

Тертту Пиетилэ, ортодонт, к.м.н., департамент здравоохранения Пори, Финляндия

Пертти Пиритиниеми, ортодонт, д.м.н., отделение ортодонтии, Стоматологический институт, Университет Оулу, Финляндия

Юха Варрела, ортодонт, д.м.н., отделение ортодонтии, Стоматологический институт, Университет Турку, Финляндия

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ — ПОЧЕМУ, КОГДА И КАК?

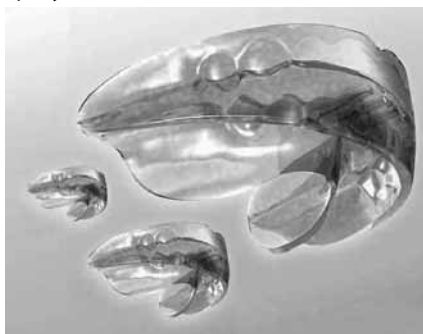
Раннее ортодонтическое лечение в Финляндии считается очень важным. Его цель — уменьшить необходимость дальнейшего лечения или хотя бы уменьшить масштабы того лечения, которое несмотря ни на что все равно предстоит. В этой статье мы приведем пример раннего ортодонтического вмешательства.

Стандарты ортодонтического лечения в разных странах сильно отличаются. Происходит это, возможно, потому что точкой отсчета в большинстве научных исследований традиционно является изучение взрослых пациентов. В Финляндии недостаточное количество специалистов-ортодентов влечет за собой необходимость создания простой схемы лечения, которой могли бы воспользоваться стоматологи даже с начальными знаниями в ортодонтии, но только под руководством опытного ортодонта.

Статья описывает самые частые техники раннего ортодонтического лечения, применяемые в Финляндии. В случае перекрестного прикуса и прикуса II класса по Энгля применяется внеротовая съемная аппаратура, аппараты Квад Хеликса (Quad Helix), ЛМ-активатор (LM-Activator) и другие. Лицевая дуга, необходимая для лечения прикуса III класса по Энгля, используется намного реже. Цель раннего ортодонтического лечения — исключить будущее ортодонтическое вмешательство совсем или хотя бы уменьшить его масштабы.

Контроль над развитием прикуса

Нормальное развитие — молочный прикус



Развитие прикуса — продолжительный процесс. Профилактическое и раннее ортодонтическое лечение основывается на распознавании аномалии, для чего необходимы опыт и знания. Когда изучают молочный прикус, исходят из центрального соотношения, так как в таком возрасте это самая надежная информация для оценки соотношения челюстей.

При нормальном молочном прикусе наблюдается небольшое сагиттальное смещение мезиально или же отсутствие смещения между вторыми молочными премолярами. Соотношение клыков такое же, как и в нормальном постоянном прикусе (класс I по Энгля); трансверзальное соотношение верхней и нижней челюстей в норме; перекрестный прикус отсутствует. Резцы соприкасаются и вертикальное перекрытие составляет 3 мм. Для нормального молочного прикуса характерны диастемы и тремы во фронтальном отделе.

Молочный прикус не статичен и меняется в процессе роста, что очень важно для формирования прикуса. Нижняя челюсть растет, и улучшается сагиттальное соотношение челюстей. Рост обеих челюстей ведет к увеличению диастем и трем во фронтальном отделе. В конце концов, образовавшиеся промежутки в боковых отделах занимают прорезывающиеся зубы.

Аномалии молочного прикуса

Очень важно следить за формированием молочного прикуса, так как это поможет как можно раньше заметить отклонения от нормального развития. Необходимо регистрировать состояние молочного прикуса, выявить возможные причины отклонений и предположить, к каким последствиям они могут привести. Типичный пример — открытый прикус из-за вредной привычки (сосание большого пальца, например). В этом случае легко исправить прикус, просто отучив от плохой привычки. Прикус всегда нужно оценивать в целом, особенно когда это касается раннего лечения. Если сфокусироваться на отдельном симптоме, можно ошибочно

назначить несколько разных курсов лечения, и в итоге это только увеличит общее затраченное на лечение время.

Сагиттальное смещение дистально между вторыми молочными премолярами считается индикатором формирования неправильного прикуса. Исследования показывают, что сагиттальное смещение дистально в молочном прикусе чаще всего означают формирование неправильного постоянного прикуса. Отсутствие смещения в 40% случаев также ведет к развитию неправильного прикуса. Т. н. «расстояние Ливея» (Leeway) на верхней и на нижней челюстях, напротив, плохо коррелируют с сагиттальным соотношением первых моляров.

В постоянном прикусе считается в целом, что вертикальное или горизонтальное перекрытие никак не должно быть больше 6 мм. Так как верхняя челюсть во время роста увеличивается на 1—2 мм, можно считать, что перекрытие, превышающее 4 мм в молочном прикусе, указывает на необходимость немедленного лечения. Отсутствие контакта между резцами верхней и нижней челюсти — это свидетельство нарушения в формировании прикуса. Открытый прикус может в процессе роста исчезнуть сам собой, если его причина была устранена. Если нижние резцы в окклюзии касаются небной кромки десны, то есть глубокий прикус, иногда происходит спонтанная коррекция соотношения роста челюстей, и рост протекает без последующего углубления прикуса.

Перекрестный прикус во фронтальной группе зубов — это всегда функциональное нарушение, и если его не лечить, то ситуация продолжает ухудшаться.

