

Всеукраїнська науково-практична конференція
з міжнародною участю
«ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ
В ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ ТА СТОМАТОЛОГІЇ»



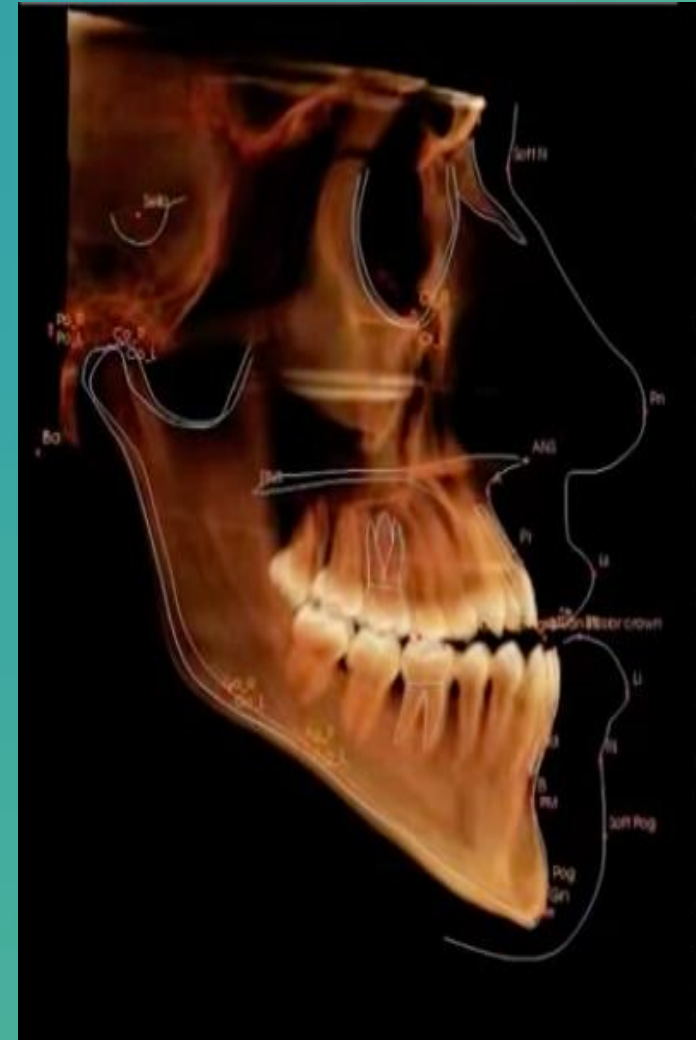
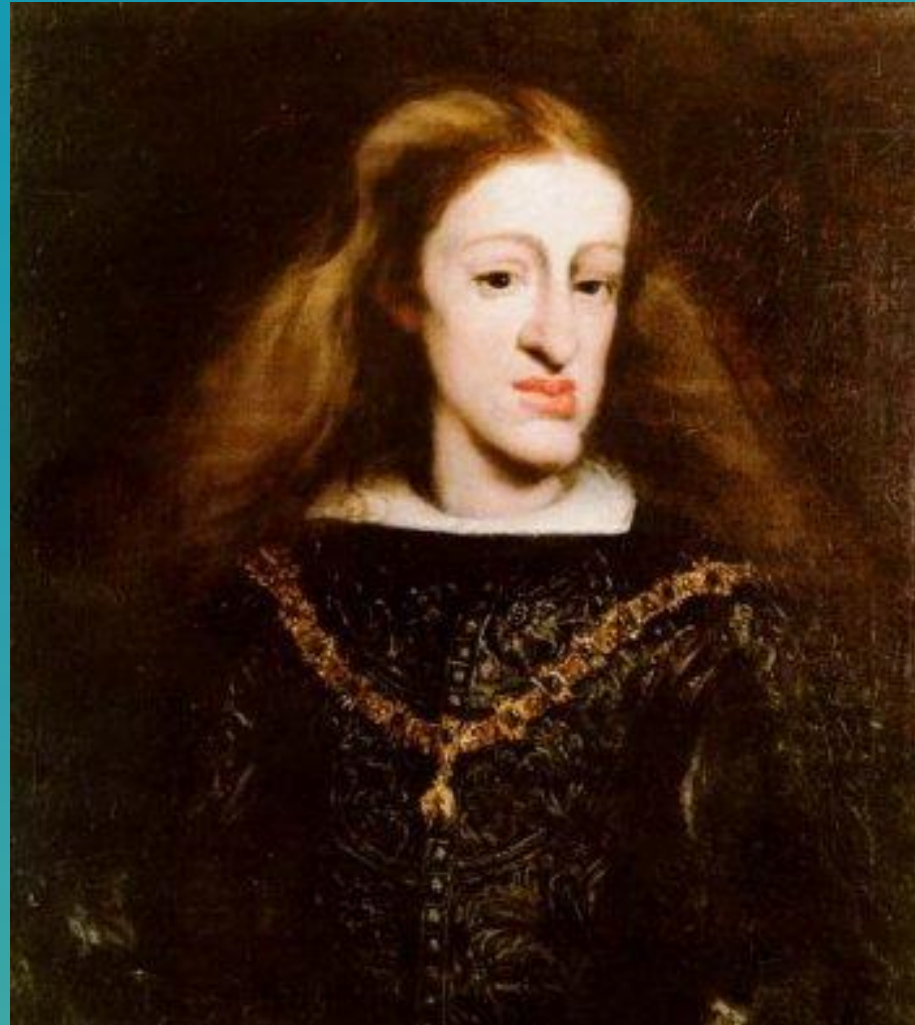
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра Ортодонтії

