

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Ф.С. АЮПОВА, 2013

УДК 616.314-007.1-053.2-089.23

Ф.С. Аюпова

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ БОКОВЫХ ЗУБОВ

ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России, 350063, Краснодар

Для совершенствования контроля расположения постоянных боковых зубов и коррекции их прорезывания изучены результаты лечения 52 детей 7–8 ($n = 24$) и 12–14 ($n = 28$) лет. У большинства (66,67%) детей 7–8 лет на момент обращения были удалены временные первые моляры, у 25% – клыки и первые моляры, у 8,33% – вторые моляры. У 10,71% детей 12-летнего возраста сохранились временные вторые моляры. Ранняя потеря временных боковых зубов и задержка временных зубов в дуге приводили к аномалии расположения и затрудненному прорезыванию постоянных зубов, деформации зубной дуги на стороне дефекта, нарушению окклюзии. Сочетание зубочелюстных аномалий, вариантов последовательности прорезывания клыков и премоляров требовало создания индивидуализированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом периода формирования прикуса. Эффективность лечения зависела от своевременности его начала, сложности патологии, активности сотрудничества врача и пациента.

Ключевые слова: аномалии прорезывания зубов, зубочелюстные аномалии, тактика лечения

F.S. Ayupova

THE MANAGEMENT TREATMENT OF CHILDREN WITH ANOMALIES OF DENTITION LATERAL PERMANENT TEETH

Kuban Medical State University Health and Social Development of Russia

To improve the control of lateral permanent teeth dentition and their subsequent malocclusion correction the treatment results of 52 children in the age of 7-8 (24 children) and 12-14 (28 children) have been studied. In the majority of cases children of 7-8 years old (66,67%) had primary first molars extracted, 25% - canines and first molars, 8,33% - second molars. The second molars were saved in 10,71% of twelve-year-old children. The earlier loss of lateral primary teeth and delay of primary teeth in the dental arch led to position anomalies and complicated dentition of permanent teeth, deformations of dental arch on the defective side, occlusion imbalances. The combination of teethmaxillary anomaly, sequence variants of canines and premolars dentition requires individualized complex of medical-diagnostic procedures with due regard for occlusion forming period. Treatment effectiveness depends on its timeliness beginning, difficulty of anomalies, doctor-patient collaboration.

Key words: dentition anomalies, teethmaxillary anomalies, management treatment

Актуальность. Мезиальное смещение постоянных боковых зубов, конвергенция коронковых частей первых моляров и первых премоляров приводит к укорочению зубных дуг, затрудненному прорезыванию вторых премоляров, смещению клыков и вторых премоляров в вестибулооральном направлении. Тесное расположение и язычный наклон резцов способствуют развитию глубокого резцового перекрытия. Нарушаются окклюзионные контакты. Сочетание зубочелюстных аномалий усложняет возможности устранения патологии. По плану лечения нередко удаляют постоянные зубы [1–7]. Одной из причин аномального расположения постоянных зубов считают нарушение сроков, парности и последовательности прорезывания. Нормой принята последовательность прорезывания премоляров и клыков на верхней челюсти: первый премоляр, второй премоляр, клык, на нижней: первый премоляр, клык, второй премоляр [2, 8, 9].

Цель исследования – совершенствование контроля расположения постоянных боковых зубов и коррекции их прорезывания.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения 52 детей, обратившихся с жалобами на аномалии расположения постоянных зубов, в возрасте 7–8 ($n = 24$) и 12–14 ($n = 28$) лет. Всем пациентам сделаны фото лица, орто-

пантомография, сняты слепки и отлиты диагностические модели челюстей до начала и у части детей повторно в процессе лечения. Фотометрия лица выполнена в проекциях анфас и профиль. Измерения на моделях челюстей выполнены по общепринятым методам Pont, Tonn, Korkhaus, изучена симметричность зубных дуг. Вид окклюзии, расположение и контакты зубов-антагонистов определяли по критериям Н. Angle и L. Endreus. Результаты внесены в соответствующие протоколы. Динамика лечения описана в Медицинской карте стоматологического больного (043-У).

Результаты исследования. Из 28 детей в возрасте 12–14 лет у 25 была завершена смена зубов, у 3 (10,71%) детей 12-летнего возраста сохранились временные вторые моляры. Результаты фотометрии лица показали отклонения от нормы, характерные для выявленных аномалий окклюзии. На снимках, сделанных при улыбке, отражены эстетические нарушения, явившиеся причиной обращения. Измерения моделей челюстей выявили нарушения размеров, симметричности зубных дуг, которые сопровождались тесным расположением, тортопозицией отдельных зубов.

Пациенты в возрасте 7–8 лет ($n = 24$) имели смешанный прикус, у 4 присутствовали в дуге все временные клыки и моляры, у остальных выявлена ранняя потеря временных первых моляров



Рис. 1. Диагностические модели челюстей З.Е., 12 лет, до лечения.

