

УДК 616.31

Е.В. Беляєв

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ВТОРИННИХ ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБОЩЕЛЕПОВОЇ СИСТЕМИ**

У статті представлені причини раннього видалення зубів у дітей та дорослих. Описано показання до видалення зубів, а також наслідки, які виникають внаслідок втрати тимчасових та постійних зубів. Проаналізовано результати вітчизняних та закордонних епідеміологічних обстежень на предмет зубощелепних аномалій та деформацій, окреслено напрямки лікування і реабілітації даної патології. Окремо виділено роботи, що базуються на антропологічному підході до дослідження вторинних деформацій зубощелепної системи.

**Ключові слова:** вторинні зубощелепні деформації, діагностика, лікування, антропологічні особливості.

Незважаючи на безліч досліджень, діагностика, вибір методу лікування і реабілітації вторинних деформацій зубощелепної системи залишаються актуальними і на сьогоднішній день.

Клінічними спостереженнями доведено, що при множинному численному каріозному ураженні оклюзійної поверхні зубів, нерівномірній і локалізованій підвищеній стираємості зубів, руйнуванні пломбувальних матеріалів, при порушенні цілості зубного ряду спостерігаються різного характеру вторинні деформації. Вони проявляються у порушенні конфігурації оклюзійних кривих та зміщенні зубів в різних напрямках [18, 30].

Запально-деструктивні хвороби пародонта агресивно руйнують опорно-утримуючі структури зуба, посилюючи наявну аномалію прикусу і викликаючи вторинні деформації зубних рядів, особливо при комбінації запалення, великих ортодонтичних сил і оклюзійної травми, що зумовлює неблагоприятний прогноз для перебігу хвороб пародонту [1].

У осіб старше 40 років пародонтоз зустрічаються частіше порівняно із карієсом [34]. При наявності даної патології розвиваються вторинні оклюзійні порушення та деформації зубних рядів, які вимагають її комплексного лікування, що включає терапевтичні, хірургічні і ортопедичні методи [1, 15].

Епідеміологічне обстеження на предмет зубощелепних аномалій та деформацій дозволяє визначити потребу в ортодонтичному і протетичному лікуванні дітей і дорослих [22].

Так, за результатами вітчизняних та закордонних епідеміологічних досліджень у пацієнтів молодого віку виявлено найбільший рівень поширеності малих дефектів зубних рядів, які зумовлені раннім видаленням зубів та руйнуванням оклюзійних поверхонь зубів при ушкодженнях твердих тканин каріозного або некаріозного походження, катастрофічно погіршуючи і ускладнюючи клінічну ситуацію всієї зубощелепної системи [23, 25, 28]

Л.П. Сидоренко і співавт. [38] вивчала поширеність малих дефектів зубних рядів серед людей молодого віку Івано-Франківської області та їх поєднання із вторинними деформаціями.

О.В. Лабунець [23] проведено стоматологічні огляди досліджуваних 15-29 років у найбільш характерних медико-географічних регіонах України – в Одесі, Тернополі і Івано-Франківську у 2012р порівняно з аналогічними оглядами 1995 року (архівні матеріали). З часом встановлена чітка тенденція збільшення кількості осіб з включеними дефектами зубних рядів та збільшення частоти появи вторинних зубощелепних аномалій і деформацій, значне зниження рівнів надання ортопедичної допомоги та задоволеності за основним видами зубних протезів.

Н.В. Мягкова і Є.С. Бімбас [29] за допомогою комплексної діагностики (ортопантомографія і телерентгенографія) визначали стан зубощелепної системи у пацієнтів 18-45 років Єкатириенбурга з аномаліями оклюзії і дефектами зубних рядів для подальшого планування ортодонтичного лікування і протезування. Визначено показання до закриття або до збереження дефектів зубних рядів у пацієнтів різних вікових груп в залежності від наявної аномалії оклюзії. Встановлено, що при аномаліях оклюзії змінюється напрямок вектора функціонального навантаження, що призводить до швидкого розвитку вторинних деформацій зубних рядів.

Л.І. Худяковою [43] проведено обстеження стану зубощелепної системи студентів м Челябінська. Досліджено фактори ризику розвитку, поширеність, структура, клінічні особливості деформацій зубних рядів і ускладнення, пов'язані з даною патологією у студентської молоді. Розроблено метод експрес-діагностики ступеню важкості вторинних зубощелепних деформацій,

адаптований до специфіки молодого віку (особливі стоматологічні дзеркала з горизонтальним і радіальним градуванням).

