

О.В. Саранчук

Лікування зубощелепних аномалій і деформацій, що протікають на тлі запальних захворювань пародонту в дорослих пацієнтів

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Київ, Україна

Мета: визначити особливості та підвищити ефективність ортодонтичного лікування дорослих пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями, які протікають на тлі захворювань пародонту.

Об'єкт і методи. Застосовані клінічні та додаткові методи діагностики (рентгенологічні, антропометричні) у 54-х пацієнтів віком від 19 до 35-ти років, які були поділені на дві клінічні групи: 1 – 24 пацієнти із зубощелепними аномаліями без проявів захворювань пародонту, 2 – 30 пацієнтів із зубощелеповими аномаліями та захворюваннями пародонту.

Результати показали збільшення на 30–50 % запланованого часу ортодонтичного лікування порівняно з результатами 1-ї групи (пацієнти без запальних проявів у пародонті). Ортодонтичні заходи дозволяють усунути місцеві причини запальних процесів у пародонті, а також викликати стабілізацію кісткової тканини та зупинити процес резорбції. Ортодонтичне втручання доцільно проводити у два етапи з використанням знімної та незнімної апаратури або в один етап з її поєднанням.

Висновки. Ортодонтична складова комплексного лікування дозволяє усунути запалення у тканинах пародонту, ефективно призупинити патологічний процес і тим самим затримати подальший розвиток запально-дистрофічних явищ у пародонті, стимулюючи регенеративні.

Ключові слова: зубощелепна аномалія, захворювання тканин пародонту, ортодонтичне лікування дорослих пацієнтів.

Стрімкий ріст поширеності запальних захворювань пародонту привертає підвищену увагу стоматологів усього світу. Результати спостереження клініцистів указують, що розповсюдженість захворювань пародонту сягає 98 % і варіює з віком [6, 10, 15]. За даними ВООЗ, найвищий рівень захворювань пародонту припадає на вік 35–40 років і складає 57–89 %.

Переважає більшість захворювань пародонту має запальний характер [1, 3, 4, 5] і розвивається під впливом як місцевих, так і загальних етіологічних чинників на тлі змін реактивності організму [2, 6, 9, 11, 15, 19, 21]. Провідним місцевим фактором є аномалії та деформації зубощелепного апарату (від 33 до 87 %) [10, 12, 14, 16]. В Україні багато уваги приділяється вдосконаленню організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги хворим з патологією пародонту, розробці та впровадженню у практику методів і засобів їх лікування [8, 13, 14, 17]. Однак питання, що стосуються ортодонтичного та ортопедичного лікування таких пацієнтів, і сьогодні залишаються недостатньо вивченими, але досить актуальними [7, 8, 13, 16].

Мета дослідження – визначити особливості та підвищити ефективність ортодонтичного лікування дорослих пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями, які протікають на тлі захворювань тканин пародонту.

Матеріал і методика дослідження

Було проведено лікування 54-х пацієнтів від 19 до 35-ти років, які були поділені на дві клінічні групи. У першу увійшли 24 пацієнти із зубощелепними аномаліями (ЗЩА) та відсутніми проявами захворювань пародонту, другу склали 30 пацієнтів зі ЗЩА та захворюваннями тканин пародонту (ЗТП). Обстеження проводилося за загальноприйнятою методикою з використанням клінічних (суб'єктивних та об'єктивних) і додаткових (рентгенологічних, антропометричних) методів дослідження.

Для комплексного лікування застосовували таку схему:

- терапевтична підготовка, яка включала санацію порожнини рота, її професійну гігієну, навчання навичок гігієни пацієнтів і переведення запалення ясен у стадію ремісії;
- ортодонтичне лікування, яке складалось із застосування знімних і незнімних апаратів;
- пародонтологічне лікування – проведення професійної гігієни порожнини рота при кожному візиті до ортодонта, Вектор-терапія.

Результати дослідження та їх обговорення

Причиною для застосування вищеприписаної послідовності комплексного лікування стала неможливість проведення ортодонтичних методів відразу через запальний процес у тканинах пародонту.

Метою ортодонтичного лікування стало:

- усунення ретенційних пунктів скупчення нальоту;
- виправлення положення окремих зубів для усунення їх функціонального переважання;
- стимуляція трофіки тканин пародонту;
- створення функціональної, стабільної, естетичної оклюзії;
- покращення стану пародонту шляхом стимуляції репаративних процесів, зокрема в кістковій тканині;
- нормалізація функції скронево-нижньощелепного суглоба та м'язів.

