

В.О. Дрок

Віддаленні результати лікування зубощелепних аномалій у пацієнтів, хворих на сколіоз

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

Мета: розробити раціональну методику лікування зубощелепних аномалій, спрямовану на досягнення стабільності результатів ортодонтичного лікування, залежно від щільності кісткової тканини у хворих на сколіоз.

Пацієнти та методи. Проведено лікування зубощелепних аномалій у дітей, які страждають на сколіоз різної локалізації та різного ступеня тяжкості з ознаками остеопенічного синдрому.

Пацієнти розділені на чотири групи по 24 дитини – три основні та одну порівняння. Розроблений та застосований метод медикаментозної корекції остеопенічних станів альвеолярного відростка.

Результати. Проведено ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій у дітей, які страждають на сколіоз різної локалізації та різного ступеня тяжкості. У пацієнтів зі сколіозом спостерігаються ознаки остеопенічного синдрому.

Висновки. Розроблений лікувально-профілактичний комплекс показав високу ефективність, що відзначалося відсутністю рецидивів зубощелепних аномалій у ретенційний період ортодонтичного лікування.

Ключові слова: сколіоз, остеопенічний синдром, захворювання пародонту, рецидиви.

Вступ

Зубощелепні аномалії набули значну поширеність серед населення. За даними різних авторів цей показник становить від 35,4 до 74,9 % і має тенденцію до зростання [1, 2]. Розповсюдженість зубощелепних аномалій в значній мірі зростає при соматичній патології, знаходячись в прямій залежності від ступеня компенсації захворювання внутрішніх органів і систем [3, 4, 5, 6]. Серед загальносоматичних захворювань дітей набув поширеності сколіоз – за даними різних авторів його поширеність становить від 5,7 до 60 % [7, 8]. При сколіозі часто спостерігаються ознаки остеопенії [9, 10] і диспластичних процесів у сполучній тканині [11, 12]. Ортодонтичне лікування таких пацієнтів має вплив на кісткову тканину з ознаками патологічних змін. Відомо, що перебудова тканин ослабленого пародонту при ортодонтичному лікуванні відрізняється від тієї, що спостерігається при інтактному пародонті, тому, що різко виражена резорбція внутрішніх поверхонь альвеолярних лунок та недостатнє компенсаторне нашарування нової кістки в ретенційний період. У таких пацієнтів важливе не тільки досягнення позитивних результатів лікування зубощелепних аномалій, а і збереження досягнутих результатів. Тому у ретенційний період ортодонтичного лікування поряд з використанням різних конструкцій ретенційних апаратів необхідно призначення препаратів та фізіотерапевтичних методів, які підвищують адаптаційні можливості організму та сприяють репаративному остеогенезу.

Мета дослідження – розробити раціональну методику лікування зубощелепних аномалій, спрямовану на досягнення стабільності результатів ортодонтичного лікування, залежно від щільності кісткової тканини у хворих на сколіоз.

Матеріали й методи дослідження

Для досягнення поставленої мети були обстежені 96 пацієнтів віком від 12 до 17-ти років, які звернулись по ортодонтичну допомогу. Усі обстежені пацієнти лікувалися із приводу скупченості зубів. При вивченні

діагностичних моделей щелеп визначали аномалії розмірів зубів і зубних рядів, розташування зубів, форми зубних рядів. Виявляли порушення співвідношення зубних рядів у трьох взаємно перпендикулярних напрямках. Було сформовано чотири групи.

Перша група (порівняння) – 24 практично здорових пацієнти. Друга група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 3 хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Усі вони отримували традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота.

Третя група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 4 хворих, II – 4 хворих, I – 16 хворих). Окрім вищезгаданого лікування, перед ортодонтичним лікуванням пацієнти отримували аплікацію гелю холісала на ясенний край, при наявності функціональних порушень проводилася міогімнастика, після лікування призначався препарат «Кальцій-D3 Нікомед».

Четверта група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 3 хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Перед ортодонтичним лікуванням ці пацієнти отримували ультрафонофорез гелю холісала на ясенний край, при наявності функціональних порушень для міогімнастики використовувався запропонований нами апарат, після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0,25 мг по одній таблетці два рази на день після їжі, потім вживання препарату «Кальцій-D3 Нікомед» по одній таблетці два рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез 5 % масляним розчином токоферола ацетата, який проводять по чергово з опроміненням ділянки альвеолярного відростка світлом гелій-неонового лазера.