М.С. Дрогомирецькою та Р.А. Мирза [14] проведено епідеміологічне дослідження мешканців Києва стосовно частоти виявлення певних дефектів твердих тканин коронкової частини зубів і дефектів зубних рядів з урахуванням особливостей демографічної ситуації.

А.В. Захаровою [17] визначено специфіку зміни структури оклюзійної поверхні зубних рядів в залежності від групи втрачених зубів (моляри, премоляри) та локалізації на верхній або нижній щелепах.

М.О. Коваленко [19] при обстеженні 1029 чоловік віком від 19 до 70 років встановив оптимальну тривалість виправлення вторинних деформацій, визначив доцільні терміни депульпації переміщуваних зубів та зміни витривалості пародонту і стану навколоренневої кісткової тканини при їх переміщенні. У період проведення ортодонтичного лікування виконано оклюзіографічне дослідження. В результаті ортодонтичного лікування вторинних деформацій зубних рядів зуби мають максимальну кількість оклюзійних точок, розташовуються в правильному анатомічному положенні, що забезпечує умови для зменшення функціонального навантаження на окремі зуби та рівномірного розподілу тиску при жуванні.

Встановлено, що частота зубощелепових аномалій має прямий кореляційний зв'язок зі ступенем деформації зубощелепової системи, яка, в свою чергу, зростає зі збільшенням часу наявності дефекту зубного ряду [21].

Ф.Я. Хорошилкіною [42] описано вплив аномалій прикусу та ранньої втрати зубів на морфофункціональний стан скронево-нижньощелепних суглобів за даними клінічного і додаткових методів обстеження. Визначено кореляційні залежності порушень оклюзії зубних рядів і м'язово-суглобової дисфункції зазначених суглобів.

Дефекти зубних рядів у молодшому віці виникають внаслідок несвоєчасного лікування тимчасових зубів, частіше перших і других молярів. Їх рання втрата зумовлює мезіальне зміщення перших постійних молярів, вкорочення зубного ряду, ретенцію премолярів, глибоке різцеве перекриття і ряд функціональних порушень [17].

Зубощелепна деформація, вчасно не усунена в дитячому і юнацькому віці, є причиною розвитку хвороб пародонта у дорослих, а також фактором, погіршуючим перебіг, прогноз і планування хвороб пародонту. У дітей раннє видалення молочних молярів несприятливо відображається не тільки на розвитку і формуванні фолікулів постійних премолярів, а й на розташованих глибше і медіальніше фолікулах іклів [27].

Усунення деформації виконують за допомогою різних методів залежно від її вигляду, форми і ступеню прояву [7, 50]. При подальшому протезуванні застосовують метод зішліфовування твердих тканин зміщених зубів; метод послідовної дезоклюзії; апаратно-хірургічний (поєднання послідовної дезоклюзії з попередньою кортикотомією) та хірургічний методи (видалення зміщених зубів) [4, 32].

Велику увагу фахівців приділено візуалізаційним методам обстеження при вторинних дефектах зубів, зубних рядів і аномаліях прикусу. Рентгенологічні методи обстеження пацієнтів із зубощелепними деформаціями широко використовуються для уточнення діагнозу, визначення плану і прогнозу лікування, динамічного спостереження за змінами, що відбуваються під впливом лікувальних заходів. Для ортодонтичної практики найбільше значення має ортопантомографічне вивчення щелеп [40].

Застосування системи для стоматологічної артикуляції та методики електронної конділографії («Cadiax Compact») дозволило вивчити вплив малих дефектів зубних рядів на стан скронево-нижньощелепного суглоба та довести переваги раннього протезування малих дефектів зубних рядів за допомогою розроблених автором конструкцій протезів, набору адгезивних мостоподібних протезів порівняно з традиційними методами протезування [6].

І.А. Дмитренко і З.Р. Ожоган [6] здійснено розподіл типових скарг пацієнтів при середніх і великих дефектах зубних рядів 1-3 класів за Кеннеді (порушення функції жування, естетичного вигляду, вимови). Проведено аналіз, розташування і стан твердих тканин і пародонта опорних зубів верхньої і нижньої щелеп при різних класах за Кеннеді.