а – вид справа, *б* – вид спереди, *в* – вид слева.

(66,67%), клыков и первых моляров (25%), вторых моляров (8,33%). Раннее удаление временных боковых зубов приводило к укорочению зубной дуги на стороне дефекта, аномалии прорезывания постоянных зубов. Сложное сочетание разных проявлений зубочелюстных аномалий требовало создания для каждого клинического случая индивидуализированного комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Клинический пример 1.

Пациентка З. Е., 12 лет, обратилась с жалобами на неправильное расположение верхних клыков. Анамнез: верхние первые премоляры и клыки прорезались в нормальной последовательности.

Осмотр лица: физиологическая асимметрия, профиль прямой, высота средней и нижней трети лица пропорциональна, в покое губы не сомкнуты, при смыкании определяется симптом «наперстка».

Осмотр преддверия и полости рта: слизистая оболочка бледно-розовая, увлажнена, уздечка языка и губ достаточной протяженности, прикреплены правильно. Прорезались все постоянные первые моляры, резцы, клыки и первые премоляры, вторые нижние премоляры, неполное прорезывание нижних постоянных вторых моляров. Зубы интактны. Временные верхние вторые моляры неподвижны. Верхние клыки в супраокклюзии и вестибулопозиции. Соотношение первых моляров по II классу Энгля, бугорковый контакт боковых зубов (рис. 1). На ортопантограмме челюстей выявлены зачатки верхних вторых пре-

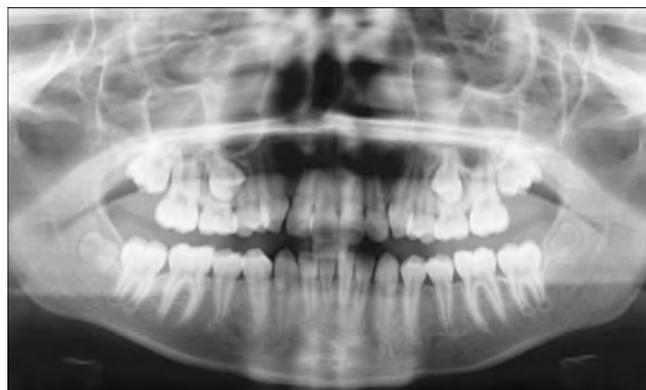


Рис. 2. Ортопантограмма челюстей З.Е., 12 лет, до лечения.

моляров, продольные оси которых наклонены к срединной линии (рис. 2).

На основании результатов основных и дополнительных методов исследования сформулирован диагноз: дистальная окклюзия; зубоальвеолярная форма; укорочение боковых сегментов верхнего зубного ряда, мезиальное смещение постоянных первых премоляров и первых моляров; супраокклюзия и вестибулопозиция верхних постоянных клыков.

Рекомендовано комплексное лечение:

1. Хирургическое вмешательство: удаление верхних временных вторых моляров.
2. Ортодонтическое аппаратурное лечение: диста-



Рис. 3. Диагностические модели челюстей З.Е., 13 лет, после лечения.

а – вид справа, *б* – вид спереди, *в* – вид слева.

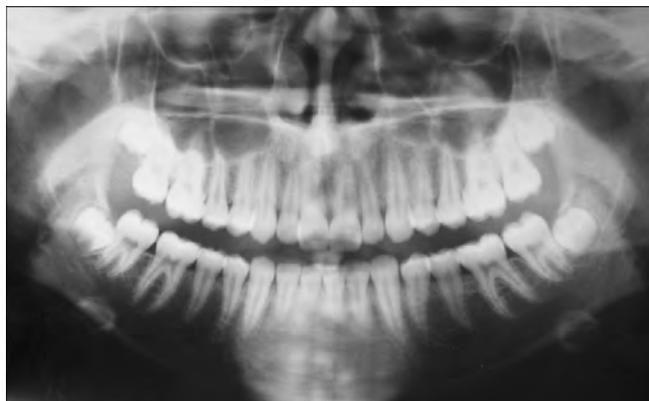


Рис. 4. Ортопантомограмма челюстей З.Е., 15 лет, через 2 года после лечения.

лизация верхних первых премоляров и моляров, перемещение клыков в зубной ряд при помощи съемного устройства с винтами, пружинящими элементами и кламмерной фиксации.

3. Миогимнастика для нормализации смыкания губ.

4. Ретенционный период в течение одного года.

5. Диспансерное наблюдение 1 раз в год до завершения формирования постоянного прикуса.

