

Оптимизация ортодонтического лечения вестибулярного положения фронтальных зубов в сформированном прикусе. Результаты ортодонтического лечения вестибулярного положения фронтальных зубов с применением индуктотермоэлектрофореза трилона Б.

Ключевые слова: вестибулярное положение, фронтальные зубы, клык, индуктотермоэлектрофорез, трилон Б.

S. V. Ivachenko

Improvement of orthodontical treatment of vestibular position of front teeth in permanent dentition.

Key words: vestibular position, front teeth, canine, inductothermoelectrophoresis, trilon B.

По материалам Ф.Я.Хорошилкиной [4], вестибулярное отклонение фронтальных зубов отмечено у 17% ортодонтических больных. Из различных аномалий положения клыков, наиболее частым было их вестибулярное прорезывание- 62,9%.

По данным Д.А.Калвелиса [6], аномалии положения клыков отмечались у 27,3% обследованных ортодонтических больных, среди других аномалий прикуса и положения отдельных зубов.

По Г.А.Андерсону [1] основное место среди аномалий положения отдельных зубов занимает высокое стояние клыков - 30,5%.

З.П.Ширака [13] выявила аномалийное положение верхних клыков у 30,5% пациентов, в том числе недостаток места верхним клыкам в зубном ряду - в 7,6% случаев. Наиболее часто (42%) встречалось двустороннее высокое стояние клыков, связанное с недостатком места в зубном ряду.

Все приведенные данные свидетельствуют о том, что вестибулярное положение фронтальных зубов в сформированном прикусе встречается довольно часто и занимает значительное место среди аномалий зубочелюстной системы.

Лечению аномалийного положения фронтальных зубов уделяли внимание многие ортодонты [2, 10, 11,12,13].

В.Ф.Назарова с соавт. [8] для корпусного перемещения клыков в период постоянного прикуса применяли коронки с вертикальными штангами, припаивающимися к дистальной поверхности клыков. На первые и вторые премоляры, служившие опорой, изготавливали спаиваемые коронки. Клыки перемещали резиновой тягой.

А.Д.Мамеков [9] сравнил особенности перемещения зубов в дистальном направлении с применением двух конструкций аппаратов: пластинки с рукообразной пружиной и пластинки в виде съемной каппы с винтом, известной как аппарат Шварца в модификации Г.Ю.Пакалнса. Перемещение вестибулярно расположенных клыков проведено у 16 пациентов в возрасте 18-20 лет. Для перемещения пластинкой двух премоляров поочередно потребовалось 6-8 мес. Для перемещения двух премоляров аппаратом Шварца в модификации Пакалнса потребовалось 3-4 мес.

Н.Г.Пожидаева [12] проводила лечение вестибулярного положения клыков у 30 пациентов четырнадцати лет и более при помощи ортодонтических коронок, штанги для резиновой тяги и одночелюстного аппарата Энгля. Продолжительность лечения с удалением отдельных постоянных зубов составила 2,6 мес., без удаления - 4,2 мес.

По мнению ряда авторов [2,7, 10, 11], лечение зубочелюстных аномалий у взрослых имеет свои особенности, которые обусловлены рядом следующих факторов: 1) ортодонтическое лечение проводится в период законченного формирования лицевого скелета; 2) костная ткань в этом возрасте менее податлива и труднее перестраивается под влиянием ортодонтического лечения; 3) зубочелюстные аномалии усугубляются дефектами и вторичной деформацией зубных рядов; 4) ортодонтическое лечение более продолжительное, чем у детей; 5) после ортодонтического лечения аномалий часто наступают рецидивы; 6) взрослые труднее привыкают к ортодонтическим аппаратам; 7) не все виды зубочелюстных аномалий у взрослых поддаются чисто ортодонтическому лечению.

Все эти факторы побудили изыскивать новые комплексные методы лечения зубочелюстных аномалий у взрослых.

Основываясь на данных, полученных в эксперименте и свидетельствующих о том, что индуктотермоэлектрофорез 1%-ного раствора трилона Б вызывает в костной ткани челюсти в условиях эксперимента на животных временное снижение минеральной насыщенности с последующей самостоятельно наступающей реминерализацией, мы предложили использовать этот метод в активном периоде ортодонтического лечения в клинике [5,14]. На курс лечения назначали от 10 до 15 процедур индуктотермоэлектрофореза 1%-ного раствора трилона Б. Время воздействия до 10 мин. После окончания курса процедур накладывали ортодонтический аппарат [3].

На основании анализа клинических данных и антропометрических исследований гипсовых моделей нами установлены следующие разновидности вестибулярного положения фронтальных зубов в сформированном прикусе I класс по Энгля:

- вестибулярное положение клыков при сужении и укорочении длины переднего отрезка зубного ряда (26,3%);

- вестибулярное положение фронтальных зубов при сужении и удлинении переднего отрезка зубного ряда (9,0%);

Лечение вестибулярного положения клыков при сужении и укорочении длины переднего отрезка зубного ряда

На лечении с этой разновидностью аномалии находилось 19 пациентов в возрасте от 14 до 36 лет, 14 женщин и 5 мужчин. У всех пациентов наблюдалось вестибулярное положение клыков.

Для ортодонтического лечения использовали ортодонтические пластинки с протрагирующими пружинами на зубы 12,11,21,22- семь, ортодонтические пластинки с протрагирующими пружинами на зубы 12,11,21,22 и сложной вестибулярной дугой - девять, спаянные коронки на зубы 15,16,25,26 и коронки с крючками на зубы 13,23 - в трёх случаях.