**СТАНДАРТ ОРТОДОНТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ
ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПРИКУСУ ІІІ КЛАСУ ЗА
ЕНГЛЕМ ЗА ОПИСОМ КЛІНІЧНОГО
ВИПАДКУ**

М.І. Дмитренко, Л.В. Смаглюк, А.С. Шевчик

10-11 квітня 2025 року, м. Полтава

Актуальність



Мезіальна оклюзія – патологія оклюзії у сагітальній площині, при якій нижній зубний ряд розташований відносно верхнього зубного ряду мезіально, при цьому спостерігається співвідношення зубів по класу III за Енглем. Це співвідношення може фіксуватися на функціональному, денто-альвеолярному чи скелетному рівнях

➡ Розповсюдженість мезіальної оклюзії серед українських дітей віком від 6 до 17 років становить 3,42% Storozhenko K.V. (2016)

➡ Але дана аномалія прикусу внаслідок нижньощелепної гіперплазії та верхньощелепної гіпоплазії найбільш суттєво порушує естетичні параметри обличчя, знижує ефективність жування, порушує функцію скронево-нижньощелепного суглоба, викликає захворювання пародонта та передчасну втрату зубів



Alhammadi MS, Almashraqi AA, Khadhi AH, Arishi KA, Alamir AA, Beleges EM, et al. Orthodontic camouflage versus orthodontic-orthognathic surgical treatment in borderline class III malocclusion: a systematic review. Clin Oral Investig. 2022;26(11):6443-55. doi: 10.1007/s00784-022-04685-6.

Мета роботи

представити стандарт ортодонтичної допомоги пацієнту із мезіальною оклюзією в залежності від індивідуальних вікових, клініко-анатомічних особливостей будови черепа, із врахуванням показників зубного, кісткового віку та стадії зрілості піднебінного шва

Історія хвороби

- Проведений аналіз медичної документації пацієнта П. із мезіальною оклюзією.
Ортодонтичне лікування розпочалося у віці 15 років
- Комплексне дослідження проводилося протягом трьох років лікування і включало детальний збір скарг та анамнезу, загальний огляд, позаротове та внутрішньоротове обстеження.
- Рентгенологічне обстеження: ортопантомографія (ОПТГ), телерентгенографія (ТРГ), конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) з прицілом на стан зрілості піднебінного шва
- Проведені антропометричні вимірювання діагностичних моделей
- Вивчали кісткову зрілість скелета на ТРГ за розмірами і формою другого (С2), третього (С3) і четвертого (С4) шийних хребців

Обстеження (патологічні зміни)



А

Б

В

Фото обличчя пацієнта П., 15 р. (амб.картка № Б-25).