У знімних апаратах для пацієнтів обох груп використовували гвинти, накушувальні та похилі площини, оклюзійні накладки. Це давало змогу створювати опору на зуби, альвеолярну кістку та піднебіння, контролювати висоту прикусу, проводити перебудову у скронево-нижньощелепному суглобі та міотатичного рефлексу. У ряді випадків знімні пластинкові ортодонтичні апарати виконували також роль часткових знімних протезів. Такий апарат-протез дозволяв провести ортодонтичну корекцію з одночасним заміщенням дефекту зубного ряду, що особливо важливо в дорослих пацієнтів. Активацію знімної апаратури в пацієнтів 1-ї групи проводили 3–5 дб, 2-ї групи – кожні 7–8 дб перед сном, незнімної в 1-й групі – кожні 3–4 тижні, у 2-й – кожні 6–8 тижнів. Причому контрольний огляд пацієнтів 2-ї групи проводився раз на 2–4 тижні.

В якості незнімної апаратури в обох групах застосовували керамічні брекет-системи або гіпоалергійні металеві зі сплаву без нікелю. Лікування незнімною самолігуютьною апаратурою здійснювалося з використанням малих сил у дугах із запам'ятовуванням форми, починаючи з .012". Зміну дуг проводили в 1-й групі проводили раз на 2–3 місяці, для пацієнтів 2-ї групи не частіше ніж один раз на 3–5 місяців.

Строки лікування пацієнтів 1-ї групи склали 20–22 місяці, у 2-й групі коливались у межах 28–33-х місяців.

Рентгенологічно в пацієнтів 1-ї групи значних змін окрім перебудови пародонту не було. У 2-й групі визначали стабілізацію кісткової тканини та зупинення процесу резорбції.

Ретенційний період для пацієнтів 1-ї групи складав 5–7 років із застосуванням незнімних ретейнерів, у 2-й групі – ретенція

постійна, виражалася у поєднанні незнімних ретейнерів і знімних ретенційних кап, які пацієнти використовували переважно під час сну.

Висновки

Проведене лікування дорослих пацієнтів із зубочелюстними аномаліями та деформаціями, що протікали на тлі захворювань пародонту (2-ї групи), показало збільшення на 30–50 % запланованого часу ортодонтичного лікування порівняно з результатами 1-ї групи (пацієнти без запальних проявів у пародонті). Клінічні спостереження свідчать, що ортодонтичні заходи дозволяють

усунути місцеві причини та запальні процеси у тканинах пародонту, а також викликати стабілізацію кісткової тканини та зупинити процес резорбції.

Ортодонтичне втручання доцільно проводити у два етапи з використанням знімної та незнімної апаратури або в один етап з її поєднанням.

Отже, ортодонтична складова комплексного лікування дозволяє усунути запалення у тканинах пародонту, ефективно призупинити патологічний процес і тим самим затримати подальший розвиток запально-дистрофічних явищ у пародонті, стимулюючи регенеративні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бажанов Н.Н., Иванюшко Т.П., Тер-Асатуров Г.П. Иммуные механизмы патогенеза пародонтита // В кн.: Наука – практика. – М., 1998. – С. 103.
2. Белоключая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита (клинико-лабораторные исследования): Дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Белоключая Г.Ф., Одесский НИИ стоматологии. – О., 1996. – 375 с.
3. Грудянов А.И., Фролова О.А. Особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта и врачебной тактики при сахарном диабете (обзор) // Пародонтология, № 3 (24), 2002.
4. Грудянов А.И., Безрукова И.В. Идиопатические поражения пародонта с прогрессирующим лизисом кости // Пародонтология. – 2000. – № 4 (18). – С. 19–22.
5. Гублер Е.В. Математические методы анализа и распознавания патологических процессов. – Л.: Медицина. – 1978. – 294 с.
6. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта. – Киев: Здоровье, 2000.
7. Драгомирецкая М.С. Этиотропное лечение при генерализованных заболеваниях тканей пародонта (фаза I), материалы 47-й международной специализированной выставки.
8. Иванюшко Т.П., Ганковская Л.В., Ковальчук Л.В., Тер-Асатуров Г.П., Кассин В.Ю., Буданова Е.В. Комплексное изучение механизмов развития хронического воспаления при пародонтите // Стоматология. – 2000. – № 4. – С. 12–16.
9. Мазур И.П., Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта, 2004.
10. Мельников О.Ф., Шматко В.И., Кищук В.В. Клинико-иммунологические параллели при пародонтите и заболеваниях верхних дыхательных путей // Современная стоматология. – 2007. – № 3. – С. 31–34.
11. Профит У. Современная ортодонтия / У. Профит. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
12. Центнер А. Стабильность и рецидив фронтального сегмента зубной дуги нижней челюсти (часть 2) / А. Центнер, Г.П. Леоненко // Сучасна ортодонція. – 2006. – № 3. – С. 19–22.
13. Цепов Л.М. Николаев А.И. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2001. – № 1–2. – С. 28–31.
14. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. Книга III // Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персин. – М.: ООО «Ортодент Инфо». – 2001. – С. 172.
15. Simmons P. Quantitation of plasma proteins in low concentrations using RID // Clin. Chim. Acta. – 1971. – В. 35. – P. 52–57.
16. Foreman J.C. Клетки, участвующие в воспалении. Руководство по иммунофармакологии (под ред. М. Dale, J. Foreman). – М.: Медицина (пер. с англ.), 1998. – 332 с. – С. 15–192.
17. Шинкевич В.Л., Кайдашев І.П. Характеристика імунних клітин слизової оболонки ясен при хронічному генералізованому пародонтиті відповідно до ступенів тяжкості // Імунологія & алергологія. – 2004. – № 4. – С. 15–20.
18. Straka M. Destructura parodontalnych tkaniv // cast 4 // Parodontologia. – 2000 // Новое в стоматологии. – 2002. – № 8. – С. 2028.

