

Гиперкоррекция дистальной окклюзии как залог успешной ретенции при лечении аппаратом Андресена - Гойпля

Научный руководитель – Сандлер Марина Михайловна

Фидарова Катерина Болатовна

Студент (специалист)

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.

Евдокимова, Москва, Россия

E-mail: fidarovakaty@mail.ru

Актуальность: одним из ключевых аспектов успешного лечения является правильное прохождения ретенционного периода, предполагающее верно выбранный способ ретенции, длительность периода и динамичное наблюдение. Ретенция определяется как «удержание зубов в идеальном эстетическом и функциональном положении». Одной из основных задач ортодонтического лечения является фиксация зубов в достигнутом положении.

Цель: определение корреляционной зависимости между гиперкоррекцией дистальной окклюзии аппаратом Андресена-Гойпля и эффективной ретенцией. Материалы и методы: была организована группа пациентов, состоящая из 58 человек с дистальной окклюзией. Диагностика проводилась на основании данных клинико-рентгенологических исследований, в частности боковой телерентгенографии головы по методу Шварца. При внешнем осмотре определялись симметричность левой и правой половины тела, пропорциональность тела, совпадение срединной линии лица и тела, положение плечевого пояса. Проводился осмотр лица в фас и профиль. В первом случае определяли тип лица в фас, симметричность лица, смещение подбородка влево или вправо и пропорциональность лица, а во втором - тип профиля лица, положение губ и выраженность подбородочной складки. Осмотр рта включал осмотр зубов, осмотр зубных рядов и альвеолярных отростков, определение вида окклюзии зубных рядов, оценку расположения уздечек верхней и нижней губы и языка, оценку расположения и размера языка (нормо-, макро-, микроглоссия) и изучение конфигурации неба. Далее были проводились функциональные пробы, которые позволили оценить в статическом и динамическом состоянии положение нижней челюсти. Первая проба заключалась в открывание рта пациентом и поднятия нижней челюсти до смыкания губ, она позволила определить положение нижней челюсти при ее относительном физиологическом покое. Вторая проба заключалась в том, что пациентов просили сомкнуть зубные ряды, определяя вид смыкания в переднем и боковом отделах. Третья - в опускании нижней челюсти и ее поднимании с последующим смыканием зубных рядов. С помощью этой пробы возможно определить экскурсию нижней челюсти и конфигурацию ее движений. Определялись величина опускания нижней челюсти, наличие девиации и момент ее появления. В результате четвертой пробы выяснились особенности экскурсии нижней челюсти пациентов, а пятая проба позволила определить наличие ее смещения влево или вправо.

Большую роль в диагностике сыграли антропометрические измерения лица и головы. Как известно, принято рассматривать следующие топографические области головы: лобную, глазничную, носовую, подглазничную, ротовую, подбородочную, щечную, скуловую. Скелет лица - лицевой отдел черепа, представляющий его основу, ведущую конструкцию. Эстетические особенности должны быть зафиксированы при проведении диагностики. Но эстетичность лица достаточно субъективна, поэтому при описании лица используют пропорции, а не эстетические категории. Для изучения мягких тканей лица использовались следующие точки: v - vertex - самая высокорасположенная точка в

срединной плоскости черепа; gl - glabella - наиболее выступающая точка на нижней части лба; n - nasion - точка, расположенная в месте пересечения плоскости N-S с кожей профиля лица; pr - pronasale - кончик носа; sn - subnasale - переход нижней части носа в верхнюю губу; UL - labialis superius - наиболее выступающая точка красной каймы верхней губы; sto - stomion - точка пересечения линии смыкания губ со срединно-сагиттальной плоскостью; LL - labialis inferius - наиболее выступающая точка красной каймы нижней губы; sm - supramentale - наиболее вогнутая точка подбородочно - губной борозды; pg - pogonion - наиболее выступающая точка мягких тканей подбородка; gn - gnathion - наиболее нижняя точка мягких тканей подбородка; me - menton - нижняя точка на контуре мягких тканей нижней части подбородка; or - orbital rim - точка пересечения вертикальной линии, подходящей через середину зрачка и нижнего края глазницы; po - porion - точка, находящаяся на середине верхнего края наружного слухового прохода; cdl - condelion - наиболее передняя точка на середине мышечного отростка нижней челюсти; zu - zygion - наиболее выступающая снаружи точка скуловой дуги; go - gonion - наиболее нижняя и расположенная кзади точка мягких тканей в области угла нижней челюсти. Были оценены пропорции лица с помощью формул Martin R., Saller K. и формулы Гарсона.

Безусловно, ключевым аспектом в диагностике является анализ гипсовых моделей челюстей и проведение антропометрических измерений. Мы использовали метод Пона, метод Корхауза и метод Хауса.

Далее в конце лечения исходные измерения были сопоставлены с полученными. Половине пациентов после получения данных на ТРГ угла $SNB = 85$ - лечебный аппарат заменялся ретенционным. Вторая половина пациентов переходила на использование ретенционного аппарата при правильном значении угла $SNB = 80^*$. В качестве ретенционных аппаратов использовались лицевая дуга на верхних молярах в ночное время и традиционный ретейнер для фиксации зубов днем.

Результаты: в результате исследования обнаружено, что группа пациентов, которой была проведена гиперкоррекция аномалии наиболее благоприятно и успешно прошла контролируемый ретенционный период, а именно в ней сохранились исходные показатели электропотенциалов жевательных мышц, отсутствовали процессы мезиодистального и вестибуло-орального смещения зубов, а также ротации после снятия лечебного аппарата, в отличие от пациентов второй группы.

Выводы: таким образом, гиперкоррекция дистальной окклюзии при лечении аппаратом Андресена-Гойпля является критерием эффективной ретенции.