поставленной цели нами были обследованы 54 пациента (18 (33,33%) мужчин и 36 (66,67% женщины)) в возрасте от 16-32 лет с различными зубочелюстными аномалиями, сопровождающимися мезиальным соотношением зубных рядов. У пациентов изучено морфологическое состояние зубочелюстной системы по данным ТРГ, выполненных в боковой проекции. Оценка антропометрических параметров проводилась по разработанной нами модифицированной методике анализа ТРГ, в основу которой была положена методика анализа профильных ТРГ, предложенная В.Н. Трезубовым (1973), В.Н. Трезубовым и Р.А. Фадеевым (1995, 2001), а также Международная классификация зубочелюстных аномалий, рекомендованная ВОЗ.

При оценке ТРГ было выделено 16 групп, в которые вошли 46 параметров, характеризующих различные отклонения от нормы. Ниже перечислены используемые антропометрические параметры:

Длина передней черепной ямки: n-s.

1. Параметры, характеризующие соотношение верхней и нижней челюстей в сагиттальном направлении: ss-n-spm и wits.
2. Антропометрические параметры, характеризующие положение верхней челюсти: s-n-ss и s-n-snr.
3. Антропометрические параметры, характеризующие положение нижней челюсти: s-n-spm и s-n-go.
4. Параметры, характеризующие размеры верхней челюсти: sna-snr и sna-snr/n-s.
5. Параметры, характеризующие размеры нижней челюсти: me-go и me-go/n-s.
6. Параметры, характеризующие наклоны оснований челюстей: Ps/Pb, Pm/Pb, Ps/Pm, Poc/Pb.
7. Параметры, характеризующие вертикальные размеры лица: n'-me'(Pn), n'-sna'(Pn), sna'-me'(Pn), s'-go'(Pn), n'-me'/n-s, s'-go'(Pn)/n-s.

8. Оценка направления роста лицевого отдела черепа: n-s-gn и Pm/Pb.
9. Оценка положения подбородочного отдела лица s-n-pg.
10. Оценка развернутости угла нижней челюсти Pm/Pr.
11. Оценка длины ветви нижней челюсти: со-Pm и со-Pm / n-s.
12. Оценка положения верхних и нижних резцов и их соотношений: Pis/Pii, Pis/Pb, Pii/Pb, Pis/Ps, Pii/Pm, is'-sto' (Pn), is'-Lss'(Pn), is' – ii'(Pf), is' – ii'(Pn).
13. Оценка положения альвеолярных частей верхней и нижней челюсти: sd-n-ss, id-n-spm.
14. Оценка положения головки нижней челюсти: со-со'(Pf), со'-s'(Pf).
15. Оценка профиля мягких тканей лица: Kn-sn-Kspm, Kn-prn-Kspm, Pe/Pn, prn-sn-Ls.
16. Оценка возможной погрешности измерений: Pb/Pf, n-s-ba.

Данная методика позволяет представить результаты расчета телерентгенограмм графически (рис. 1). Это является достаточно наглядным и удобным дополнением к анализу, облегчающим планирование лечения.

