

# КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ С ПОМОЩЬЮ LM-AКТИВАТОРОВ

**Ключевые слова:** LM-активаторы, миофункциональная аппаратура, зубочелюстные аномалии.

**Keywords:** LM-activators, myofunctional appliances, dentoalveolar anomalies.

## Вступление

Взаимозависимость формы и функции заключается в физиологическом равновесии основных функций зубочелюстной системы (сосания, дыхания, речи, жевания) с ее анатомическими структурами (Григорьева Л. П., 1995; Хорошиллина Ф. Я., 2006). Нарушение функций зубочелюстной системы является одним из ведущих этиологических факторов в возникновении зубочелюстных аномалий (Сухарев Г. Т., 1985; Гасимова З. В., 2003). Зубочелюстная система, как и другие системы человеческого организма, — функциональная, способна на саморегулирование и адаптацию к изменяющимся внешним условиям. Неправильное распределение мышечного давления при жевании, а также при нарушенных функциях дыхания, глотания и звукопроизношения — основная причина большинства аномалий и деформаций челюстно-лицевой области.

В последние десятилетия значительно возросла распространенность зубочелюстных аномалий во всех периодах прикуса. Среди причин, приводящих к патологиям зубочелюстной системы надо учесть эволюционный процесс редукции зубочелюстной системы и изменение ее функций. В процессе развития и роста челюстно-лицевого скелета большое значение имеет функция жевательных мышц, которая зависит от того, какую силу они тратят для пережевывания пищи. Ротовое дыхание, инфантильное глотание, вредные привычки (прокладывание пальца, языка, закусывание посторонних предметов) и нарушения речи способствуют сужению зубных дуг, изменению положения передних зубов, возникновению скученности зубов, углублению резцового перекрытия и, как следствие, приводят к формированию патологии прикуса.

**Цель нашей работы** — профилактика и раннее лечение зубочелюстных аномалий, увеличение эффективности ортодонтического лечения, уменьшение количества осложнений и рецидивов, по средствам комплексного применения программ профилактики и использования LM-активаторов.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением и на лечении

находились 53 пациента. Все обследованные пациенты были разделены на две группы. В первую вошло 28 детей в возрасте от 6 до 9 лет, они находились в сменном периоде прикуса. Во вторую группу мы отнесли 25 человек в возрасте от 10 до 13 лет, которые находились в периоде раннего постоянного прикуса.

Пациентам были индивидуально подобраны по размеру, а также высоте и назначены LM-активаторы. В течении 3–4 недель всем пациентам (родителям пациентов) были даны рекомендации использовать аппараты только в дневное время, постепенно доводя до 2-х часового ношения и только через месяц, после полного привыкания ребенка к аппарату, рекомендовалось его ночное использование.

LM-активаторы сделаны из биосовместимого и эластичного силикона, делающего его гигиеничным и удобным в ношении. Силикон достаточно мягкий, чтобы обеспечить удобство ношения и в то же время достаточно жесткий, чтобы пациент не мог повредить его. Трейнер легко дезинфицируется и подлежит автоклавированию (что удобно для ортодонта при подборе аппарата путем примерки).

LM-активатор также имеет дополнительные отверстия, облегчающие дыхание и делающее возможным ношение аппарата при патологии ЛОР-органов, для лечения которой пациент направляется к специалисту.

Возможность быстро и удобно определить необходимый размер, простота коррекции аппарата в случае необходимости являются немаловажными преимуществами в условиях большого потока пациентов. Возможность для творческого подхода врача в ходе лечения (введение дополнительных элементов в конструкцию аппарата) и отсутствие лабораторного этапа изготовления, все эти преимущества, являются бесспорными при выборе стоматолого-ортодонтов и пациентов LM-активаторов, как активных ортодонтических аппаратов.

**Показаниями для лечения зубочелюстной патологии с помощью LM-активатора являются:**

- профилактика и раннее лечение формирующихся аномалий прикуса. Это достигается за счет устранения вредных привычек и восстановления правильных функций зубочелюстной системы;

- лечение дистального, открытого, глубокого и перекрестного прикуса;
- скученность зубов в области резцов и клыков, а также их ротации;
- «десневая» улыбка;
- возможно использование в качестве ретенционного аппарата, после лечения с помощью несъемной техники.

**Противопоказаниями для лечения с помощью LM-активатора являются:**

- лечение мезиального прикуса (если преобладает вертикальный тип роста);
- смещение центральной линии, превышающее 3мм;
- значительное сужение верхней челюсти.

## Результаты лечения и обсуждение

Лечение составляло от 1 до 2 лет, у всех 53 пациентов I и II групп отмечался положительный результат: нормализация аномального положения отдельных зубов, восстановление физиологической формы суженных зубных дуг, коррекция дистального, глубокого, открытого, перекрестного прикуса.

## Клинический случай

Выписка из истории болезни № 86. Больной К., 10 лет. Родители обратились с жалобами на косметический дефект, нарушение функции жевания и речи.