М.Т. Кодирова і співавт. [18] окрім дентального клінічного дослідження проводили антропометричне дослідження гіпсових моделей щелеп, фотометрію обличчя, рентгенологічне і електроміографічне дослідження м'язів пацієнтів віком від 3 до 14 років із адентією різного ступеню, що дозволило виявити деталі морфологічних і функціональних

відхилені в зубощелепній системі. Подібні результати отримано Ф.Ф. Маннановою [26] при обстеженні пацієнтів другого зрілого віку з дефектами зубних рядів із знижуючим прикусом.

Найпоширенішими методами лікування хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів є використання бюгельних протезів, часткових знімних пластинкових та їх комбінація з естетичними незнімними конструкціями [2, 49]. Застосовується ряд конструкцій оклюзійних шин для лікування пацієнтів зі збереженими зубними рядами і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба, однак вони використовуються рідко і вимагають тривалого періоду лікування [7].

Окрім традиційних методів ортопедичного лікування для заміщення малих дефектів зубних рядів ефективними є адгезивні мостоподібні протези, які дозволяють відновити мовлення, естетичний вигляд, жувальну функцію та попередити виникнення зубоальвеолярних деформацій [5]. Даний вид протезів використовують для відновлення малих дефектів зубних рядів при двохетапній імплантації [42].

Імплантація стала одним з найперспективніших методів ортопедичного лікування хворих з різними дефектами зубних рядів, скерований на відновлення жувальної функції і досягнення високого естетичного результату [48]. Ряд авторів, висловлює думку, що імплантація відкриває нові можливості підвищення якості і ефективності протезування [24, 33].

У період прикусу постійних зубів в клініці широко застосовується незнімна дугова вестибулярна ортодонтична техніка, зокрема методика еджуайз, та лінгвальна техніка, яка є непомітною для оточуючих, у зв'язку з чим затребувана підлітками та дорослими, які приділяють підвищені вимоги до свого зовнішнього вигляду [16].

Найбільш функціональними, органозберігаючими і естетичними є методики адгезивної реставрації, основою яких є волоконні армуючі системи, лабораторні та модифіковані фотополімери (Артглас, Естет-Ікс), ормокери (діфініл, Адміра), керомери (Скульптура, Крістобаль плюс, Коламбус) [42].

Багатьма науковцями приділено увагу комплексній допомозі при порушеннях твердих тканин коронок зубів і їх оклюзії внаслідок гіоплазії емалі, карієсу, підвищеної або недостатньої стертості оклюзійної поверхні зубів, порушеннях пропорційності розмірів коронок тимчасових молярів на верхній і нижній щелепах [27, 44, 47].

У дітей протезування потрібно починати якомога раніше, оскільки це попереджує порушення процесу прорізування постійних зубів, вкорочення зубного ряду, нерівномірний ріст щелеп, порушення міжоклюзійних співвідношень та формування патологічних форм прикусу [36].

Д.М. Махницьким [27] для лікування та профілактики вторинних зубощелепних деформацій у дітей в різні періоди становлення прикусу запропоновано конструкції дитячих зубних протезів: частковий знімний протез, основа якого виготовлена з комбінованого поліефірного матеріалу, та адгезивний мостоподібний протез на вкладках з отворами.

О.А. Селяніновим і співавт. [37] запропонована ідея біомеханічного супроводу корекції зубного ряду дітей дошкільного та молодшого шкільного віку із застосуванням еластопозиціонерів. Супровід полягає в паралельному кінетичному моделюванні визначального параметра переміщення зубів при аномалії у вигляді протрузії і пов'язаної з нею постановкою і вирішенням контактної задачі теорії пружності для еластопозиціонера.

С.І. Дорошенко і співавт. [13] запропоновано профілактичний дитячий незнімний зубний протез, якій попереджує деформації зубного ряду при передчасній втраті тимчасових молярів. Збереження тимчасових молярів функціонально повноцінними до періоду фізіологічної зміни визначає нормальний процес формування оклюзійних співвідношень зубощелепної системи в період молочного і постійного прикусів. Тривалість лікування залежить не лише не тільки від міри ступеня деформації, але і від кількості зубів, що змістилися, стану пародонту зубів-антагоністів і особливо від віку пацієнта.

Наразі з'являються роботи, що базуються на антропологічному підході, який дає можливість виявляти морфологічні, фізіологічні, вікові, статеві, конституціональні, расові особливості, які стосуються зубощелепної системи людини [8, 10, 35, 51].