Лечение зубочелюстных аномалий и деформаций, протекающих на фоне заболеваний пародонта у взрослых пациентов

О.В. Саранчук

Цель: определить особенности и повысить эффективность ортодонтического лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями, протекающих на фоне заболеваний тканей пародонта.

Объект и методы. Использованы клинические и дополнительные методы диагностики (рентгенологические и антропометрические) и лечения 54-х пациентов 19–35-летнего возраста, разделенных на две клинические группы: 1 – 24 пациента с зубочелюстными аномалиями без проявлений заболеваний тканей пародонта и 2 – 30 пациентов с зубочелюстными аномалиями и заболеваниями тканей пародонта.

Результаты проведенного лечения группы с заболеваниями тканей пародонта показали увеличение на 30–50 % запланированного времени по сравнению с результатами пациентов группы без патологических проявлений в пародонте. Ортодонтические меры позволяют устранить местные причины воспалительных процессов в пародонте, вызывать стабилизацию уровня костной ткани и остановить процесс резорбции. Ортодонтическое лечение пациентов с заболеваниями тканей пародонта следует проводить двухэтапно с использованием съемной и несъемной аппаратуры или одноэтапно с ее комбинированием.

Выводы. Ортодонтическая составляющая комплексного лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями, протекающими на фоне воспалительных заболеваний тканей пародонта, позволяет остановить воспаление посредством устранения местных причинных факторов, приостановить патологический процесс и тем самым задержать дальнейшее развитие дистрофических явлений в пародонте, стимулируя при этом регенеративные.

Ключевые слова: зубочелюстная аномалия, заболевание тканей пародонта, ортодонтическое лечение взрослых пациентов.

Treatment of adult patients with malocclusion proceed on a background periodontal diseases

O. Saranchuk

The aim: to define the features and efficiency of orthodontic treatment in adult patients with malocclusion which occur on the background periodontal diseases.

Object and Methods. We were treated 58 patients 19 to 55 years, who were divided into two clinical groups. The first came from 31 patients with malocclusion, the second made up of 27 patients with malocclusion and periodontal diseases. The survey was conducted on using clinical and additional (anthropometric, X-Ray) methods.

Results. We conducted the treatment of adult patients with malocclusion and periodontal disease (group 2) showed an increase of 30–50 % terms orthodontic treatment compared to a group 1 (patients without periodontal inflammation). Clinical observations have shown that orthodontic measures can remove local causes and inflammation in periodontal and cause stabilize the bone resorption and suspension. Orthodontic treatment appropriate to carry out two-stage using removable and stationary equipment or its one-step combinations.

Conclusions. Orthodontic part of a comprehensive treatment can eliminate inflammation in periodontal effectively stop the disease process and thereby delay the subsequent development of inflammatory and degenerative manifestations of periodontal and stimulates regeneration.

Key words: dentomaxillary anomalies, periodontal disease, orthodontic treatment of adult patients.

Саранчук Олеся Володимирівна – канд. мед. наук, доцент кафедри ортопедичної стоматології та ортодонції ВПНЗ «Київський медичний університет УАНМ». Адреса: 01004, м. Київ, вул. Л. Толстого, 9, каб. 12. Тел.: +38 (050) 536-61-66. E-mail: olesya.ort@gmail.com.