Характерні лицьові ознаки патології: а) вигляд збоку: увігнутий лицьовий профіль, підборіддя виступає вперед; Б - вигляд посмішки спереду; В – вигляд посмішки збоку.

Під час первинного обстеження було засвідчено скарги на непривабливу посмішку, зміщення нижньої щелепи вперед.

З анамнезу з'ясовано, що пацієнт професійно займається дзюдо з 8 років. Спадковий фактор патології у сімейному анамнезі не виявлений.

При загальному огляді виявлено типові порушення постави: переднє положення голови, шийний та поперековий лордоз, гіпотонус лопатково-під'язикового м'яза, гіпотонус під'язикової групи м'язів, гіпертонус потиличних м'язів

Діагностичні дані пацієнта до лікування



Фото КДМ (мезіальне співвідношення на молярах та іклах),
вигляд спереду; зліва; справа зубні дуги; верхня щелепа і
нижня щелепа (вигляд зверху)

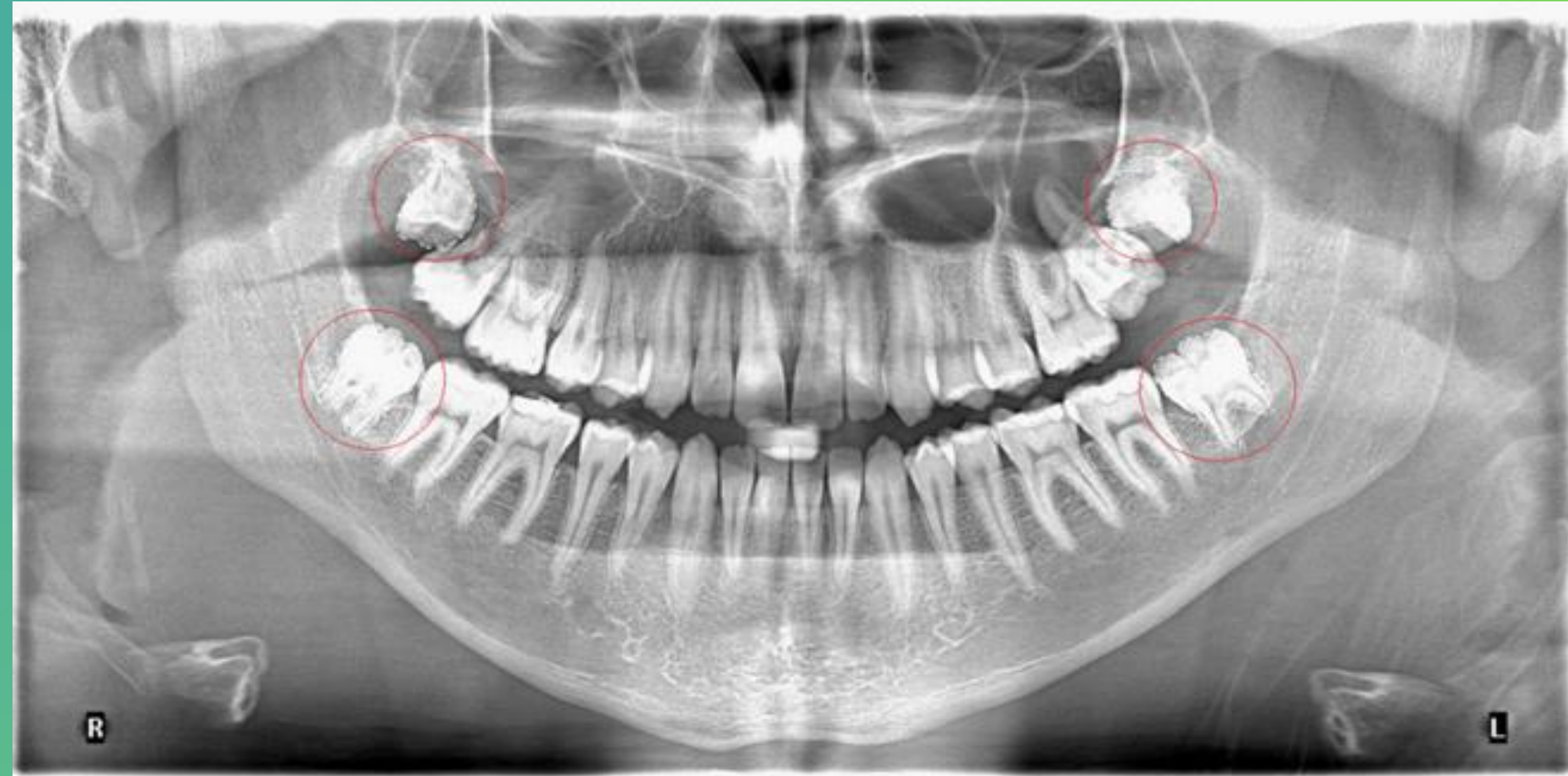
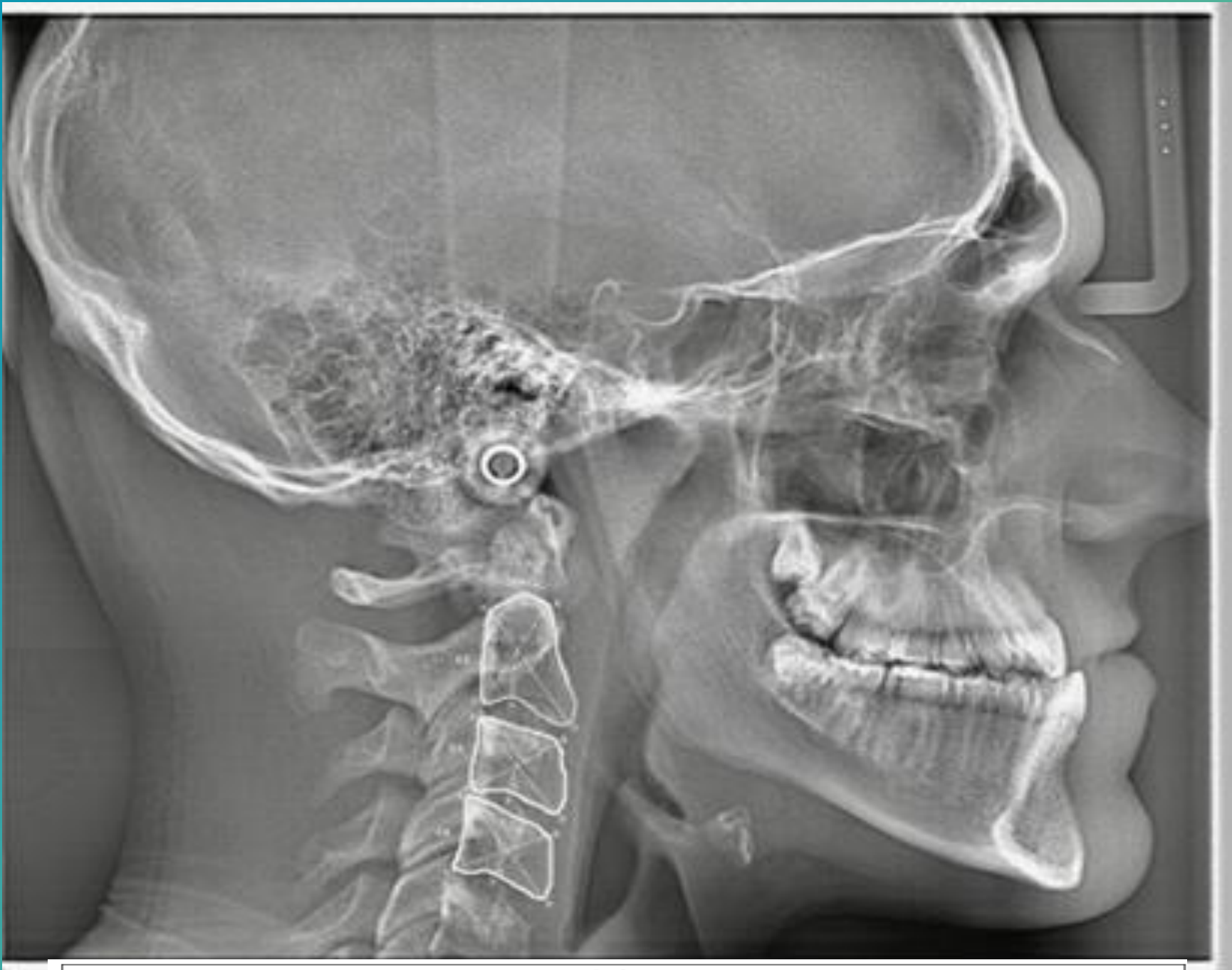