Вторинна деформація зубощелепної системи у дорослої людини розвивається поступово через 3-5 років і пізніше після видалення зубів, а у віці 18-25 років – через кілька тижнів. Клінічна картина зубощелепних аномалій у дорослих пацієнтів складніше, ніж у підлітків, оскільки до основної аномалії приєднується втрата зубів, їх функціональне перевантаження і, як наслідок – вторинні деформації оклюзії [34].

Прояви статевого диморфізму стосовно мезіо-дистальних розмірів зубів (більші розміри у представників чоловічої статі) встановлені у роботах М.О. Дмитрієва [9, 10] та А.А. Глушак [8]. Статеві відмінності більш виражені у нижній щелепі: у жінок зафіксовані більш виразні низхідні і зворотні нижньощелепні обертання, у чоловіків було зафіксовано більше обертання вперед нижньої щелепи і збільшення розмірів підборіддя, також у них переважало і нижньощелепне зростання [51].

Антропометричні вимірювання черепа, обличчя і зубних дуг у різних популяціях необхідні для формування індивідуальної норми в ортодонтичній практиці та мають практичне значення, оскільки ортодонт завжди повинен враховувати форму обличчя та тип черепа при розширенні щелеп та зубних дуг [3, 35].

Встановлено, що у еуренів (особ з широким обличчям) та у брахіцефалів відмічається звуження апікального базису верхньої щелепи, зменшення вертикальних розмірів коронки зубів верхньої щелепи, зменшення кута співвідношення мозкового відділу до вісцерокраніуму, більша товщина коміркової частини альвеолярного відростку, більш плоске і широке у своїй основі склепіння кісткового піднебіння, що зумовлює зменшення міжзубних проміжків та відповідно зменшення присінково-язикових, мезіо-дистальних розмірів зубів та внутрішнього простору між премолярними точками [35, 51].

У мезенів (особи із середнім обличчям) і мезоцефалів – широкий апікальний базис верхньої щелепи, більші величини мезіо-дистальних та присінково-язикових розмірів зубів, менша товщина коміркової частини альвеолярного відростку, високе і вузьке у своїй основі склепіння кісткового піднебіння, яке визначає протилежну ситуацію в зміні розмірних співвідношень елементів зубощелепової системи [3, 35].

Подальші дослідження виявили різні взаємозв'язки даних показників у багатьох популяціях, що актуалізувало проблему формування індивідуальної норми в ортодонтичній практиці [45, 46, 52]. Вивчення бачатських телеутів, північних хакасів, чулимських тюрків виявило спадковість розмірів, положення різних елементів зубощелепової системи та зменшення розмірів щелеп без суттєвих редукційних процесів в мезіодистальних розмірах зубів, що дає пояснення збільшенню частоти аномалій та деформацій їх порівняно з більш раннім краніологічним матеріалом [12, 31, 39].

Для української популяції з'явилися дослідження, присвячені визначенню популяційних ортодонтичних показників та взаємозв'язків окремих кефалометричних параметрів між собою, вивченню залежностей між тілобудовою, краніотипом, формою лицьового відділу черепа та особливостями будови зубощелепної системи, статевих та вікових відмінностей у представників без стоматологічної патології [8, 9, 10, 20].

Проте, не менш важливим є вивчення антропогенетичних складових саме при патологічних станах у дорослих і дітей, що є необхідним для прогнозування результатів та планування методів корекції аномалій та деформацій щелепно-лицьової зони [40, 41]. Поява вітчизняних робіт подібного плану дозволить відповісти запитам сучасної концепції формування стоматологічного здоров'я населення та отримати критерії, які його визначають.

