

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс / В. И. Петров. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 880 с.
2. Лекарственные средства в пульмонологии / Под ред. Н. В. Юргеля. — М.: Русский врач, 2009. — 124 с.
3. Прикладная фармакоэкономика / Под ред. В. И. Петрова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 336 с.
4. Global strategy for asthma management and prevention (GINA). — National Institutes of Health Heart, Lung, and Blood Institute, 2009.

5. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). — National Institutes of Health Heart, Lung, and Blood Institute, 2009.

Контактная информация

Тарасенко Иван Викторович — к. м. н., докторант кафедры клинической фармакологии и интенсивной терапии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: tarivanvik@gmail.com

УДК 616.314-053.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПОЛОЖЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ И ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЕБА

С. В. Дмитриенко, Н. А. Шаваша Ибрагим, О. П. Иванова, М. В. Вологина, И. В. Фоменко

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста*

Изучено расположение молочных зубов в зубной дуге. Показана величина углов ангуляции и инклинации (торка) антагонистов у детей с физиологической окклюзией и при врожденной односторонней расщелине верхней губы и неба в сравнительном аспекте. Данные исследования могут быть использованы при создании прописи брекетов для молочных зубов.

Ключевые слова: молочные зубы, углы ангуляции и инклинации антагонистов, физиологическая окклюзия молочных зубов, врожденная односторонняя расщелина верхней губы и неба, брекеты для молочных зубов.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF PLACEMENT OF PRIMARY TEETH IN CHILDREN WITH PHYSIOLOGICAL OCCLUSION AND UNILATERAL CLEFT LIP, FISSURE OF ALVEOLAR PROCESS AND PALATE

S. V. Dmitrienko, N. A. Shavasha Ibrahim, O. P. Ivanova, M. V. Vologina, I. V. Fomenko

We study the position of primary teeth in the dental arch. We show the value of the angles of inclination and angulation (Torque) of antagonist teeth in children with physiological occlusion and congenital unilateral cleft lip and palate in a comparative perspective. The survey data can be used to create the recipe for primary teeth braces.

Key words: primary teeth, angles of inclination and angulation of antagonists, physiological occlusion of primary teeth, congenital unilateral cleft lip and palate, braces for primary teeth.

Вопросу расположения зубов в челюстных костях посвящено значительное количество исследований российских и зарубежных специалистов. В литературе уделено большое внимание оценке положения зубов при помощи биометрических исследований гипсовых моделей челюстей, анализа ортопантомограмм, телерентгенограмм головы в боковой и прямой проекции. Однако практически все исследования касались зубов постоянного прикуса [3, 4, 5, 7, 8, 9, 10]. В то же время в доступной нам литературе мы не встретили сведений о расположении молочных зубов и, в частности, о величине углов инклинации и ангуляции молочных зубов при физиологической окклюзии и врожденной патологии челюстно-лицевой области.

Определение углов ангуляции (наклона зубов в мезиально-дистальном направлении) и инклинации или

торка (наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении) вызвано необходимостью создания современных брекет-систем, обеспечивающих эффективность лечения пациентов техникой эджуайз. Существует достаточное количество исследований с указанием величины торка и ангуляции для каждого постоянного зуба [6].

Несмотря на то, что применение техники-эджуайз в период прикуса молочных зубов является спорным вопросом биомеханики, появляются работы, указывающие на возможность ее применения при лечении детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба. При этом указано, что несъемная аппаратура оказывает минимальное воздействие на зубы и стабилизирует положение фрагментов челюстных костей [2]. В то же время мы не встретили информации о прописи брекетов для лечения детей с врожденной па-

тологией и, в частности, при односторонней расщелине губы и неба.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение торка и ангуляции молочных зубов, как при физиологической окклюзии, так и при односторонней расщелине губы, альвеолярного отростка и неба, что может быть использовано при создании брекетов для лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было изучено 86 пар гипсовых моделей челюстей, полученных у детей 3—5-летнего возраста. Из них 62 пары моделей челюстей принадлежали детям с физиологической окклюзией молочных зубов и 24 пары моделей с односторонней расщелиной верхней губы и неба. Измерения проводились с учетом анатомических особенностей строения молочных зубов [1].

Для измерения наклона зубов использовали модифицированный прибор, состоящий из транспортира, к координатной точке которого прикреплялся подвижный металлический стержень, указывающий величину угла отклонения от координатной оси.

При определении торка основание транспортира устанавливали по касательной к центральной точке вестибулярной поверхности коронки зуба, а подвижный металлический стержень устанавливали параллельно расположению окклюзионной плоскости. Величина отклонения подвижного стержня от координатной линии, соединяющей 90° отметку транспортира с центральной координатной точкой, определяла угол инклинации (или торк) зуба. При этом значения торка определялись в абсолютных величинах отклонения от координатной линии и были положительными при вестибулярном наклоне зубов или отрицательными — при наклоне зуба в язычную (небную) сторону.