Більшість пацієнтів (83 особи – 86,5±3,5 %) мали звуження зубних рядів першого ступеня, у решти – 13-ти (13,5±3,5 %) пацієнтів спостерігалось звуження зубних рядів другого ступеня. Слід відзначити, що виділені чотири групи пацієнтів були порівняними за віком ($p > 0,10$), статтю ($p > 0,30$), ступенем звуження

зубних рядів ($p > 0,60$), а групи хворих зі сколіозом – за ступенем сколіозу ($p > 0,80$). Всім пацієнтам проводилося ортодонтичне лікування скученості зубів за допомогою незнімної апаратури, а саме, брекет-систем. В ретенційному періоді використовували знімні ретенційні апарати.

Результати дослідження та їх обговорення

Обстежені пацієнти лікувалися із приводу скученості зубів. Усі виділені чотири групи пацієнтів були порівняними за ступенем звуження зубних рядів ($p > 0,60$). Водночас тривалість ортодонтичного лікування була істотно ($p < 0,001$) менше в пацієнтів, хворих на сколіоз.

За даними множинного кореляційно-регресійного аналізу встановлено, що показник тривалості ортодонтичного лікування мав пряму високу кореляційну залежність зі ступенем звуження зубних рядів (коефіцієнт парціальної кореляції $r = 0,91$; $p < 0,001$) і зворотну кореляцію зі ступенем сколіозу ($r = 0,76$; $p < 0,001$). Останній факт може свідчити про зниження щільності кісткової тканини у хворих на сколіоз, що загрожує розвитком рецидивів зубощелепних аномалій.

Віддалені результати лікування оцінювалися через 12 місяців після закінчення ретенційного періоду ортодонтичного лікування. На прохання з'явитися на обстеження в силу різних обставин відгукнулись не всі пацієнти – 74 особи із 96 пролікованих раніше (77,1 %). Серед пацієнтів першої групи рецидивів зубощелепних аномалій не спостерігалися. У пацієнтів другої групи

часткові рецидиви зубощелепних аномалій спостерігалися у 4 осіб (22,2±9,8). У пацієнтів третьої групи рецидиви зубощелепних аномалій спостерігалися в 11,8±7,8 % випадків (дві особи). У пацієнтів четвертої групи рецидивів зубощелепних аномалій не виявлено, рецидив гінгівіту мав місце лише у 2-х осіб (10,5±7,0). Оцінюючи віддалені результати, можна сказати, що рецидиви зубощелепних аномалій не виникали у практично здорових пацієнтів і пацієнтів зі сколіозом із четвертої групи, що свідчить про ефективність запропонованої схеми лікування. У пацієнтів другої групи кількість рецидивів зубощелепних аномалій була достовірно вище, ніж у пацієнтів першої й четвертої груп ($p < 0,05$ за двостороннім критерієм Фішера), що може свідчити про недосконалість процесів ремоделювання кісткової тканини у пацієнтів другої групи. Третя група займала проміжне положення між всіма групами ($p > 0,20$ при всіх порівняннях з іншими групами).

Висновки

Розроблений поетапний алгоритм лікування зубощелепних аномалій у пацієнтів зі сколіозом, яке доповнює ортодонтичне лікування застосуванням ультрафонофорезу гелю «Холісал», в ретенційний період – «Бурштинову кислоту з вітаміном С» упродовж місяця, а потім «Кальцій-Д3 Нікомед» у поєднанні з ультрафонофорезом вітаміну Е та лазеротерапією, показав високу ефективність, про що свідчить відсутність рецидивів зубощелепних аномалій у віддаленні строки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО «МИА», 2010. – 592 с.
2. Чухрай Н.Л. Потребность в ортодонтичном лечении детей Львовской области / Н.Л. Чухрай, Е.В. Безвушко // Украинский стоматологический альманах. – 2007. – № 2. – С. 48–51.
3. Галкина О.П. Особенности состояния зубочелюстной системы у подростков со сколиозом / О.П. Галкина, Е.И. Журочко // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 79–80.
4. Перова Е. Г. Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушением опорно-двигательного аппарата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Стоматология» / Е.Г. Перова. – Омск, 2000. – 25 с.
5. Руденко М.М. Особливості стану зубощелепної системи у школярів з патологією опорно-рухового апарату / М.М. Руденко, С.В. Радочкіна, О.М. Ославський та ін. // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 1 (63). – С. 27–30.
6. Сегал М.М. Розповсюдженість та взаємозв'язок зубощелепних деформацій із супутньою функціональною патологією / М. М. Сегал // Вісник стоматології. – 2003. –

№2. – С. 62–64.

