

$K = 2,15$ – коэффициент соотношения глубины лица и оптимальной индивидуальной длины верхней зубной дуги.

Определение в клинике ортодонтии оптимального для данного пациента размера длины переднего отрезка зубной дуги верхней челюсти (от точки между медиальными резцами с их вестибулярной поверхности по сагиттальной плоскости до точки пересечения с линией, соединяющей первые премоляры между точками Pont), а также оптимального сагиттального размера всего зубного ряда (от точки между медиальными резцами с их вестибулярной поверхности по сагиттальной плоскости до точки пересечения с линией, соединяющей дистальные поверхности вторых постоянных моляров) помогает определить правильный подход к лечению в определенной клинической ситуации с целью достижения оптимальных результатов коррекции.

Патент на изобретение №2303396

СПОСОБ ОЦЕНКИ ВЫСОТЫ ТВЕРДОГО НЕБА ПАЦИЕНТА

Жук А.О., Лепилин А.В., Дмитриенко С.В.

Кафедра стоматологии детского возраста ММА им.

И.М. Сеченова

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Саратовского государственного медицинского университета, Кафедра стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета, Москва, Россия

Согласно данным отечественной и зарубежной литературы и исходя из общности онтогенетического развития размеры зубных дуг коррелируют с параметрами челюстей, лицевого скелета и всего организма в целом [Janson G.R., 1994; Noda T. 1976; Ross-Powell

RE, 2000; Sharma JC 1983; Tomassetti J.J, Valenzuela AP. 2002].

Значение высоты твердого неба играет немаловажную роль в формировании эстетики лица пациента, главным образом, в пропорциональности его вертикальных и трансверзальных параметров. Кроме того, твердое небо оказывает непосредственное влияние на формирование и осуществление жизненно важных функций зубочелюстной системы – жевания, дыхания и речи.

Таким образом, рациональное значение высоты твердого неба является важным фактором правильного функционирования зубочелюстной системы, что, безусловно, отражается на состоянии всего организма в целом.

Проведено клиническое обследование 155 пациентов в возрасте от 9 до 17 лет с целью выявления взаимосвязи между вертикальными параметрами лицевого отдела черепа и высотой твердого неба.

Анализ полученных данных позволил установить значение соотношения между вертикальным размером назо-максиллярного комплекса и высотой твердого неба у лиц с ортогнатическим прикусом независимо от черепного и лицевого индексов, возраста и пола пациентов. Это значение соотношения составляет 4,0.

Данное значение подтверждается на подавляющем большинстве пациентов и рекомендуется для практического учета в практической работе стоматологов и ортодонтотв с целью определения индивидуальной оптимальной высоты твердого неба, которая обуславливает правильное выполнение важных функций зубочелюстной системы и формирование хорошей эстетики лица пациента.

Таблица 1. Ниже представлен фрагмент таблицы проведенных измерений.

Морфометрические параметры	Размеры головы, лица и нёба (в мм) у лиц:				p
	мужского пола		женского пола		
	M	± m	M	± m	
r_{n-ocp}	68,95	0,34	64,03	0,42	< 0,05
Высота нёба	17,23	0,09	16,01	0,11	< 0,05

где r_{n-ocp} – расстояние от точки nasion до окклюзионной плоскости
M – средняя арифметическая величина;
m – средняя ошибка репрезентативности;
p – вероятность возможной ошибки.

Выведенная формула расчета оптимальной высоты твердого неба:

$$H = \frac{r_{n-ocp}}{k},$$

где H – оптимальная индивидуальная высота твёрдого нёба;

r_{n-ocp} – расстояние от точки nasion до точки пересечения линии Дрейфуса с окклюзионной плоскостью пациента;

$k = 4$ – коэффициент оптимальной индивидуальной высоты твёрдого нёба, который равен отношению высоты назо-максиллярного комплекса к оптимальной индивидуальной высоте твёрдого нёба.

Установление в клинике ортодонтии фактического размера высоты твердого неба пациента, который определяется как величина перпендикуляра от наиболее глубокой точки небного свода к линии, соединяющей вершины межзубных сосочков между вторыми премолярами и первыми молярами, и его сравнение с оптимальным значением позволяет определить тактику и направление ортодонтической коррекции с целью достижения оптимальных функциональных и эстетических целей ортодонтического лечения.

Получен патент на изобретение № 2300314

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Левен И.И., Саркисян В.М.

Московский Государственный медико-
стоматологический Университет
Москва, Россия

По литературным данным, симптомы заболевания ВНЧС встречаются у 35-55% взрослого населения. Большинство потенциальных пациентов обращаются к стоматологам по поводу синдрома болевой дисфункции ВНЧС. При этом взгляды на этиологию и патогенез данного клинического проявления весьма противоречивы, что является одной из причин затруднения диагностики и лечения. В то же время анатомо-топографические особенности височно-нижнечелюстного комплекса, сложность иннервации, обуславливают иррадиацию боли в различные отделы полости рта, лица, головы и шеи. Отчасти именно эти обстоятельства можно объяснить то, что дифференциальная диагностика и, следовательно, чёткое разграничение синдрома болевой дисфункции этого сочленения и других орофациальных болевых синдромов является весьма не простой для практических врачей.

Долгое время учёные разделяли механистическую теорию генеза артропатий, выдвинутую J.B.Costen и его последователями. По ней лечение сводилось к нормализации высоты прикуса путём рационального протезирования либо к внутрисвязочному введению склерозирующих веществ, что устраняло чрезмерную подвижность головки нижней челюсти.

В последней четверти XX века благодаря исследованиям П.М.Егорова, И.С. Карапетяна, D.M. Laskin, L. Schwartz и др. стало известно, что в отличие от других суставов, движения в височно-нижнечелюстном сочленении определяются главным образом мышцами и в меньшей степени связками и формой суставных поверхностей. Наблюдения ряда авторов показали, что нарушение функционального состояния жевательных мышц (гипертонус или спазм) может вызвать изменение соотношения поверхностей диска, головки и суставного бугорка, что приводит к возникновению боли и щёлканья в суставе.

Зачастую парафункция жевательных мышц возникает под действием напряжения центральной нерв-