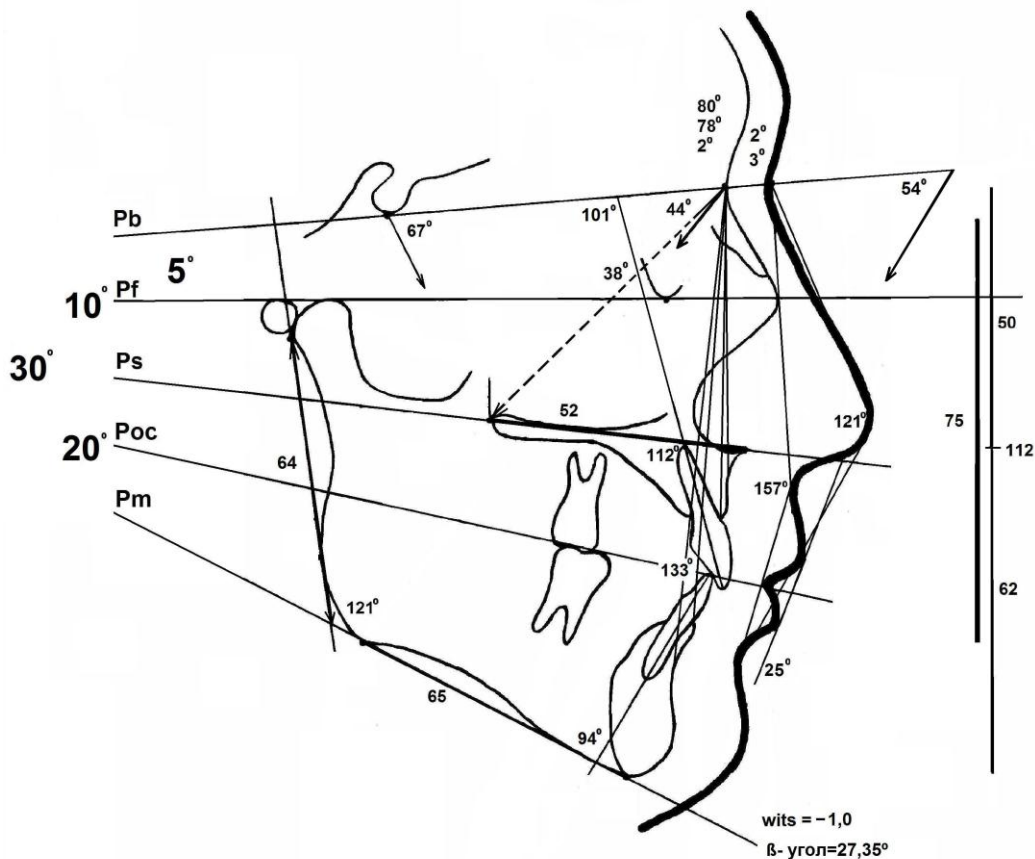


Рис.1. Графическое представление результата анализа профильной ТРГ.

## Результаты исследования.

Из 54 обследованных пациентов с мезиальным соотношением зубных рядов у 23 человек (что составило 42,60%) была выявлена тенденция к вертикальному типу роста лицевого скелета, у 30 человек был диагностирован нейтральный тип роста (55,56%) и только у одного – горизонтальный тип роста (1,85%). Пациенты с вертикальным типом роста были разделены на группы, в зависимости от наличия и сочетания тех или иных параметров. В первой группе, состоящей из 6 человек (24,00%) определялось наличие увеличенной передней и задней высоты лица.

Вторую группу составляли 7 человек (28,00%) с увеличением передней высоты лица и нормальными значениями задней высоты. Третья группа представлена пятью пациентами (20,00%), у которых выявлялось уменьшение задней высоты лица и сохранение нормальных размеров передней высоты лица. Четвертую группу составили 5 пациентов (20,00%), у которых отмечалось увеличение передней высоты и снижение задней высоты лица. Ниже представлено графическое изображение выбранных нами групп, для наглядности ассоциированных с вышеупомянутой схемой результатов исследований.

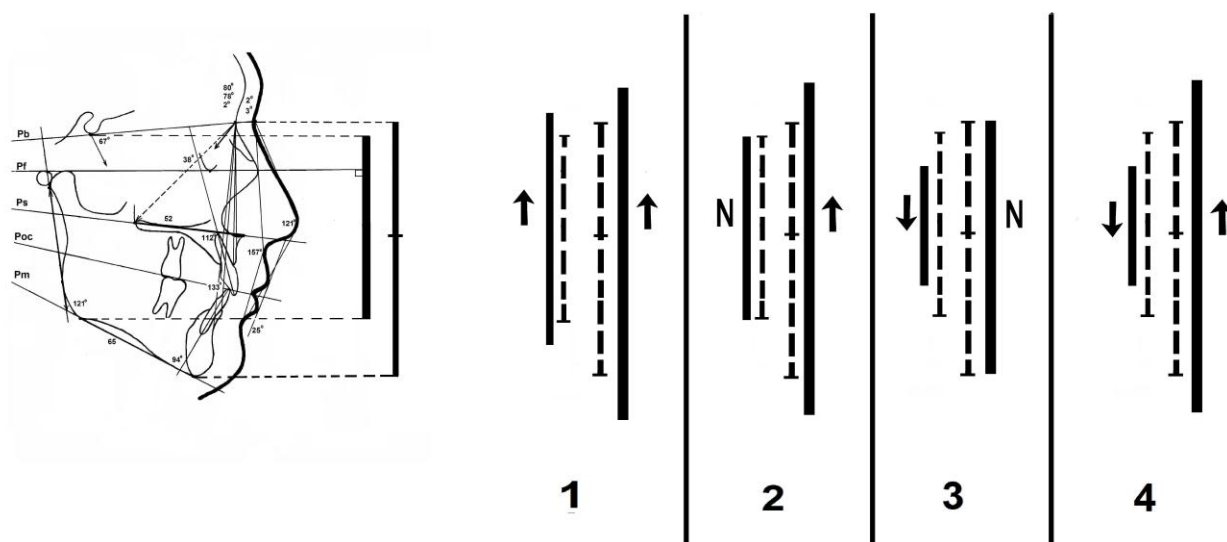


Схема 1. Графическое изображение групп пациентов.