Фото ОПТГ (ретеновані 17, 27 зуби,
дистоповані зачатки 18, 28 зубів)

Діагностичні дані пацієнта до лікування



Величина	Steiner Норм []	Значение []	Diff	Отклонение
SNA	80,0..89,0°	78,7°	-1,3	
SNB	75,0..82,0°	85,7°	+3,7	
ANB	2,0..4,0°	-7,0°	-9,0	
SND	76,0..77,0°	84,0°	+7,0	
II	130,0..150,0°	136,9°	0,0	
SN-OcP	14,0°	11,2°	-2,8	
SN-GoGn	30,0°	27,0°	-3,0	
Max1-NA	22,0°	30,2°	+8,2	
Max1-SN	108,0°	108,9°	+0,9	
Mand1-NB	25,0°	19,9°	-5,1	
1u-NA	4mm	7mm	+3	
1l-NB	4mm	4mm	+0	
Pog-NB		3mm		

Фото та аналіз ТРГ (збільшені параметри нижньої щелепи, зменшені параметри верхньої щелепи).

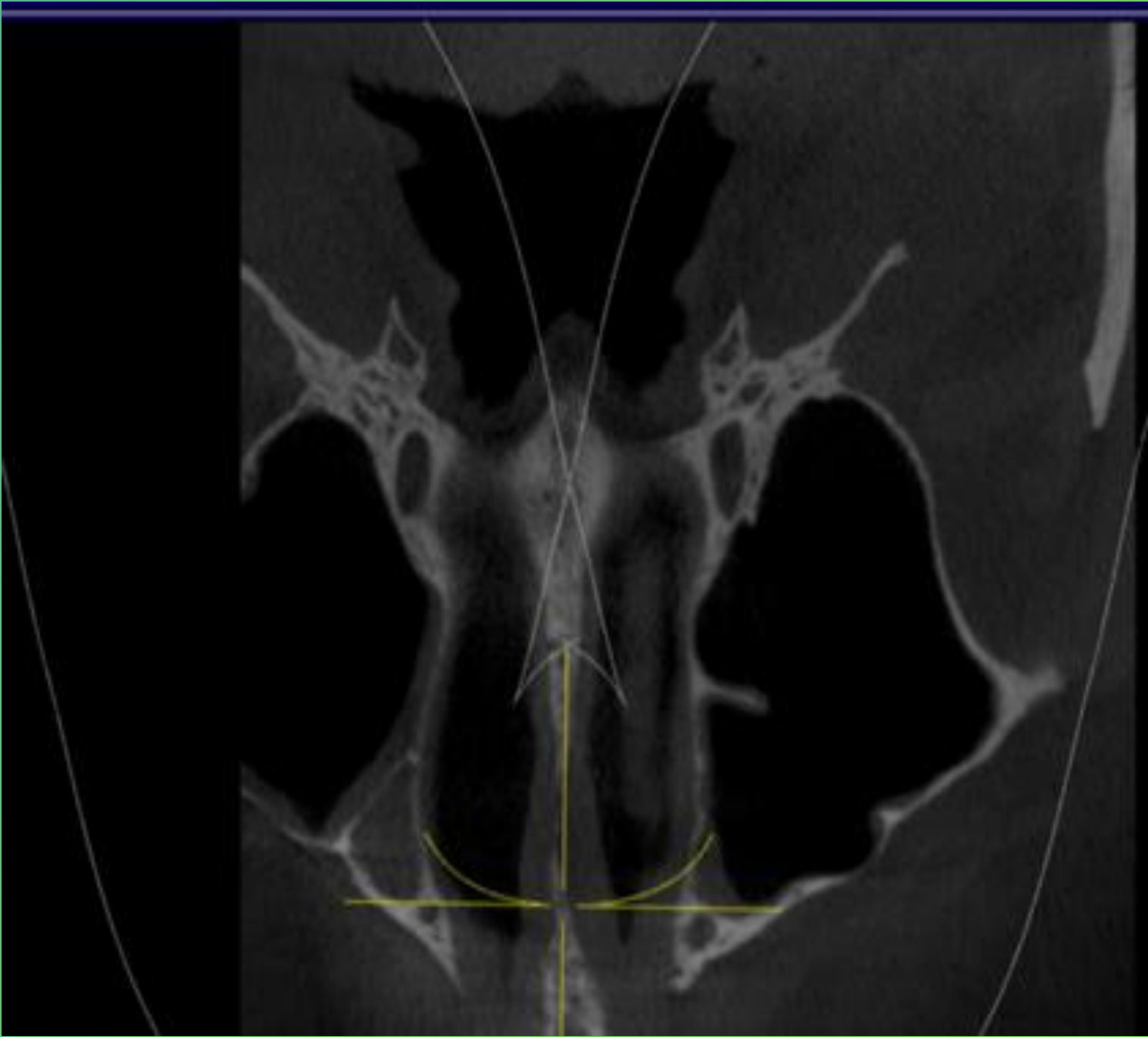


Фото скріну піднебінного шва КПКТ

Остаточний діагноз

Для диференційної діагностики застосовували алгоритм диференціальної
діагностики прогенічних форм прикусу Стороженко К.В. (2017)

**Скелетний III клас за Енглем (поєднана форма),
мезіальна оклюзія зубних рядів, перехресний
двосторонній латерогенічний прикус;
розширення і подовження нижньої
зубоальвеолярної дуги; звуження і вкорочення
верхньої зубоальвеолярної дуги, ретенція зубів
17, 27, порушення положення язика під час
функцій, шкідлива звичка ротового типу
дихання, передне положення голови, шийний та
поперековий лордоз**

Лікування/Результати:

Планування лікування

- 👉 підготовчий етап
- 👉 активне ортодонтичне лікування
- 👉 ретенція

Хірургічний метод передбачав видалення зачатків 18, 28, 38, 48 зубів і відкриття доступу до коронок ретенуваних 17 і 27 зубів

Апаратний метод направлений на створення зубоальвеолярної компенсації, що включав нормалізацію форми та співвідношення зубних рядів незнімною ортодонтичною технікою (брекет-системою)

Додатково призначали комплекс міотерапії для м'язів язика, тренування носового дихання та вправи для нормалізування постави