#### Список літератури

1. Аверьянов С.В. Взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта / С.В. Аверьянов, А.В. Зубарева // Детская стоматология и ортодонтия. – 2015. – № 2. – С. 46-48.
2. Адамчик А.А. Комплексная терапия больных с дефектами и деформациями зубных рядов бюгельными протезами на фоне пародонтита [Текст] / А.А. Адамчик // Современная ортопедическая стоматология : Научно-практический журнал. – 2010. – № 16. – С. 88-91.
3. Антропологические аспекты в стоматологии / Д.П. Шевченко, В.Г. Николаев, В.В. Париков [и др.] // Вестник научных достижений. – 1995. – № 5. – С. 35-42.
4. Брагин Е.А. Ортопедическое лечение больных с аномалиями и деформациями зубов, зубных рядов и прикуса / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. – Ставрополь. Изд.: СтГМА, 2007. – 175 с.
5. Вдовенко Л.П. Методика заміщення малих дефектів зубних рядів із метою профілактики зубощелепних деформацій / Вдовенко Л.П., З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2007. – №3. – С. 51-53.
6. Вдовенко Л.П. Стан скронево-нижньощелепного суглоба при протезуванні хворих із малими дефектами зубних рядів / Л.П. Вдовенко, З.Р. Ожоган // Вісник стоматології. – 2008. – №3. – С. 55-58.
7. Венатовская Н.В. Протезирование дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости возможностям / Н.В. Венатовская, Е.А. Пудовкина, Д.Е. Суетенков, А.Г. Прошин // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 1. – С. 226-230.
8. Гаязов А.Р. Оптимизация профилактики зубочелюстных аномалий при преждевременном удалении зубов у детей: автореф.... канд. мед. наук / А.Р. Гаязов. – Казань, 2007. – 21 с.