Анализ диагностических моделей челюстей (рис. 3) демонстрирует положительный результат лечения. Пациентка находилась под диспансерным наблюдением в течение 2 лет после завершения лечения. Результат ортодонтического лечения сохранен. На повторной ортопантомограмме (рис. 4) расположение зубов соответствует норме, определяются зачатки третьих постоянных моляров. Предложено диспансерное наблюдение 1 раз в год до завершения формирования постоянного прикуса.

Клинический пример 2.

Пациент Р.А. обратился к ортодонту в возрасте 8 лет с жалобами на тесное положение резцов. Сделаны фото лица, ортопантомография, сняты слепки и отлиты диагностические модели челюстей до начала и в процессе лечения. Состояние зубов оценено методом ортопантомографии. Ортодонтическое лечение начато с расширения зубных дуг съемными аппаратами с расширяющим винтом. После частичной коррекции расположения постоянных резцов лечение продолжено съемными аппаратами. Дистализировали первые постоянные моляры, раскручивая винты на 1/4 оборота 2–3 раза в неделю. Через 1 мес установили эластические тяги к пружинам для дистализации первых премоляров. Осмотр 1 раз в месяц позволил контролировать процесс перемещения зубов и при необходимости изменять режим использования винтов, эластической тяги, выполнять коррекцию базиса и элементов устройства. Было создано достаточно места для прорезывания клыков и вторых премоляров, однако тесное расположение резцов сохранялось. Лечение было продолжено съемными пластиночными конструкциями с расширяющим винтом, который активировали еженедельно на 1/4 оборота. Посещения один раз в 1,5–2 мес позволили контролировать состояние устройств и динамику прорезывания зубов. Верхние премоляры и клыки прорезывались правильно, а нижние первые премоляры – мезиальнее, ограничив возможность прорезывания клыков в дугу. Нижние временные вторые моляры были неподвижными, на ортопантомограмме определялся мезиальный наклон нижних вторых премоляров. Пациенту предложено удалить нижние временные вторые моляры и пользоваться устройством, предупреждающим смещение нижних первых моляров в мезиальном направлении и отклоняющим их коронки дистально. Нижние премоляры и клыки проре-

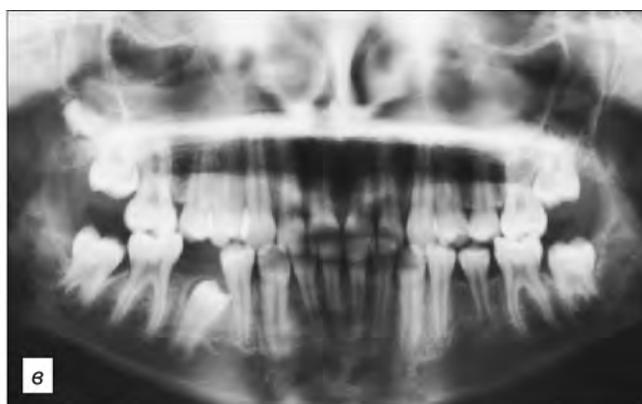
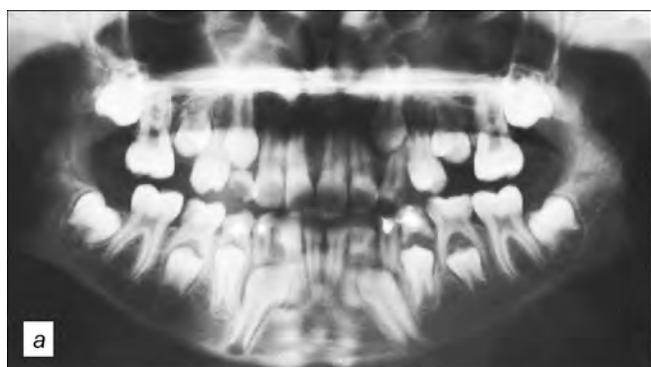


Рис. 5. Ортопантомограммы пациента Р.А. в возрасте 9 лет (а), 12 лет (б), 15 лет (е).

зались правильно, кроме правого нижнего второго премоляра. При изучении ортопантограммы установлен чрезмерный наклон зуба в мезиальном направлении, что подтверждало невозможность его самостоятельного прорезывания. По этой причине хирургическим вмешательством коронка была обнажена и на нее фиксировали кнопку, позволяющую применить эластическую тягу с опорой на полудугу съемного пластинчатого устройства для изменения наклона зуба. Нормализация наклона премоляра привела к успешному его прорезыванию. Положительный результат лечения подтверждают ортопантограммы (рис. 5).

Выводы

1. Алгоритм ортодонтического лечения аномалий расположения боковых зубов зависит от варианта последовательности прорезывания клыков и премоляров и периода формирования прикуса на момент обращения пациента.

