



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42482 (13) A

(51) 7 A61C13/08

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЗНИЖЕННЯ ВИСОТИ ПРИКУСУ

(21) 2001031654

(22) 12 03 2001

(24) 15 10 2001

(33) UA

(46) 15 10 2001, Бюл. № 9, 2001 р

(72) Біда В'талій Іванович

(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПІКА, UA, БІДА ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, UA

(57) Спосіб діагностики зниження висоти прикусу, що включає визначення висоти нижньої третини

обличчя в стані фізіологічного спокою та в положенні центральної оклюзії зубних рядів, який відрізняється тим, що додатково на томограмах скронево-нижньощелепних суглобів в боковій проекції в положенні центральної оклюзії зубних рядів визначають величини передньо-, верхньо- і задньо-суглобової щілин і при зміщенні суглобової голівки в верхньо-дистальному напрямку зі збільшенням величини передньо-суглобової щілини та зменшенням величин верхньо- і задньо-суглобової щілин діагностують зниження висоти прикусу

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до ортопедичної стоматології.

Зниження висоти прикусу відбувається внаслідок патологічного стирання твердих тканин зубів, часткової втрати зубів, ускладненої зубощелепними деформаціями та захворюванням тканин пародонту.

Відомий спосіб діагностики зниження висоти прикусу шляхом візуальної оцінки ступеню збитку твердих тканин зубів верхньої та нижньої щелепи та вкорочення нижньої третини обличчя в положенні центральної оклюзії зубних рядів, (див. М.Г. Бушан «Справочник стоматолога ортопеда» - Кишинев, Картя Молдовеняскэ, 1988 - С. 267-270).

Недоліком способу є необ'єктивність, оскільки він оснований на суб'єктивній оцінці ступеню збитку твердих тканин зубів та не враховує індивідуальної фізіологічної мінливості величини та форми твердих тканин зубів. Крім того, при компенсованій формі патологічного стирання зниження висоти прикусу не відбувається, оскільки збиток твердих тканин зубів компенсується гіпертрофією альвеолярного відростку.

Відомий спосіб визначення висоти прикусу (див. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов - М. Медицина, 1984 - С. 51) згідно якого вимірюється висота нижньої третини обличчя в стані фізіологічного спокою та в положенні центральної оклюзії зубних рядів. В нормі при прямому і ортогнатичному прикусі відстань між підноровою та підборідною ділянками в стані фізіологічного спокою більша ніж в положенні центральної оклюзії зубних рядів на 2-4 мм. При її збільшенні діагностується зниження висоти прикусу.

Недоліком методу є необ'єктивність, оскільки він оснований на суб'єктивній оцінці положення нижньої щелепи в стані фізіологічного спокою. В залежності від психоемоційного стану пацієнта, ступеню розслаблення жувальних м'язів, розташування досліджуваного в стоматологічному кріслі та методики дослідження показники визначення положення в стані фізіологічного спокою можуть варіювати в значних межах.

Задачею винаходу є спрощення та об'єктивізація діагностики зниження висоти прикусу.

Поставлена задача досягається тим, що додатково на томограмах скронево-нижньощелепних суглобів в боковій проекції в положенні центральної оклюзії зубних рядів визначаються величини передньо-, верхньо- і задньо-суглобової щілин і при зміщенні суглобової голівки в верхньо-дистальному напрямку зі збільшенням величини передньо-суглобової щілини та зменшенням величин верхньо- і задньо-суглобової щілин діагностується зниження висоти прикусу.

Спосіб виконують таким чином.

Проводять клініко-лабораторне обстеження пацієнта з визначення висоти нижньої третини обличчя в стані фізіологічного спокою та в положенні центральної оклюзії зубних рядів та комп'ютерну томографію скронево-нижньощелепних суглобів в боковій проекції в положенні центральної оклюзії зубних рядів. На томограмі скронево-нижньощелепних суглобів через центр обертання О (фиг. 1) суглобової голівки проводять горизонтальну лінію Н (фиг. 1) (франфуртську горизонталь), до якої опускають перпендикуляр БО (фиг. 1) та лінії АО (фиг. 1) та ВО (фиг. 1) під кутом 45°. На лініях АО (фиг. 1) та ВО (фиг. 1) визначають ширину перед-

(19) UA (11) 42482 (13) A

ньо- (а) (фiг 1), верхньо- (б) (фiг 1) та задньо-суглобової (в) щiлiни (фiг 1)

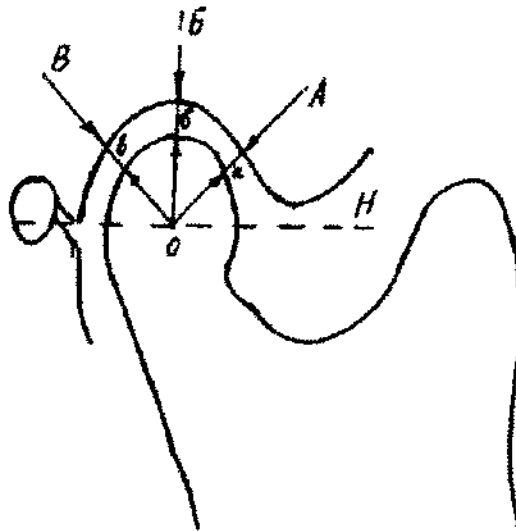
В нормi, в положеннi центральної оклюзії, визначають центральне положення суглобової голівки скронево-нижньощелепного суглобу, при якому величини а, б i в не мають достовiрної рiзницi. При змiщеннi суглобової голівки в верхньо-дистальному напрямку зi збiльшенням величини передньо-суглобової щiлiни (а) (фiг 1) та зменшенням величин верхньо- (б) (фiг 1) i задньо-суглобової (в) (фiг 1) щiлин діагностують зниження висоти прикусу.

Прикладом його застосування є iсторiя хвороби № 54, хворої Б., 37 рокiв. Дiагноз при направленнi дефект зубного ряду нижньої щелепи III клас по Кенеді, ускладнений зубоальвеолярним

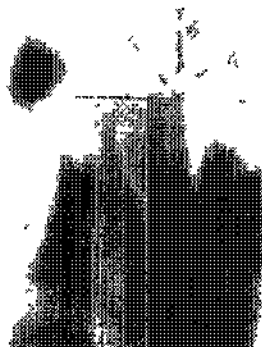
подовженням 14, 15 та 16 зубiв, глибокий прикус, генералізований пародонтит II ступеню.

На томограмах скронево-нижньощелепних суглобiв (фiг 2) визначається збiльшення передньо-суглобової (а) (фiг 2) та зменшення верхньо- (б) (фiг 2) та задньо-суглобової (в) (фiг 2) щiлин, що засвiдчує про зрушення суглобової голівки скронево-нижньощелепного суглобу та нижньої щелепи в дистально-верхньому напрямку та зниження висоти прикусу.

Таким чином, даний спосiб дозволяє покращити діагностику зниження висоти прикусу, кваліфіковано провести комплекс лiкувальних заходiв по усуненню функціональних та морфологічних порушень зубощелепної системи та запобiгти тяжких ускладнень з боку скронево-нижньощелепних суглобiв.



Фiг. 1



Фiг. 2

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2002 р. Формат 60х84 1/8
Обсяг _____ обл.-вид арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180
(044) 268-25-22