9. Дмитрів М.О. Гендерні відмінності мезіодистальних розмірів зубів у міських підлітків з ортогнатичним прикусом / М.О. Дмитрів // Biomedical and biosocial anthropology. – 2004. – № 3. – С. 27-30.
10. Дмитрів М.О. Статеві відмінності вертикальних розмірів зубів у міських підлітків з ортогнатичним прикусом / М.О. Дмитрів, І.Д. Кухар // Вісник морфології. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 376-378.
11. Дмитренко І.А. Стан зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І.А. Дмитренко, З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 3. – С. 23-25.
12. Доница Н.И. Некоторые аномалии зубной системы в краниологических сериях славян и русских / Н.И. Доница // Вопросы антропологии. – 1968. – Вып. 29. – С. 34-45.
13. Дорошенко С.І. Ортопедичне лікування дітей з дефектами зубних рядів у фронтальній ділянці [Текст] / С.І. Дорошенко, С.І. Триль, І.Б. Триль // Вісник стоматології. – 2001. – № 4. – С. 39-40.
14. Дрогомирецька М.С. Анализ этиологии вторичных деформаций зубных рядов у жителей Киева / М.С. Дрогомирецька, Р.А. Мирза // 36. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2012. – № 21 (4). – С. 31-39.
15. Жигунов Р.М. Зубочелюстные аномалии у взрослых [Текст] / Р.М. Жигунов, А.Ю. Нурмагомедов // Стоматолог-практик. – 2008. – № 2. – С. 40-42.
16. Заблоцький Я.В. Потреба та показання до заміщення включених дефектів зубних рядів незнімними протезами з опорою на імпланти залежно від стану зубів, які їх обмежують / Я.В. Заблоцький // Матеріали ІІ українського міжнародного конгресу «Стоматологічна імплантація. Остеоінтеграція». – Київ, 2006. – С. 165-167.
17. Захарова А.В. Патогенез, профілактика і лікування оклюзійних порушень у осіб із втратою перших постійних молярів: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Захарова. – Київ, 2009. – 19 с.
18. Зубочелюстные аномалии у пациентов с вторичной деформацией / М.Т. Кодирова, Ф.А. Шамухамедова, О.Р. Салимов [и др.] // Медиаль. – 2015. – №1 (15). – С. 224.
19. Коваленко М.О. Вибір показників та методів ортодонтичної корекції оклюзійних порушень при захворюваннях пародонту: дисс. ... канд. мед. наук / М.О. Коваленко. – Полтава, 2000. – 191 с.
20. Кореляції куткових параметрів лица та кефалометричних лінійних розмірів у міських підлітків подільського регіону України з ортогнатичним прикусом / М.О. Дмитрів, І.В. Гунас, Ю.В. Філімонов [та ін.] // Вісник морфології. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 100-103.
21. Король М.Д. Вторинні деформації зубних рядів / М.Д. Король. – Полтава, 2003. – 104 с.
22. Кузьмина Э.М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям Всемирной организации здравоохранения / Э.М. Кузьмина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 6. – С. 13-16.
23. Лабунець О.В. Комплексна характеристика стану стоматологічної ортопедичної захворюваності та допомоги у осіб молодого віку / О.В. Лабунець // Інновації в стоматології. – 2014. – № 4. – С. 131-137.
24. Наумович С.А. Ортопедическое лечение больных с использованием дентальных имплантатов: учеб.-метод. Пособие / С.А. Наумович. – Мн.: БГМУ, 2005. – 36 с.
25. Макеев В.Ф. Частота дефектів зубів та зубних рядів у пацієнтів 13-17 років залежно від віку / В.Ф. Макеев, Г.В. Мартінек // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 4. – С. 106-110.
26. Маннанова Ф.Ф. Сочетанный метод лечения при дефектах зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом / Ф.Ф. Маннанова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2008. – №3. – С. 26-30.
27. Махницький Д.М. Вторинні зубощелепні деформації у дітей, їх профілактика та лікування / Д.М. Махницький // Science Rise. – 2015. – № 5/4 (10). – С. 111-117.
28. Мунтян Л.М. Частота виникнення, поширеність вторинних часткових адентій та зубощелепних деформацій у осіб молодого віку / Л.М. Мунтян, А.М. Юр // Український стоматологічний альманах. – 2010. – № 5. – С.25-26.
29. Мягкова Н.В. Окклюзионные нарушения у взрослых пациентов с аномалиями прикуса и вторичными деформациями / Н.В. Мягкова, Е.С. Бимбас // Ортодонтия. – 2003. – № 4. – С. 31-34.
30. Онопа Е.Н. Распространенность деформаций зубных рядов у больных с частичным отсутствием зубов при различной степени стираемости зубов / Е.Н. Онопа // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4. – С. 11-14.
31. Полякова О.Л. Показатели одонтологических признаков зубов и их морфофункциональная характеристика в разных возрастно-половых и этнических группах детей, проживающих на территории Удмуртской Республики [Текст] / О.Л. Полякова, В.М. Чучков // Морфологические ведомости: Международный морфологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 109-110.
32. Прялкин С.В. Нормализация окклюзии у пациентов с деформациями зубных рядов, обусловленных частичной адентией при дистальном прикусе / С.В. Прялкин, А.С. Борунов // Современная стоматология. – 2013. – № 2. – С. 38-42.
33. Райфман М. Устранение дефектов зубного ряда с помощью имплантатов / М. Райфман // Проблемы стоматологии. – 2008. – № 2. – С. 41-42.
34. Распространенность и характеристика вторичных деформаций зубных рядов в разных возрастных зубных рядов в разных возрастных группах / С.П. Железный, В.А. Иванов, И.А. Маслов, А.К. Базин // Институт стоматологии. – 2007. – № 4 (37). – С. 52-53.
35. Романовская А.П. Взаимосвязь типов лица с размерами и формой зубных дуг / А.П. Романовская, Н.П. Сысоев // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды КГМУ. – 2001. – Т. 137, Ч. 2. – С. 126-128.
36. Сатыго Е.А. Система профилактики зубочелюстных аномалий и кариеса зубов у детей в период раннего сменного прикуса: дисс.... докт. мед. наук / Е.А. Сатыго. – Санкт-Петербург, 2013. – 221 с.
37. Селянинов А.А. Биомеханическое сопровождение коррекции зубного ряда с применением эластопозиционеров / А.А. Селянинов, А.В. Тотьмянина, Р.М. Подгаец // Российский журнал биомеханики. – 2012. – Т. 16, № 1 (55). – С. 57-59.
38. Сидоренко Л.П. Порівняння ефективності методів ортопедичного лікування при заміщенні малих дефектів зубних рядів / Л.П. Сидоренко, З.Р. Ожоган // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку», присвяченої 30-річчю стоматологічного факультету ІФНМУ, Івано-Франківськ, 2009. – С. 143-144.
39. Смердина Ю.Г. Морфология зубочелюстной системы у коренных жителей Сибири : Северных хакасов, чулымских тюрков : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Г. Смердина. – Кемеровская гос. мед. академия. – Омск, 1997. – 19 с.