Фото прикусу, лицьового скелету, щелеп пацієнта на етапах лікування



Фото зубів, зубних рядів і прикусу пацієнта через два роки лікування

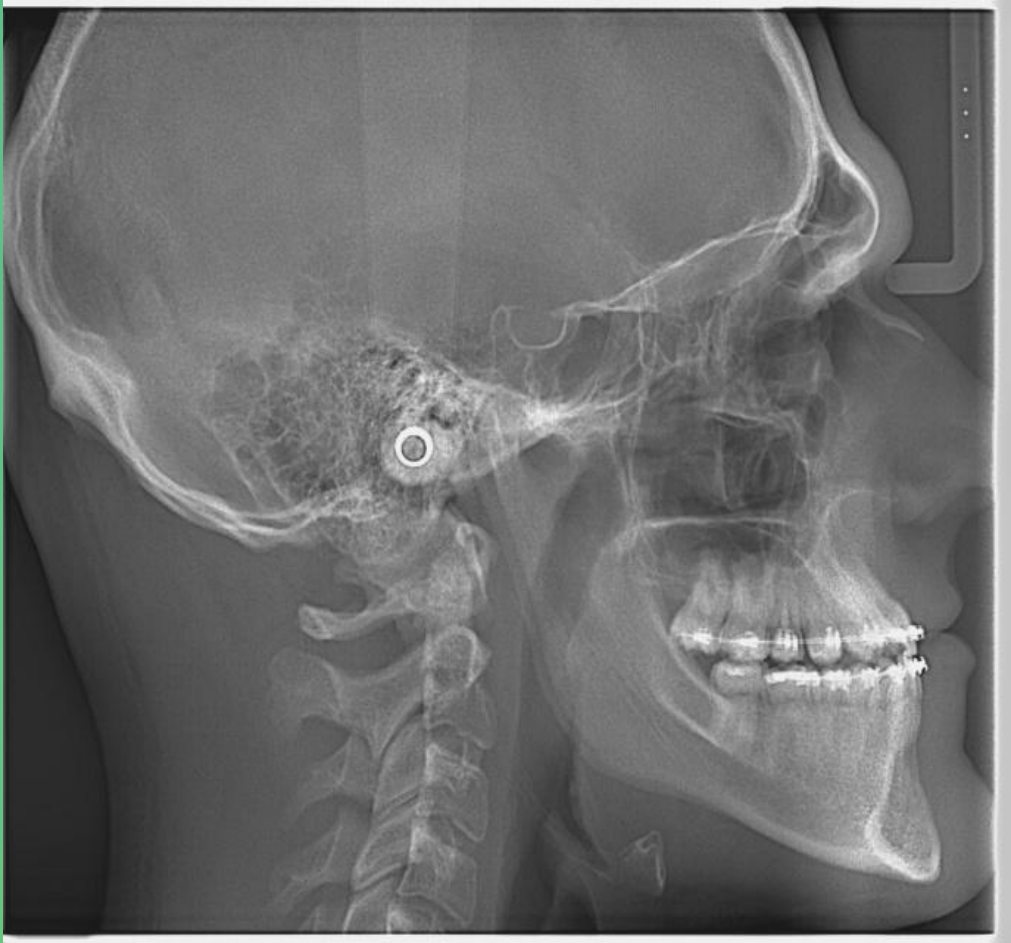


Фото ОПТГ через два роки лікування

Величина	Steiner Норм [°]	Значение [°]	Diff	Отклонение
SNA	80,0..89,0°	79,9°	-0,1	
SNB	75,0..82,0°	87,9°	+5,9	
ANB	2,0..4,0°	-8,1°	-10,1	
SND	76,0..77,0°	84,9°	+7,9	
II	130,0..150,0°	143,1°	0,0	
SN-OccP	14,0°	8,1°	-5,9	
SN-GoGn	30,0°	27,3°	-2,7	
Max1-NA	22,0°	34,5°	+12,5	
Max1-SN	108,0°	114,3°	+6,3	
Mand1-NB	25,0°	10,4°	-14,6	
1u-NA	4mm	9mm	+5	
1l-NB	4mm	2mm	-2	
Pog-NB		1mm		

Фото та аналіз ТРГ за методом Steiner через три роки лікування

Обговорення

👉 Наказ МОЗ України від 03.03.2025 № 360

"Про затвердження **Стандарту медичної допомоги**

«Аномалії прикусу (мезіальна оклюзія, відкритий прикус, глибокий прикус)»

- <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-03-03-2025-360-pro-zatverdzhennya-standartu-medichnoyi-dopomogi-anomaliyi-prikusu-mezialna-oklyuziya-vidkritij-prikus-glibokij-prikus>

Активне ортодонтичне лікування мезіальної оклюзії зубних рядів має на меті:

- Забезпечення оптимального росту та розвитку верхньої щелепи
- За необхідності стримування росту нижньої щелепи
- Корекція вертикального перекриття у фронтальній ділянці, співвідношень в ділянці молярів, контроль ротації оклюзійних площин та співвідношення зубних рядів по трансверзалі

Висновки

Провідні клініко-морфологічні та функціональні критерії для визначення індивідуального методу лікування мезіальної оклюзії:

- *👉 етіологічний фактор*
- *👉 ступінь диспропорції розмірів верхньої та нижньої щелеп і форми зубоальвеолярних дуг*
- *👉 характер диспропорції розмірів зубів*
- *👉 характер функціональних та естетичних порушень*
- *👉 зубний вік, стадія кісткової зрілості*
- **Такий персоніфікований підхід до конкретного випадку надав можливість підвищити ефективність ортодонтичного лікування**
- Ортодонт та хірург повинні враховувати всі фактори, які можуть впливати на результат лікування та враховувати індивідуальності кожного конкретного випадку
- Рання діагностика мезіальної оклюзії та її своєчасне лікування попереджають формування стійких порушень та змін обличчя, а також загальних соматичних розладів організму



Дякуємо за увагу!