

УДК: 616-314+616-716-8]-00724-085+616-314-17-02

О.В. Саранчук

ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДОРΟΣЛИХ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ НА ТЛІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Актуальність теми.

Значний ріст поширеності запальних процесів у пародонті привертає посилену увагу стоматологів. Спостереження клініцистів указують, що поширеність захворювань пародонта сягає 98% і варіює з віком [6,10,15]. За даними ВООЗ, найвищий рівень захворювань пародонта припадає на вік 35-40 років (57-89%).

Більшість захворювань пародонта мають запальний характер [1, 3, 4, 5,16] і розвиваються під впливом як місцевих, так і загальних етіологічних чинників на тлі змін реактивності організму [2, 9, 11, 15, 19, 21]. Важливим місцевим фактором є аномалії та деформації зубощелепного апарату, поширеність яких становить від 33% до 87% [14, 16]. В Україні багато уваги приділяється вдосконаленню організаційних форм лікувально-профілактичної допомоги хворим із патологією пародонта, розробці та впровадженню в практику методів і засобів лікування [7, 8, 13,17, 18]. Однак питання, що стосуються ортодонтичного та ортопедичного лікування таких пацієнтів, і на сьогодні залишаються недостатньо вивченими, але досить актуальними [7, 8, 13,16, 18, 22].

Мета дослідження.

Підвищити ефективність ортодонтичного лікування в дорослих пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями з перебігом на тлі захворювань тканин пародонта.

Матеріал і методика дослідження.

Нами було проведено лікування 58 пацієнтів віком 19 -55 років, які були поділені на дві клінічні групи. Перша група – 31 пацієнт із ЗЩА та відсутніми проявами захворювань пародонта; друга - 27 пацієнтів із ЗЩА та захворюваннями тканин пародонта (ЗТП). Обстеження проводили за загальноприйнятою методикою з використанням клінічних (суб'єктивних і об'єктивних) та додаткових (рентгенологічних, антропометричних) методів дослідження.

Для комплексного лікування застосовували таку схему:

- терапевтична підготовка, яка охоплювала санацію порожнини рота, її професійну гігієну, навчання навичкам гігієни пацієнтів та переведення запалення ясен на стадію ремісії;
- ортодонтичне лікування, яке складалося із застосування знімних і незнімних апаратів;
- пародонтологічне лікування – проведення професійної гігієни порожнини рота на кож-

ному візиті до ортодонта, Вектор-терапія.

Результати дослідження та їх обговорення.

Оскільки запальний процес у тканинах пародонта не дає можливості проводити ортодонтичне лікування негайно, ми застосовували вищеописану послідовність комплексного лікування.

Метою ортодонтичного лікування стало:

- усунення ретенційних пунктів скупчення нальоту;
- виправлення положення окремих зубів для усунення їх функціонального перевантаження;
- стимуляція трофіки тканин пародонта;
- створення функціональної, стабільної, естетичної оклюзії;
- покращення стану пародонта шляхом стимуляції репаративних процесів, зокрема в кістковій тканині;
- нормалізація функції скронево-нижньощелепного суглоба і 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 і піднебіння, контролювати висоту прикусу, проводити перебудову в скронево-нижньощелепному суглобі та м'язово-чоловічому 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 групи проводили 3-5 днів, 2 групи - кожні 7-8 днів перед сном, незнімної в 1 групі – кожні 3-4 тижні, в 2 – кожні 6-8 тижнів. Контрольні огляди пацієнтів 2 групи здійснювали раз за 2-4 тижні.

У ролі незнімної апаратури в обох групах застосовували керамічні брекет-системи або гіпоалергічні металеві з безнікельового сплаву. Лікування незнімною самолігуювальною апаратурою здійснювали з використанням малих сил у дугах із пам'яттю форми, починаючи з .012". Зміни дуг у 1 групі проводили раз за 2-3 місяці, у пацієнтів 2 групи - не частіше 1 разу за 3-5 місяців.

Терміни лікування пацієнтів 1 групи складали 20-22 місяці, у 2 групі коливались у межах 28-33 місяців.

Рентгенологічно в пацієнтів 1 групи значних змін, окрім перебудови пародонта, не відбувалось. У 2 групі визначали стабілізацію кісткової тканини та припинення резорбції.

Ретенційний період у пацієнтів 1 групи складав 5-7 років із застосуванням незнімних ретейнерів, у 2 групі – ретенція постійна, виражалася в поєднанні незнімних ретейнерів і знімних ретенційних кап, які пацієнти використовували переважно під час сну.

Висновки.

