

ОПЫТ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СКОЛИОЗОМ

Сакадынец А.О.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»
кафедра ортодонтии
г. Минск*

Впервые диагноз сколиотической деформации позвоночника у девушек устанавливается в период быстрого роста и гормональной перестройки организма. У юношей же сколиотическую деформацию позвоночника выявляют при втором толчке роста. В эти периоды крайне важна ранняя диагностика заболевания и направленная терапия (4, 7).

Цель исследования: разработать рекомендации по ортодонтическому лечению пациентов со сколиотической деформации позвоночного столба.

Материалы и методы. Клинические и антропометрические методы исследования были проведены на кафедре ортодонтии БГМУ. В исследовании участвовали 30 пациентов, которым была произведена коррекция зубочелюстных аномалий мультибондинг системой с последующим изготовлением съемных и несъемных ретенционных аппаратов. У всех пациентов до ортодонтического лечения была схожая структуры зубочелюстных аномалий: нейтральный, глубокий прикус; укорочение верхнего и нижнего зубных рядов; зубоальвеолярное удлинение в переднем, укорочение в боковых отделах нижнего зубного ряда; тесное положение верхних и нижних резцов; повороты вокруг своей вертикальной оси клыков и первых премоляров. В результате ортодонтического лечения были нормализованы: положение челюстей, формы зубных дуг, устранено аномальное положение отдельных зубов (8).

Статистическая обработка материалов выполнялась на ПК с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0) (1, 2).

Результаты. В школах–интернатах для больных сколиозом преобладают пациенты с I–II степенью сколиотической деформации позвоночника. Чаще всего – это девушки в возрасте 12 – 16 лет. Так, при анализе комплексного метода лечения сколиоза было определено, что при начале формирования сколиотической деформации позвоночника (I степень – до 10°) основным методом коррекции является ЛФК. Данный метод направлен на нормализацию общего мышечного тонуса, и формирование «мышечного корсета» спины. Ввиду того, что начальные формы сколиотической деформации соответствуют возрасту 7 –12 лет, то в этой возрастной группе при указанной величине первичной дуги деформации, занятия ЛФК наиболее эффективны. Коррекция нарушений прикуса в младшем возрасте проводится в основном при помощи миотерапии, направленной на исправление нарушенных функций, таких как дыхание, жевание, глотание, речеобразование. Так же при помощи миотерапии достигается нормализация тонуса мимической мускулатуры, и направленный рост челюстей.

При более сложных формах нарушений прикуса в возрасте 12–14 лет основной метод ортодонтического лечения – аппаратурный. Наибольшее количество пациентов данной возрастной группы отмечено со второй степенью сколиотической деформации позвоночника. Так, при величине угла первичной дуги деформации 11° – 25° основным методом коррекции является аппаратурный (корсетное лечение). В остальных группах данный метод остается ведущим.

Коррекция прикуса у пациентов должна проводиться одновременно с лечением сколиотической деформации позвоночника и взаимодополнять друг друга.

Лечение 30 пациентов 12-22 лет с дистальным постоянным прикусом при сколиотической деформации позвоночного столба включало ортопедическое и ортодонтическое лечение.

Ортопедическое лечение пациентов со сколиозом в период постоянного прикуса включало плавание, занятия лечебной физической культурой и массаж. Режим лечебной физической культуры, направленный на укрепление мышц спины, на коррекцию сколиотической деформации позвоночника и сдерживания прогрессирования заболевания, был рекомендован 20 ($66,7 \pm 8,57\%$) девушкам и юношам.

В результате прогрессирования сколиотической деформации позвоночника 10 ($33,3 \pm 8,57\%$) пациентам было рекомендовано изготовить корригирующий ортопедический корсет (рисунок 1), который осуществляет одновременное давление на патологические выпуклости туловища пациента в направлении, обратном противоположным векторам деформации. Для зон патологических вогнутостей в корсете предусмотрены свободные пространства для коррекционного перемещения и расправления данных участков туловища. Пациент находился в условиях корсетного режима коррекции не менее 20 часов в сутки, включая сон и отдых. При этом длительность одного пребывания без корсета не должна превышать 60 мин (3, 5).



Рисунок 1 – Пациентка Н., 1989 г.р., диспластический сколиоз, правосторонняя грудопоясничная деформация позвоночника IV степени тяжести, корсетное лечение

Ортодонтическое лечение включало аппаратурный и комплексный методы лечения зубочелюстных аномалий.

Аппаратурный метод лечения был применен у 16 (53,3±9,26%) пациентов с постоянным прикусом и включал применение мультибондинг системы для нормализации формы зубных рядов и положения отдельных зубов. Наряду с мультибондинг системой использовались транспалатинальные элементы, направленные на расширение верхнего зубного ряда, деротацию первых постоянных моляров и в качестве опоры при перемещении зубов (7, 8, 9).

Для одностороннего расширения верхнего зубного ряда в одном случае (3,3%) была применена пружина Quad-helix. Для равномерного расширения верхнего зубного ряда у 2 (6,7±4,63%) пациентов применялся аппарат Дерихсвайлера с винтом Бидермана. Пружина Гожгориана применялась в 20 (66,7±8,75%) случаях в качестве усиления опоры и для деротации клыков. Продолжительность активного лечения пациентов со сколиозом с применением мультибондинг системы составила в среднем 17±5,5 месяцев.