Анамнез: вскармливание искусственное, наследственность не отягощенная. ОРВИ шесть-восемь раз в год.

Объективно: выражена подбородочная складка, нижняя часть лица укорочена.

Зубная формула:

6	V	IV	3	2	1		1	2	3	IV	V	6
6	V	IV	3	2	1		1	2	3	IV	V	6

Гигиена полости рта неудовлетворительная. Высота коронок боковых зубов на обеих челюстях в пределах нормы. Верхние резцы полностью перекрывают нижние.

Диагноз: глубокий прикус.

Лечение: проведена санация полости рта, больной обучен гигиене полости рта. После чего сняты оттиски для диагностических моделей, подобран по размеру и припасован в ротовой полости LM-активатор.



Рис. 1, 2. Пациент К., 10 лет, до лечения



Рис. 3, 4. Пациент К., 11 лет, после лечения

Даны рекомендации: первые 3 недели носить аппарат только в дневное время, постепенно довести время ношения до 2 часов, после чего носить аппарат 2 часа днем и спать в нем всю ночь, чистить щеткой и детским мылом. Контрольное посещение через месяц: пациент адаптировался к аппарату, дисциплинированный по отношению к правилам эксплуатации.

Контроль через три месяца: перекрытие во фронтальном участке уменьшилось.

Таким образом, через 1 год ношения LM-активатора устранен глубокий прикус, верхние зубы перекрывают нижние на 1/3 (рис. 1, 2, 3, 4).

#### Выводы

Таким образом, использование LM-

активаторов дает возможность контролировать все три компонента дизокклюзии: зубной, челюстной, миофункциональный. При этом сочетаются все признаки как функциональной, так и механически действующей ортодонтической аппаратуры. Внедрение в практику ортодонтии LM-активаторов значительно повышает эффективность лечения.

#### Резюме

В статье отражены результаты лечения зубочелюстных аномалий у пациентов в сменном и раннем постоянном прикусе с помощью LM-активаторов.

#### Summary

The article describes the results of treatment of dentoalveolar anomalies in patients with an early mixed and permanent occlusion using LM-activators.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Головкин Н.В. Комплексная система профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов / Н.В. Головкин Н.В., Н.Г.Пономаренко // I Всесоюз. конф. ортодонтотв: Тез. докл. – Полтава, 1990. – С. 18-19.
2. Смаглюк Л.В. Лікування дистального відкритого прикусу з використанням пристрою для корекції положення язика запропонованої конструкції / Л.В.Смаглюк // Український стоматологічний альманах. – 2003. - № 4. – С. 50-52.
3. Лихота К.М. Профілактика і раннє лікування зубощелепних аномалій / К.М. Лихота, О.В. Петриченко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. – К., 2012. – Вип.21, кн. 3. – С.610-614.
4. Адамчик А.А. Исследование функции внешнего дыхания у пациентов с вертикальными аномалиями прикуса / А.А.Адамчик // Ортодонт-Инфо. – 2000. - № 1-2. – С.48-49.
5. Дубивко С.А. Сравнительный анализ результатов лечения скученного положения зубов / С.А.Дубивко, Ф.С.Аюпова, Г.Х.Ахметова // Тез. докл. «Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний». – С. 2. – Ижевск. – 1992. – С. 71-72.
6. Адамчик А.А. Вредные привычки и раннее ортодонтическое лечение / А.А.Адамчик // Материалы VII Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. С-Пб. – 2002. – С. 16.
7. Weiland F.J. Initial effects of treatment of Class II malocclusion with the Herren activator, activator-headgear combination, and Jasper Jumper / F.J. Weiland, B.Ingervall, H.P.Bantleon et al // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 1997. – Vol. 112. – P. 19-27.
8. Dahan J.S. Oral perception in tongue thrust and other oral habits / J.S.Dahan, O.Lelong, S.Celant et al // American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. – 2000. – Vol. 118. – N. 4. – P. 385-391.

## ВАЖНЫЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ 2016 года

13-14 февраля	Вена, Австрия	1-EAS, Конгресс Европейского Общества Элайнеров
4 марта	Винница, Украина	Науково-практична конференція «Сучасні аспекти в стоматології»
11 марта	Киев, Украина	«Украинская ортодонтическая школа: вчера, сегодня, завтра»
16 июня	Стокгольм, Швеция	92-EOS 2016, Конгресс Европейской Ассоциации Ортодонтотв
22-24 сентября	Прага, Чехия	XVI Конгресс Ассоциации Ортодонтотв Чехии
28 октября	Киев	Съезд Ассоциации Ортодонтотв Украины
3-6 ноября	Гоа, Индия	8-WIOS, Мировая Ортоимплантологическая Конференция
декабрь	Прага, Чехия	14-IOS Prague, Конгресс Евро-Азиатской Ассоциации Ортодонтотв

Более подробная информация: СП «Промед», +38 050 402 09 10, Ирина Кикоть, [ira@promed.ua](mailto:ira@promed.ua), [www.promed.ua](http://www.promed.ua)