Лікування дорослих пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями і деформаціями з перебігом на тлі захворювань пародонта (2 група) показало збільшення на 30-50% запланованого часу термінів ортодонтичного лікування порівняно з результатами 1 групи (пацієнти без запальних проявів у пародонті). Клінічні спостереження засвідчили, що ортодонтичні заходи дозволяють усунути місцеві причини та запальні процеси в тканинах пародонта, а також викликати стабілізацію кісткової тканини і припинення резорбції.

Ортодонтичне втручання доцільно проводити двохетапно з використанням знімної та незнімної апаратури або одноетапно з її поєднаннями.

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

Література

- Бажанов Н.Н. Иммуные механизмы патогенеза пародонтита / Н.Н. Бажанов, Т.П. Иванюшко, Г.П. Тер-Асатуров // Наука-практике. - М., 1998. - С.103.
- Белоклицкая Г.Ф. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированной фармакотерапии генерализованного пародонтита (клинико-лабораторные исследования): дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Белоклицкая Галина Федоровна. - Одесса, 1996. - 375 с.
- Грудянов А. И. Особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта и врачебной тактики при сахарном диабете (обзор) / А. И. Грудянов, О. А. Фролова // Пародонтология. - 2002. - №3 (24). - С. 24-29.
- Грудянов А.И. Идиопатические поражения пародонта с прогрессирующим лизисом кости / А.И. Грудянов, И.В. Безрукова // Пародонтология. - 2000. - № 4(18). - С. 19-22.
- Гублер Е.В. Математические методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. - Л.: Медицина, 1978. - 294 с.
- Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. - К., 2000. - С. 21-45, 112-171.
- Драгомирецкая М.С. Этиотропное лечение при генерализованных заболеваниях тканей пародонта (Фаза I) // Материалы 47-й междунар. спец. выставки. - К., 2009. - С. 23-24.
- Комплексное изучение механизмов развития хронического воспаления при пародонтите / Иванюшко Т.П., Ганковская Л.В., Ковальчук Л.В. [и др.] // Стоматология. - 2000. - № 4. - С. 12-16.
- Ковальчук Л.В. Роль цитокинов в механизмах развития хронического воспаления в тканях пародонта / Л.В. Ковальчук, Л.В. Ганковская, М.А. Рогова // Иммунология. - 2000. - № 6. - С.24-27.
- Мазур И.П. Костная система и заболевания пародонта / И.П. Мазур, В.В. Поворознюк // Современная стоматология. - 2002. - № 2. - С. 27-32.
- Мащенко И.С. Пути формирования вторичного иммунодефицитного состояния у больных генерализованным пародонтитом / И.С. Мащенко, А.В. Самойленко // Современная стоматология. - 2002. - № 3. - С. 49-51.
- Мельников О.Ф. Клинико-иммунологические параллели при пародонтите и заболеваниях верхних дыхательных путей / О.Ф. Мельников, В.И. Шматко, В.В. Кишук // Современная стоматология. - 2007. - № 3. - С.31-34.
- Деньга О.В. Экспериментальное обоснование коррекции прооксидантно-антиоксидантного статуса у крыс при пародонтите / О.В. Деньга, С.В. Степанова, А.П. Левицкий // Вісник стоматології. - 2007. - № 2. - С. 10-15.
- Профит У. Современная ортодонтия / У. Профит. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 560 с.
- Савичук Н.О. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции / Н.О. Савичук, А.В. Савичук // Современная стоматология. - 2002. - № 4. - С. 9-12.
- Центнер А. Стабильность и рецидив фронтального сегмента зубной дуги нижней челюсти (часть 2) / А. Центнер, Г. П. Леоненко // Сучасна ортодонтия. - 2006. - № 3. - С. 19-22.
- Цепов Л.М. Нерешенные вопросы этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // Пародонтология. - 2001. - №1-2. - С.28-31.
- 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. - 172 с.
- Шаповалов В.Д. Апоптоз и ультраструктурные изменения плазматических клеток собственно слизистой оболочки десны больных пародонтитом / В.Д. Шаповалов, П.М. Михалева // Иммунология. - 2002. - № 2. - С. 83-87
- Simmons P. Quantitation of plasma proteins in low concentrations using RID / Simmons P. // Clin.Chim.Acta. - 1971. - В.35. - P.52-57.
- Foreman J.C. Клетки, участвующие в воспалении: руководство по иммунофармакологии; под ред. M.Dale, J. Foreman; пер. англ. - М.: Медицина, 1998. - С.226-235.
- Шинкевич В.І. Характеристика імунних клітин слизової оболонки ясен при хронічному генералізованому пародонтиті відповідно ступенів тяжкості / В.І. Шинкевич, І.П. Кайдашев // Імунологія & алергологія. - 2004. - № 4. - С. 15-20.
- Straka M. Destrakcia parodontalnych tkaniv / Straka M. // Cast 4.- Parodontologia. - 2000. - Новое в стоматологии. - 2002. - № 8. - С.20-28.