Комплексный метод лечения был применен в 14 (46,7±9,26%) случаях. Для достижения качественного и устойчивого результата лечения зубочелюстных аномалий у пациентов с постоянным прикусом было произведено удаление постоянных зубов с последующим аппаратурным лечением. Первые верхние премоляры были удалены у 8 (57,1±13,73%) пациентов, вторые верхние премоляры – у 2 (14,3±9,71%) пациентов, у 3 (21,4±11,28%) пациентов было удалено четыре постоянных зуба (первые верхние и нижние премоляры), первый постоянный нижний моляр – в одном (7,1%) случае. Аппаратурный метод заключался в дистализации клыков, первых премоляров (при удалении вторых премоляров), устранении сагиттального несоответствия, уплощении передних отрезков зубных рядов(6).

Ретенция достигнутых результатов ортодонтического лечения у пациентов с постоянным прикусом при помощи съемных одночелюстных пластинок на верхний и нижний зубные ряды в 17 (56,7±9,20%) случаях и несъемных ретейнеров – у 7 (23,3±9,20%) пациентов со сколиозом.

При изготовлении съемных ретенционных аппаратов необходимо учитывать ранее нарушенные функции жевательных и мимических мышц. Поэтому нами в конструкции ретенционных аппаратов были добавлены

щечные щиты и губные бамперы для предотвращения чрезмерного давления жевательных и мимических мышц на альвеолярный отросток у 7 ($41,2 \pm 12,30\%$) пациентов (рисунок 2).

Продолжительность этапа сдерживания прогрессирования деформации позвоночника и ретенционного периода после ортодонтического лечения зависит от формирования костной ткани соответствующей части скелета. По окончании роста костной ткани заканчивается активный ретенционный период.

Положительный результат лечения достигнут у 28 ($93,3 \pm 4,55\%$) пациентов, у 2 ($6,7 \pm 4,63\%$) пациентов с постоянным прикусом был отмечен рецидив, связанный с нарушением режима ношения корсета и ретенционных аппаратов.

Таким образом, подходы к коррекции сколиотической деформации позвоночника и нарушений прикуса сходны, методы имеют одинаковую направленность, зависящую от этапа формирования костного скелета. Разработанные принципы ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий у пациентов со сколиозом способствуют сокращению продолжительности коррекции аномалий прикуса и снижению их рецидивов, чем обеспечивают уменьшение трудозатрат врача-ортодонта и способствует снижению экономических затрат на лечение таких пациентов.



Рисунок 2 – Пациент Г., 1994 г.р., съемные ретенционные пластинки с губными бамперами (а – привычная позиция челюстей при сомкнутых зубных рядах, б – верхний зубной ряд, в – нижний зубной ряд)

Опыт лечения зубочелюстных аномалий у пациентов со сколиозом позволяет рекомендовать:

1. Начинать ортодонтическое лечение не ранее 9-11 лет;
2. Проводить одновременно лечение зубочелюстных аномалий и сколиотических деформаций позвоночника.

Опыт лечения зубочелюстных аномалий у пациентов со сколиозом позволяет сделать следующие выводы:

1. Периоды активного ортодонтического лечения и удержания достигнутых результатов у пациентов со сколиозом более длительные, чем у ортопедически здоровых пациентов.

2. Наиболее эффективными ретенционными аппаратами у пациентов с постоянным прикусом являются съемные и несъемные ретейнеры.

Литература

1. Гланц, С. Медико-биологическая статистика: пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
2. Каминский Л.С. Обработка клинических и лабораторных данных. Применение статистики в научной и практической работе врача. - Л., 1989.-382 с.
3. Кон, И.И. Двадцатилетний опыт консервативного лечения детей и подростков, больных сколиозом, в условиях специализированной санаторной школы-интерната (анализ 3647 наблюдений) / И.И. Кон, Р.Д. Назарова // Актуальные вопросы профилактики и лечения сколиоза у детей : материалы Всесоюз. симпозиума. – М., 1984. – С. 78-86.
4. Кон, И.И. Диспластический сколиоз (механогенез, диагностика, лечение) / И.И. Кон, В.Е. Беленький, Р.Д. Назарова. – М. : Медицина, 1994. – 22 с.
5. Кудрявцева, Т.Д. Планирование и комплексное лечение больных с сочетанными зубо-челюстно-лицевыми аномалиями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Т.Д. Кудрявцева ; С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. – СПб, 1997. – 12 с.
6. Мельниченко, Э.М. Структура зубочелюстных аномалий у городских детей Республики Беларусь / Э.М. Мельниченко, Т.Н. Терехова, Е.И. Мельникова // Современная стоматология. – 2001. – № 2. – С. 35-37.
7. Нейман, И.З. О значении теста Риссера для прогнозирования течения сколиоза / И.З. Нейман, Н.Н. Павленко // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1981. – № 12. – С. 28-31.
8. Персин, Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий : учебник. – 2-е изд., перераб. – М. : Ортодент-Инфо, 1999. – 297 с.
9. Хорошилкина, Ф.Я. Нарушение осанки при аномалиях прикуса / Ф.Я. Хорошилкина // Ортодент-инфо. – 2000. – № 1-2. – С. 40-48.