40. Трезубов В.Н. Диагностика зубочелюстных аномалий, планирование и прогнозирование аппаратурно-хирургического лечения / В.Н. Трезубов, М.М. Соловьев, Р.А. Фадеев // Ортодонтия. – 2003. – №2. – С. 18-28.
41. Фадеев Р.А. Система количественной оценки зубочелюстных аномалий / Р.А. Фадеев, А.Н. Исправникова // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 28-30.
42. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.
43. Худякова Л.И. Профилактика вторичных зубочелюстных деформаций у студенческой молодежи г. Челябинска: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.И. Худякова. – Пермь, 2012. – 23 с.
44. Хусейн А. Диагностика и комплексное лечение декомпенсированной повышенной стираемости зубов, сочетанной с зубочелюстными аномалиями и деформациями: автореф.... канд. мед. наук / А. Хусейн. – Уфа, 2014. – 24 с.
45. Applicability of the Moyers mixed dentition probability tables and new prediction aids for a contemporary population in India / N.I. Philip, M. Prabhakar, D. Arora, S. Chopra // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2010. – № 138 – P. 339-345.
46. Dasgupta B. Comparison of two non-radiographic techniques of mixed dentition space analysis and evaluation of their reliability for Bengali population / B. Dasgupta, S. Zahir // Contemp. Clin. Dent. – 2012. – № 3 (Suppl 2). – P. 146-150.
47. Fujii T. A change of occlusal conditions after splint therapy for bruxers with and without pain in the masticatory muscles / T. Fujii, T. Torisu, S. Nakamura // Cranio. – 2005. – Vol. 23. – P. 113-118.
48. Khoury F. Augmentation of the sinus floor with mandibular bone block and simultaneous implantation: a 6-year clinical investigation / F. Khoury // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2006. – № 14. – P. 557-564.
49. Occlusal area of mandibular teeth during lateral excursion / H. Hayasaki, A. Ocamoto, J. Iwace [et al.] // Int. J. Prosthodont. – 2004. – V. 17, № 1. – P. 72-76.
50. Okeson J.P. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 5 ed. / J.P. Okeson // Mosby. – 2003. – 671 p.
51. Pecora N.G. The aging craniofacial complex: a longitudinal cephalometric study from late adolescence to late adulthood / N.G. Pecora, T. Baccetti, J.A. Jr. McNamara // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 2006. – № 134. – P. 496-505.
52. Prediction of width of un-erupted incisors, canines and premolars in a Ugandan population: a cross sectional study/ W. Buwembo, A. Kutesa, L. Muwazi [et al.] // BMC Oral Health. – 2012. – № 23 – P. 12-23.

#### Реферати

#### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Беляев Э.В.

В статье представлены причины раннего удаления зубов у детей и взрослых. Описаны показания к удалению зубов, а так же последствия возникающие в результате потери временных и постоянных зубов. Проанализированы результаты отечественных и зарубежных эпидемиологических обследований на предмет зубочелюстных аномалий и деформаций, выделены направления лечения и реабилитации данной патологии. Отдельно выделены работы базирующиеся на антропологическом подходе к исследованию вторичных деформаций зубочелюстной системы.

**Ключевые слова:** вторичные зубочелюстные деформации, диагностика, лечение, антропологические особенности.

Стаття надійшла 12.09.2015 р.

#### FEATURES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION SECONDARY DEFORMATIONS OF MAXILLODENTAL SYSTEMS

Belyaev E.V.

The paper presents the reasons for early removal of teeth in children and adults. Described indications for tooth extraction and the consequences arising from the loss of temporary and permanent teeth. Analyzed the results of domestic and international epidemiological surveys on the subject of maxillofacial anomalies and deformities, outlines areas of treatment and rehabilitation of this disease. Separately allocated work based on anthropological approach to the study of secondary deformations of maxillofacial system.

**Key words:** secondary teeth and jaws deformation, diagnosis, treatment, anthropological features.

УДК 616-007.43-089.844-071

Г. Г. Гусейнова, Ф. Г. Джамалов, И. Г. Рахундов, Ш. Г. Гусейнов  
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Показано, что применение ненапряжного аллопластического метода пластики задней стенки пахового канала проленовой сеткой по I.L. Lichtenstein обладает целым рядом преимуществ в сравнении с традиционными натяжными аутопластическими. При этом отмечено, что "ненапряжная", бесшовная пластика пахового канала по методике Trabucco, в свою очередь, способствует более быстрому выздоровлению, клинической реабилитации и снижению частоты рецидивов в отдаленные сроки, в сравнении с герниоаллопластикой по I.L. Lichtenstein.

**Ключевые слова:** паховые грыжи, пластика пахового канала, методика Trabucco, герниоаллопластикой по I.L. Lichtenstein.

Грыжи живота встречаются в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин примерно у 2 - 4% всего населения страны, составляя от 8 до 24% всего контингента хирургических больных. В структуре хирургических операций грыжесечение занимает третье место после аппендэктомии и