**Стаття надійшла
15.05.2015 р.**

Резюме

Лечение 27 взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями на фоне заболеваний пародонта показало увеличение на 30-50% запланированного времени ортодонтического лечения в сравнении с результатами у 31 пациента без воспалительных проявлений в пародонте. Клинические и дополнительные исследования засвидетельствовали, что ортодонтическая составная позволяет устранить местные причины и воспалительные процессы в пародонте, а также привести к стабилизации уровня костной ткани и прекращению резорбции. Для повышения эффективности ортодонтического лечения у таких пациентов его алгоритм следует проводить двухэтапно с использованием съемной и несъемной аппаратуры или одноэтапно с одновременным ее комбинированием.

Следовательно, ортодонтическая составляющая комплексного лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями на фоне воспалительных заболеваний пародонта позволяет устранить 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: зубочелюстные аномалии, заболевания тканей пародонта, ортодонтическое лечение взрослых пациентов.

Резюме

Лікування дорослих пацієнтів із зубощелепними аномаліями та деформаціями з перебігом на тлі захворювань пародонта показало збільшення на 30-50% запланованого часу ортодонтичного лікування порівняно з результатами в пацієнтів без запальних проявів у пародонті. Клінічні та рентгенологічні результати показали, що ортодонтичні заходи дозволяють усунути місцеві причини та запальні процеси в тканинах пародонта, а також викликати стабілізацію кісткової тканини і припинення резорбції.

Для підвищення ефективності лікування таких пацієнтів ортодонтичні заходи доцільно проводити двохетапно з використанням знімної та незнімної апаратури або одноетапно з одночасним її поєднанням.

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

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

UDC 616·314+616·716·8]-00724-085+616·314·17-02

ORTHODONTIC TREATMENT OF ADULT PATIENTS MALOCCLUSION WITH INFLAMMATORY PERIODONTAL DISEASES

Dr. Olesya Saranchuk, PhD

PHEI "Kyiv Medical University UAFM"

The Department of Orthopedic and Orthodontic Dentistry

Summary

The result of the survey 27 adult patients with malocclusion and periodontal diseases showed an increase of 30-50% of the time of orthodontic treatment.

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

For a comprehensive treatment the following scheme was used:

- Therapeutic treatment: included dental health, professional hygiene, skills training in hygiene and patient transfer gum disease in remission;
- Orthodontic treatment, which consisted of the use of removable and fixed appliances;
- Periodontal treatment - conducting professional oral hygiene during each visit to the orthodontist, vector therapy.

The goal of orthodontic treatment was:

- removal of plaque accumulation retention points;
- redress some teeth to eliminate their functional overload;
- stimulation of trophic periodontal tissues;
- creation of functional, sustainable, aesthetic occlusion;
- improving periodontal condition by stimulating reparative processes in bone tissue;
- normalization of function of TMJ and muscles.

In some cases, removable orthodontic appliances performed served as of partial dentures. This appliances-

prosthetic allowed to carry orthodontic correction allowed to conduct simultaneous replacement dentition defect. Is especially important for adult patients. Activation removable appliances in patients of group 1 was performed 3-5 days, group 2 - every 7-8 days before going to bed, fixed in the 1st group - every 3-4 weeks, in the 2nd - every 6-8 weeks. With that control reviews of patients in group 2 were carried out every 2-4 weeks.

As stationary appliances in both groups used ceramic braces or hipoalergenic nickel free metal alloy. Treatment self-ligation a permanent appliances carried out using small forces in the arcs shape memory, starting with .012 ". Changes arcs performed in group 1 was performed every 2-3 months, patients in group 2 not more than 1 time 3-5 months.

Duration of treatment in patients of group 1 up 20-22 months in group 2 ranged within 28-33 months.

Radiographically in patients of group 1 is only periodontal alteration. In group 2 defined stabilization and suspension of bone resorption.

Retention period for the patients of group 1 5-7 years with the use of non-removable retainer in group 2 - retention for life, a combination of fixed and removable retainer retention cap which patients used during sleep.

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 a two-stage using removable and stationary equipment or its one-step combinations.

So, 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.