7. Казьмин А.И. Сколиоз / А.И. Казьмин, И.И. Кон, В.Е. Беленький. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
8. Чаклин В.Д. Сколиозы и кифозы / В.Д. Чаклин, Е.А. Абальмасова. – М.: Медицина. – 1973. – 256 с.
9. Ермак Т.А. Остеопеничный синдром у детей, хворих на ідеопатичний сколіоз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, спеціальність 14.01.10 «Педіатрія» / Т.А. Ермак. – Харків. – 2001. – 20 с.
10. Шевченко С.Д. Изменения минеральной плотности костной ткани и биохимических показателей у детей, больных сколиозом / С.Д. Шевченко, Т.А. Ермак // Проблемы остеологии. – 1999. – Т.2, № 2. – С. 28–29.
11. Шевченко С.Д. Остеопения у больных сколиозом детей / С.Д. Шевченко, Т.А. Ермак // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – № 4. – С. 71–74.
12. Голованова Н.Ю. Минеральная плотность костной ткани при системных заболеваниях соединительной ткани у детей / Н.Ю. Голованова // Российский педиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 4–10.

Отдаленные результаты лечения зубочелюстных аномалий у пациентов со сколиозом

В.А. Дрок

Цель: разработать рациональную методику лечения заболеваний пародонта, направленную на сокращение рецидивов, в зависимости от состояния костной ткани у больных сколиозом.

Пациенты и методы. Проведено лечение зубочелюстных аномалий и заболеваний пародонта у детей, страдающих сколиозом различной локализации и степени тяжести с признаками остеопенического синдрома.

Пациенты были разделены на четыре группы по 24 ребенка – три основных и группу сравнения. Разработан и применен метод медикаментозной коррекции остеопенических состояний альвеолярного отростка.

Результаты. Проведено ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий у детей, страдающих сколиозом различной локализации и степени тяжести. У пациентов со сколиозом наблюдаются признаки остеопенического синдрома.

Выводы. Разработанный лечебно-профилактический комплекс показал высокую эффективность, что выражалось в отсутствии рецидивов зубочелюстных аномалий в ретенционный период ортодонтического лечения.

Ключевые слова: сколиоз, зубочелюстные аномалии, рецидивы, ретенционный период.

Long-term results of treatment of dentofacial anomalies in patients with scoliosis

V. Drok

Purpose: develop a rational method of treatment of periodontal disease, aimed at reducing recurrence, depending on the condition of the bone tissue in patients with scoliosis.

Patients and methods. The treatment of dentofacial anomalies and periodontal disease in children with scoliosis different localization and severity of symptoms with osteopenic syndrome.

The patients were divided into four groups of 24 children – three of the main and the comparison group. Develop and apply a method of drug correction of osteopenic states of the alveolar process.

Results. A orthodontic treatment of dentofacial anomalies in children with scoliosis different localization and severity. In patients with scoliosis, there are signs of osteopenic syndrome.

Conclusions. We have developed therapeutic and preventive complex showed high efficiency, which was reflected in the absence of recurrence of dentoalveolar anomalies in retention period of orthodontic treatment.

Key words: scoliosis, abnormalities of teeth and jaws, scoliosis, osteopenic syndrome, retention period.

Дрок Вікторія Олександрівна – асистент кафедри стоматології факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ».

Адреса: 50007, м. Кривий Ріг, вул. Іллічівська, 74, кв. 391.

Тел.: (0564) 74 97 50.

E-mail: drokviktoriya@ya.ru.

VITAPLANT®

ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



Знання, доступні всім.
Технології, доступні кожному.



(061) 212-22-03
(067) 611-04-50
(097) 784-00-76

www.vitaplant.pro
mail@vitaplant.pro

69035, г.Запоріжжє, ул.40 лет Сов.Украины, 76а, офіс 3