Наличие десневой улыбки в молочном прикусе чаще всего обуславливается неправильным положением резцов на верхней челюсти. Этому также способствуют недостаточно развитые губы. Последнее часто самопроизвольно, но на ситуацию можно также повлиять специальной гимнастикой для губ.

Рост челюстей в ширину имеет огромное значение в формировании прикуса. При нормальном развитии это дает

пространство для постоянных резцов. Скученность во фронтальном отделе в молочном прикусе чаще всего наследуется и постоянным прикусом. Так же скученность в постоянном прикусе можно прогнозировать, если в молочном прикусе отсутствовали диастемы и тремы во фронтальном отделе. Только если суммарное межзубное расстояние составляет более 6 мм, риск скученности значительно уменьшается.

В течение всего периода рост нижней и верхней челюсти должен находиться в сбалансированном соотношении. Если верхняя челюсть мала по отношению к нижней, это может привести к перекрестному или дистальному прикусу.

На рост влияют многие факторы, такие как развитие лицевых мышц, лактация, вредные привычки, развитие губ, ротовое дыхание и другие. Изменение активности мышц влияет не только на трансверзальный рост, но и на сагиттальное и вертикальное соотношение.

Отслеживание состояния формирования прикуса и ранние осмотры

Только в рамках организованной программы регистрации прикуса у детей и подростков можно отследить формирование прикуса при росте организма. В большинстве случаев профилактические осмотры проводят медсестры или детские врачи. Основной целью осмотров является выявление кариеса, поэтому после первой пары визитов интервал между визитами увеличивается, а дети, у которых не был обнаружен кариес, и вовсе перестают ходить на осмотры. Именно поэтому на них стоит обращать особенное внимание, ведь формирование прикуса в этом случае остается без медицинского контроля.

Цель медицинских осмотров — выявить аномалию до того, как проявится ее симптоматика. В рамках профилактических ортодонтических осмотров регистрируются признаки аномалий

прикуса, которые препятствуют или вызывают отклонения в его формировании. Раннее обнаружение позднего или затрудненного прорезывания зубов в сменном прикусе намного облегчает лечение. Одна из самых распространенных проблем в сменном прикусе — неправильное прорезывание первого моляра из-за нехватки места. Примерно в половине таких случаев аномалия самопроизвольно исчезает, в то время как в 2% из оставшегося числа она вообще не поддается коррекции.

Частыми причинами позднего или неправильно прорезывания зубов переднего отдела являются травмы молочных резцов, одонтома или сверхкомплектные зубы, подобные явления встречаются у многих пациентов. Также следует следить за тем, чтобы прорезывание зубов происходило симметрично.

Многие исследования показывают, что лечение малоокклюзии в молочном прикусе позволяет избежать ортодонтического лечения в возрасте 8—12 лет. Конечно, во многих случаях нельзя избежать ортодонтического вмешательства после смены прикуса, но и в таких случаях лечение становится намного легче.

Показания и возможности лечения

Ранее ортодонтическое лечение с использованием ЛМ-активатора (LM-Activator)

В последнее время резко выросло число детей, в лечении которых используется именно ЛМ-активатор. Он напоминает по своим функциям традиционный активатор, но изготовлен из эластичного материала. В рамках накопленного клинического опыта очевидно утверждать, что ЛМ-активатор особенно эффективен при раннем ортодонтическом лечении. Идея в этом случае заключается в том, что ЛМ-активатор направляет зубы в правильное положение в зубном

ряду при прорезывании. Одновременно корректируется сагиттальное соотношение челюстей, их расширение и баланс роста, а также асимметрия, если она присутствует. ЛМ-активатор также подходит для решения проблемы скученности зубов, глубокого перекрытия резцов, открытого, глубокого и дистального прикуса. В аппарат заложены идеальная зубная дуга и межчелюстное соотношение, поэтому ЛМ-активатор исправляет аномалии прикуса, независимо от их причины.

Начало лечения ЛМ-активатором в ранней стадии роста дает комбинацию профилактического и корректирующего лечения.

Конечно, ЛМ-активатор наиболее эффективен при лечении незначительных и средней сложности аномалий. Клинический опыт показывает, что при раннем лечении для достижения желаемого результата достаточно только ночного режима ношения. Чаще всего в лечении используется один-два размера ЛМ-активатора. На осмотр к врачу пациент может приходиться раз в 12 недель, и в редких случаях посещение занимает больше, чем 5—10 минут. Поэтому систематическое использование ЛМ-активатора позволило увеличить количество текущих пациентов и освободить рабочее время для более сложных случаев. Также аппарат хорош тем, что может назначаться детскими стоматологами под руководством ортодонта.

Один и тот же аппарат можно использовать сначала для лечения, а потом для ретенции, просто уменьшив частоту ношения до двух раз в неделю. Также во время ретенционного периода можно увеличить интервалы между посещениями врача до 6—12 месяцев. Ретенционный период достаточно длительный, рекомендуется не прекращать использовать ЛМ-активатор до остановки роста челюстей.

ЛМ-активатор также используется и при лечении перекрестного прикуса, но его усилия не хватит, чтобы достаточно расширить очень маленькую верхнюю челюсть. Поэтому чаще всего намного эффективнее начать лечение с традиционных съемных аппаратов, например, аппарата Квад Хеликса.

Эффективность лечения ЛМ-активатором, как и другими съемными аппаратами, напрямую зависит от желания пациента и его семьи к сотрудничеству. Особенно в поддержке нуждаются самые маленькие пациенты, но если пациент настроен на сотрудничество, лечение будет максимально эффективным.

Материал предоставлен компанией LM-Instruments, Финляндия.