У данных пациентов отмечались и другие зубочелюстные аномалии. Так наиболее часто встречалось уменьшение значения межапикального угла и значения Wits-параметра. Ниже в таблице приведено сравнение групп по этим признакам.

Табл.1.

	Уменьшение межапикального угла	Уменьшение Wits, у пациентов с уменьшением межапикального угла.
	количество человек (%)	количество человек (%)
1 группа	6 (100%)	6 (100%)
2 группа	4 (57,14%)	4 (100%)
3 группа	5 (100%)	4 (80,00%)
4 группа	4 (80,00%)	4 (100%)

Из данной таблицы следует, что уменьшение межапикального угла встречалось в выделенных группах от 57,14% до 100% клинических ситуаций и в 80-100% сопровождалось уменьшением значения Wits-параметра.

Нами было также проведено сравнение исследуемых групп по трём часто встречающимся признакам: увеличение межчелюстного угла, увеличение угла нижней челюсти, уменьшение длины ветви нижней челюсти.

Табл. 2.

	Увеличение межчелюстного угла	Увеличение угла нижней челюсти	Уменьшение длины ветви нижней челюсти
	Количество человек (%)	Количество человек (%)	Количество человек (%)
1 группа	6 100%	6 100%	1 16,67%
2 группа	7 100%	7 100%	4 57,14%
3 группа	5 100%	5 100%	4 80,00%
4 группа	5 100%	5 100%	4 80,00%

Из таблицы №2 видно, что преобладающими отклонениями среди групп является увеличение межчелюстного и нижнечелюстного углов. Данные аномалии в описанных группах встречаются в 100% случаев. Так же большой удельный вес занимает уменьшение длины ветви нижней челюсти, которое в 3 и 4 группах отмечалось в 80% случаях, а в 1 группе отмечался наиболее низкий показатель по группам – 16,67% (1 человек).

В выделенных нами группах пациентов с вертикальным типом роста лицевого скелета, аномалии, сопровождающиеся изменениями положения верхней и нижней челюстей в черепе, а также изменения размеров челюстей имели следующее распределение: в 1 группе у 4 обследованных выявлена верхняя ретрогнатия (66,67%), нижняя ретрогнатия встречалась у 1 пациента, что составило 16,67%; верхняя микрогнатия у 2х (33,33%), нижняя микрогнатия также у 2х (33,33%). Во 2 группе верхняя ретрогнатия диагностировалась в 2 клинических ситуациях (28,57%); нижняя ретрогнатия в 3 (42,86%). Уменьшение размеров верхней челюсти – верхняя микрогнатия - выявлялась у 2 обследованных (28,57%), нижняя микрогнатия – у одного пациента (14,29%). В 3 группе обследованных отмечалось наличие верхней ретрогнатии в 2 клинических ситуациях (40,00%); нижней ретрогнатии в одной (20,00%); верхней микрогнатии в 2х (40,00%); нижней микрогнатии в одном случае (20,00%). В 4 группе верхняя ретрогнатия выявлена только у одного обследованного, что составило 20,00%; нижняя ретрогнатия у 2 – 40,00%; верхняя макрогнатия у одного пациента (20,00%); верхняя микрогнатия - у 3 (60,00%), нижняя микрогнатия – у 2 обследованных (40,00%).

При проведении анализа параметров, характеризующих вертикальные размеры лица, в выделенных нами группах получены следующие данные: (Таб. №3).

Табл. 3. Частота встречаемости аномалий вертикальных размеров лица.

	Увеличение верхнего отдела лица	Уменьшение верхнего отдела лица	Увеличение нижнего отдела лица	Уменьшение нижнего отдела лица
1 группа	50,00%	16,67%	100%	0
	(3 чел)	(1 чел)	(6 чел)	
2 группа	28,57%	14,28%	100%	0
	(2 чел)	(1 чел)	(7 чел)	
3 группа	0	40,00%	20,00%	20,00%
		(2 чел)	(1 чел)	(1 чел)
4 группа	60,00%	20,00%	100%	0
	(3 чел)	(1 чел)	(5 чел)	

В 1 группе, увеличение передней высоты лица выявлено за счет увеличения преимущественно нижнего отдела лица (у 6 человек - 100,00%); во 2 группе также за счет увеличения нижнего отдела лица (100,00%); в 3 группе в уменьшение верхнего отдела лица отмечалось в 40,00% случаев, а увеличение и уменьшение нижнего отдела отмечалось в равных долях по 25,00%. В 4 группе увеличение нижнего отдела регистрировалось в 100%, увеличение верхнего отдела в 60,00%, а уменьшение верхнего отдела в 20,00%.