Недостающее место для резцов и клыков создавали за счет увеличения длины переднего отрезка верхнего зубного ряда и восстановления его правильной формы и величины. У 6 пациентов удалили по одному премоляру, у 3 - два.

После проведенного лечения внешний вид больных улучшался, верхняя губа принимала правильное положение, а зубной ряд правильную форму.

Для оптимизации ортодонтического лечения 11 пациентам произвели ослабление костной ткани с помощью индуктотермоэлектрофореза 1%-ного раствора трилона Б. Ни во время проведения, ни после курса физиотерапии больные с жалобами не обращались. Это позволило сократить сроки лечения в 1,5 раза по сравнению с данными лечения аналогичных аномалий обычными методами.

Лечение вестибулярного положения фронтальных зубов при сужении и удлинении переднего отрезка зубного ряда

На лечении с этой патологией находилось 14 человек (11 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 15 до 27 лет. Проведено лечение с вестибулярным положением зубов 11,12 -9, зубов 11 -2, зуба 21- 3 больных.

Для перемещения зубов в правильное положение и нормализации зубного ряда использовали ортодонтические пластинки с винтом и вестибулярной дугой, разобщающую пластинку с расширяющей вестибулярной дугой, предложенную Л.С.Величко.

После проведенного лечения внешний вид больных улучшался, зубной ряд принимал правильную форму и величину.

Для оптимизации ортодонтического лечения с целью ослабления костной ткани 7 больным назначали курс физиотерапии, состоящий из 10 процедур индуктотермоэлектрофореза 1%-ного раствора трилона Б в области проекции корней перемещаемых зубов. Ни во время физиопроцедур, ни после них больные жалоб не предъявляли. Применение данного метода позволило сократить сроки лечения в 1,6 раза по сравнению с результатами лечения аналогичных аномалий без назначения индуктотермоэлектрофореза.

Изучение отдаленных результатов через 2,6 года показало, что признаков рецидива нет.

Использование индуктотермоэлектрофореза 1%-ного раствора трилона Б позволило сократить сроки активного периода ортодонтического лечения в 1,5-1,6 раза. Ни в одном случае рецидива заболевания не отмечено. Все это позволяет рекомендовать разработанный нами комплекс лечения зубочелюстных аномалий в сформированном прикусе, включающий применение УВЧ-индуктотермоэлектрофореза трилона Б, для широкого использования в лечебной практике.

Литература

1. Андерсон Х.А. Аномалии положения отдельных зубов и методы их лечения // Вопросы ортодонтии: Сб. науч. тр.- Рига, 1961.- С. 169-171.

2. Арсенина Н., Гуненкова И.В. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с различными аномалиями и деформациями зубочелюстной системы // Новое в стоматологии: Сб. науч. тр.- М., 1994.- Вып. 4. - С. 30-33.

3. Величко Л.С., Ивашенко С.В., Гунько И.И. Результаты лечения аномалий зубочелюстной системы с применением индуктотермоэлектрофореза трилона Б //Материалы 3 съезда стоматологов Беларуси. - Минск, 1997. - С. 104-105.

4. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий /Ф.Я.Хорошилкина, Р.Френкель, Л.М.Демнер и др. . - М.: Медицина, 1987. - 304 с.

5. Ивашенко С.В. Изменения в костной ткани при применении УВЧ-индуктотермоэлектрофореза трилона Б. / Здравоохранение. - 2000. - № 4. - С.15-16.

6. Калвелис Д.А. Основные вопросы диагностики зубочелюстных аномалий //Вопросы ортодонтии: Сб. науч. тр.- Рига,1961.- Вып. 10. - С. 7-30.
7. Леус П.А. Проблемы развития стоматологической помощи населению Республики Беларусь//Здравоохранение. - 1996. - № 7. - С. 3-5.
8. Лечение аномалий и деформаций зубочелюстной системы. /В.Ф.Назарова,Г.Э.Арипова,У.Н.Ибрагимова,Р.С.Джафарова // Мед.журнал Узбекистана - 1991. - №3. - С. 33-35.
9. Мамеков А.Л. Особенности ортодонтического перемещения зубов на место удаленного первого моляра при лечении аномального положения клыка //Болезни пародонта: Сб.науч. тр. - Алма-Ата, 1985. - С. 149-152.
10. Наумович С.А. Комплексное лечение зубочелюстных аномалий и деформаций в сформированном прикусе с применением лазеротерапии В кн.: Новые технологии в современной медицине / Рецензируемый сборник научных работ. Мн.: Бел ЦНМИ, 1999. С.299-303
11. Особенности ортодонтической помощи взрослым /С.А.Дубивко, Г.Х.Ахметова, Л.Б.Мусина и др. //Казан.мед.жур. - 1991. - № 5. - С. 393-394.
12. Пожидаева Н.Г. Результаты ортодонтического лечения вестибулярного положения клыков //Актуальные вопросы ортодонтического лечения: Тез. докл. - Иркутск, 1990. - С. 84-85.
13. Ширака З.П. Аномалийное положение верхних клыков и их лечение //Вопросы ортодонтии:Сб.науч.работ рижского мед.ин-та,1961.-С.195-205.
14. Пат. 2939 Способ лечения зубочелюстных деформаций /С.В. Ивашенко, В.С.Улащик, И.И. Гунько, Л.С. Величко; заявл. 20.01.94//Афіцыйны бюлетэнь/Дзярж.пат.ведамства Рэсп.Беларусь. - 1999.-№3.- С.93.