2. Эффективность применения съемных ортодонтических аппаратов для коррекции расположения постоянных боковых зубов обусловлена своевременностью начала лечения и активного сотрудничества врача и пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосейко Р.А. Объективный выбор аппарата для нормализации положения моляров верхней челюсти у пациентов с дистальной окклюзией 9–14 лет. Дис. М.; 2005.
2. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. 5-е изд. М.: Медицина; 2003.
3. Пылева Н.В. Анализ эффективности дистального перемещения зубов различными методами. Дис. М.; 2010.
4. Саблина Г.И., Павлова И.А., Васильев В.Г. Способ дистального удлинения зубных рядов. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 1997; 1: 93–4.

5. Соколова Н.М., Саблина Г.И. Результаты лечения аномалий прорезывания и положения клыков верхней челюсти. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 1997; 1: 64–7.
6. Холстинина Е. А. Клинико-рентгенологическая характеристика супрааномалии клыков: этиопатогенез, клиника, лечение. Дис. Пермь; 2006.
7. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. М.: Медицина; 2009.
8. Алимский А.В. Механизм прорезывания постоянных зубов и причины формирования аномалий зубочелюстной системы. Стоматология. 2000; 3: 51–2.
9. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П., ред. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
10. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М.; 2006.

REFERENCES

1. Moseiko R.A. Objective selection of the apparatus for the normalization of the situation of molar teeth of the upper jaw in patients with distal occlusion of 9–14 years. Diss. kand. honey. Sciences. M.; 2005 (in Russian).
2. Persin L.S., Elizarov A.M., Dzyakova S.V. Stomatology of children's age. Ed. 5-e. M.: Medicine; 2003 (in Russian).
3. Pyleva N.V. Analysis of the effectiveness of the distal move teeth different methods: Diss. kand. honey. M.: Sciences; 2010 (in Russian).
4. Sablina G.I., Pavlova I.A., Vasiliev V.G. The Way the distal lengthening of dental rows. Bulletin of the East-Siberian scientific center of the Siberian branch of the Russian Academy of honey. Sciences. 1997; 1: 93–4 (in Russian).
5. Sokolova N.M., Sablina G.I. Results of treatment of anomalies of the eruption and the provisions of the tusks of the upper jaw. Bulletin of the East-Siberian scientific center of the Siberian branch of the Russian Academy of honey. Sciences. 1997; 1: 64–7 (in Russian).
6. Kholstinina E.A. Clinical and radiological characteristics супрааномалии canines: etiopathogenesis, clinical presentation, treatment: Diss. ... Cand. honey. Sciences. Perm; 2006 (in Russian).
7. Khoroshilkina F.Ya. Orthodontics. M.: Medicine; 2009 (in Russian).
8. Alimskiy A.V. The mechanism of the eruption of the permanent teeth and causes of the formation of the anomalies of the dental system. Dentistry. 2000; 3: 51–2 (in Russian).
9. Children's therapeutic stomatology. A national guide. Ed. Leontiev V.K., Kiselnikova L.P. M.: GEOTAR-Media; 2010 (in Russian).
10. Leontiev V.K., Pakhomov G.N. Prophylaxis dental diseases. M.; 2006 (in Russian).

Поступила 22.07.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 615.281.03: 616.314.17-002-022].036.8

Е.А. Волков¹, В.В. Никитин², Г.С. Паикова¹, К.Е. Исаджанян¹, В.М. Попова³, Е.Л. Жиленков³

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВА НА ОСНОВЕ БАКТЕРИОФАГОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

¹ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ, 127473, Москва; ²ООО «Клиника Боско», 119049, Москва; ³ООО «НПЦ «Микромир», 197031, Москва

Эффективное лечение пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями пародонта, как правило, включает медикаментозное воздействие на пародонтопатогенные бактерии как основного этиологического фактора в развитии гингивита и пародонтита путем местного и общего применения антибиотиков.

В настоящей работе изучена эффективность нового отечественного стоматологического средства для местного применения Фагодент в виде геля на основе бактериофагов в комплексном лечении хронического катарального гингивита, гипертрофического гингивита, хронического пародонтита. В исследование (до 3 мес наблюдения) включено 172 человека 35–50 лет, обратившихся с целью профилактического осмотра, проведения профессиональной гигиены полости рта, а также за пародонтологическим лечением.

Для изучения антибактериальной активности геля Фагодент параллельно с регистрацией клинических признаков воспаления проводили спот-тестирование на бактериальном газоне, выращенном из содержимого патологических очагов. Результаты исследования показали, что применение стоматологического средства на основе бактериофагов в комплексном лечении инфекционно-воспалительных заболеваний пародонта может существенно улучшить качество лечения, ускорить купирование воспалительных процессов, сократить сроки репарации и снизить вероятность осложнений проводимых манипуляций.

Ключевые слова: болезни пародонта, комплексное лечение, пародонтопатогены, бактериофаги, спот-тестирование, клиническое наблюдение