Для определения ангуляции измерительный прибор устанавливали таким образом, чтобы основание транспортира было параллельно линии окклюзионной плоскости, а подвижный металлический стержень проходил по условной срединной вертикали коронки зуба через центральную точку вестибулярной поверхности (условная срединная вертикаль соединяла срединные точки окклюзионной и шеечной частей вестибулярной поверхности коронки в вестибулярной норме). Величина отклонения подвижного металлического стержня от 90° отметки транспортира определяла угол ангуляции. При этом ангуляция считалась положительной при смещении подвижного металлического стержня в дистальную сторону и отрицательной при смещении зуба в мезиальную сторону.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для каждого зуба верхней и нижней челюсти, при физиологической окклюзии молочных зубов, углы

ангуляции и инклинации были различными и определяли индивидуальность их расположения в челюстных костях. Показатели торка и ангуляции молочных зубов без признаков латерализации приведены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели торка и ангуляции молочных зубов при физиологической окклюзии, градусы

Наименование молочного зуба	Величина торка на:		Величина ангуляции на:	
	верхней челюсти	нижней челюсти	верхней челюсти	нижней челюсти
Медиальный резец	2,4 ± 1,5	0,6 ± 1,8	0,95 ± 0,90	0,35 ± 0,30
Латеральный резец	2,30 ± 1,25	0,7 ± 1,3	0,85 ± 0,75	0,35 ± 0,30
Клык	-7,0 ± 1,8	-12,0 ± 2,8	2,7 ± 1,2	3,5 ± 1,2
Первый моляр	-9,60 ± 1,75	-26,0 ± 3,4	2,5 ± 1,0	3,80 ± 1,23
Второй моляр	-10,0 ± 1,5	-30,0 ± 3,8	2,5 ± 1,2	3,50 ± 2,75

Для резцов верхней челюсти при физиологической окклюзии было характерно их незначительное отклонение в вестибулярном направлении, о чем свидетельствовал положительный торк, который для медиальных резцов в среднем составлял (2,4 ± 1,5) градуса, а для латеральных резцов (2,3 ± 1,25) градуса. Торк для медиальных резцов нижней челюсти в среднем составлял (0,6 ± 1,8) градуса, а для латеральных резцов (0,7 ± 1,3) градуса. Для клыков, как для верхней, так и для нижней челюсти, было характерно отклонение в язычную (небную) сторону, о чем свидетельствовал отрицательный торк, который для клыков верхней челюсти в среднем составлял (-7 ± 1,8) градуса, а для клыков нижней челюсти (-12 ± 2,8) градуса. Первый и второй молочные моляры также имели отрицательные значения торка, причем более выраженные на нижней челюсти. Увеличение торка нижних моляров объясняется анатомическими особенностями зубов, а именно отклонением окклюзионного контура вестибулярной поверхности коронки в проксимальной норме в язычную сторону.

Нами было отмечено, что ангуляция для зубов, как верхней, так и нижней челюсти, была положительной.

Результаты исследования показали, что при односторонней расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба углы инклинации и ангуляции для каждого зуба верхней челюсти были различные и имели достоверные отличия по сравнению с физиологической нормой.

Показатели торка и ангуляции молочных зубов без признаков латерализации у детей при односторонней расщелине губы и неба показаны в табл. 2.

Таблица 2

Показатели торка и ангуляции молочных зубов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, градусы

Наименование молочного зуба	Величина торка на:		Величина ангуляции на:	
	верхней челюсти	нижней челюсти	верхней челюсти	нижней челюсти
Медиальный резец	-13,25 ± 1,25	0,6 ± 1,8	6,0 ± 2,3	0,35 ± 0,30
Латеральный резец	-12,3 ± 1,5	0,7 ± 1,3	7,0 ± 2,6	0,35 ± 0,30
Клык	-14,75 ± 4,20	-12,3 ± 2,8	15,00 ± 4,25	3,5 ± 1,8
Первый моляр	-18,4 ± 1,8	-26,25 ± 1,40	5,0 ± 1,8	3,8 ± 1,5
Второй моляр	-21,8 ± 2,5	-34,5 ± 1,8	4,0 ± 1,6	3,5 ± 1,2

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для всех групп зубов верхней челюсти было характерно их значительное отклонение в небном направлении, о чем свидетельствовал отрицательный торк, наиболее выраженный в группе резцов. В то же время на нижней челюсти показатели торка и ангуляции не имели достоверных отличий от физиологической нормы.

Полученные нами данные определяют особенности положения молочных зубов, с учетом углов ангуляции и инклинации антагонистов при физиологической окклюзии. Это позволит нам проводить комплексное лечение детей с врожденной односторонней расщелиной губы и неба за счет использования несъемной ортодонтической техники, а также разработать новые конструкции активных и фиксирующих элементов техники-эджуайз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриенко С. В., Краюшкин А. И., Сапин М. Р. Анатомия зубов человека. — М.: Медицинская книга. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. — 196 с.
2. Дмитриенко С. В., Фоменко И. В., Дмитриенко Д. С., Климова Н. Н. // Современная ортопедическая стоматология. — 2010. — № 3.— С. 104—106.
3. Захаров В. И., Ибрагимов Т. И., Гришкина М. И. Изучение наклоненных зубов нижней челюсти по рентгенограммам, полученным внеротовым способом по методике косых контактных проекций // Совр. проблемы стоматологии: Сб. тезисов науч. тр. к 70-лет. В. И. Копейкина. — М.: ММСИ, 1999. — С.104—106.
4. Персин Л. С., Попова И. В., Кузнецова Г. В. // Ортодент-Инфо. — 2002. — № 2. — С. 8—13.
5. Филиппова В. С., Персин Л. С., Слабоковская А. Б. // Российская стоматология. — 2009.—№ 1.— С. 9—16.
6. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л. С. Ортодонтия. Лечение аномалий зубов и зубных рядов современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления. — Кн. 1, изд. второе, доп. — М.: Медицинская книга, 2002. — 252 с.
7. Byloff F. K., Mossaz C. F. // EJO. — 2004. — № 26. — P. 403—409.
8. Majoral G. // Am J Orthod. — 1982. — № 81.— P. 489—497.
9. Philipp R. G., Hurst R. V. // Angle Orthod. — 1978. — № 48. — P. 317—323.
10. Podesser B., Williams S., Bantleon H.-P., Imhof H. // EJO. — 2004. — Vol. 26. — P. 209—215.

Контактная информация

Вологина Мария Викторовна — к. м. н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Vologina_mariya@mail.ru