Среди общего числа обследованных в 100% случаях отмечались те или иные нарушения положения верхних и нижних резцов и их соотношений. В 1 группе обследованных протрузия верхних резцов регистрировалась в 16,67% (1 человек), ретрузия верхних резцов – в 33,33% (2 пациента), медиальный и дистальный наклоны верхних резцов отмечался в равных долях по 33,33% (по 2 человека), дистальный наклон нижних резцов в 100% (у 6 человек). Во 2 группе протрузия верхних резцов встречалась в 28,54% (2 человека), ретрузия верхних резцов в 28,54% (2 человека), протрузия нижних резцов также в 14,29% (1 пациент), медиальный наклон верхних резцов у 28,54% (2 человека), дистальный наклон нижних резцов у 100% (7 человек). В 3 группе ретрузия верхних резцов встречалась в 20,00% (1 пациент), а дистальный наклон нижних резцов в 100% (5 случаев). В 4 группе протрузия нижних резцов встречалась у 20,00% (1 пациент), медиальный наклон верхних резцов в 40,00% (2 человека), дистальный наклон верхних резцов в 40,00% (2 человека), дистальный наклон нижних резцов в 100% (5 человека).

В таблице 4 представлено распределение признаков, характеризующих профиль мягких тканей лица. Наиболее часто встречающимися параметрами явились: уменьшение выпуклости мягких тканей, уменьшение выпуклости лицевого скелета и прохейлия.

Табл. 4. Оценка профиля мягких тканей лица

	Уменьшение выпуклости мягких тканей	Уменьшение выпуклости лицевого скелета	прохейлия
1 группа	83,33% (5 чел)	100% (6 чел)	66,67% (4 чел)
2 группа	85,72% (6 чел)	85,72% (6 чел)	71,43% (5 чел)
3 группа	100% (5 чел)	80,00% (4 чел)	100% (5 чел)
4 группа	60,00% (3 чел)	80,00% (4 чел)	80,00% (4 чел)

### Выводы:

1. Из 54 обследованных пациентов с мезиальным соотношением зубных рядов у 23 человек (что составило 42,60%) была выявлена тенденция к вертикальному типу роста лицевого скелета, у 30 человек был диагностирован нейтральный тип роста (55,56%) и только у одного – горизонтальный тип роста (1,85%).
2. Выделены четыре группы нарушений строения лица в вертикальном направлении у пациентов с мезиальным соотношением зубных рядов, характеризующиеся: 1) увеличением передней и задней высоты лица (24,00%), 2) увеличением передней и нормальными значениями задней высоты лица (28,00%), 3) неизменной передней и уменьшенной задней высотой лица (20,00%) и 4) увеличением передней высоты и снижением задней высоты лица (20,00%).
3. У пациентов наиболее часто отмечались следующие аномалии: уменьшение межапикального угла (от 57,14% до 100,00%); уменьшение Wits-параметра (от 80,00% до 100%); увеличение межчелюстного угла и угла развернутости нижней челюсти во всех группах отмечалось в 100% клинических ситуаций. Преобладающими нарушениями положения верхней и нижней челюсти в черепе были - верхняя ретрогнатия, которая проявлялась в 20,00%-66,67%; верхняя микрогнатия (от 28,57% до 60,00%), которая довольно часто сопровождалась нижней микрогнатией, что свидетельствует о недоразвитии всего лицевого черепа.
4. Среди общего числа обследованных в 100% отмечались те или иные нарушения положения верхних и нижних резцов и их соотношений. Так дистальный наклон нижних резцов регистрировался у 100% пациентов всех групп; ретрузия верхних резцов встречалась 20,00-33,33%; протрузия верхних резцов в 16,67-28,57%; а дистальный наклон верхних резцов также от 33,33-40,00%.
5. Наиболее часто встречающимися параметрами, характеризующими профиль мягких тканей лица, явились: уменьшение выпуклости мягких тканей (от 60,00% встречаемости до 100,00%), уменьшение выпуклости лицевого черепа (от 80,00% до 100%) и прохейлия (от 66,67% до 100%).