

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ РЕГУЛЯТОРАМИ ФУНКЦИИ

Л. М. Демнер, С. А. Дубивко (Казань), Ю. М. Малыгин, Л. В. Серикова, Ф. Я. Хорошилкина (Москва), Р. Френкель, Ф. Фальк, К. Френкель (Цвикау, ГДР)

Реферат. Проанализированы результаты исправления аномалий прикуса по методу Р. Френкеля у 209 больных в возрасте от 6 до 16 лет. На основании изучения 836 диагностических моделей их челюстей и 254 боковых телерентгенограмм головы, полученных до и после ортодонтического лечения, сделано заключение, что успех терапии обусловлен одновременным устранением морфологических и функциональных нарушений путем применения регуляторов функции I, II и III типов в периодах активного роста челюстей.

С целью определения эффективности лечения регуляторами функций Р. Френкеля были обобщены результаты исправления аномалий прикуса у 209 больных в возрасте от 6 до 16 лет. У 77,4% больных аномалий прикуса в сагитальном направлении сочетались с сужением зубных дуг и у 83,3% — с глубоким фронтальным перекрытием.

При дистальном прикусе (129 чел.) для лечения применялись регуляторы функций I типа, при дистальном блокирующем (37 чел.) — регуляторы II типа, при мезиальном (43 чел.) — регуляторы III типа (у 44 больных были использованы модификации основных типов функциональных регуляторов).

По степени выраженности морфологических и функциональных нарушений и трудности их лечения больные разделены на 4 группы. Средние сроки лечения больных 1-й группы были равны $8,0 \pm 1,6$ мес.; 2-й — $11,6 \pm 1,6$; 3-й — $14,4 \pm 1,3$; 4-й — $20,8 \pm 1,6$ мес.

Изучение диагностических моделей челюстей и статистическая обработка результатов измерений позволили заключить, что под влиянием регуляторов функций I типа верхний зубной ряд расширился в области 4-4 зубов в среднем на 1,74 мм ($P < 0,01$) и в области 6-6 зубов — на 5,4 мм ($P < 0,01$). Большое расширение зубной дуги наблюдалось в участках наибольшего сужения по отношению к индивидуальной норме и средним данным, характерным для ортогнатического прикуса. Одновременно с расширением верхнего зубного ряда при аномалиях II класса I подкласса по Энглю расширялся и его апикальный базис в среднем на 1,73 мм ($P < 0,01$); при аномалиях II класса II подкласса расширение происходило в большей степени за счет вестибулярного отклонения боковых зубов; при аномалиях III класса расширялись зубной ряд и его апикальный базис — в среднем на 2,5 мм ($P < 0,01$).

При лечении аномалий I и II классов по Энглю зубной ряд расширился в области 4-4 зубов в среднем на 1,29 мм ($P < 0,01$), в области 6-6 зубов — на 1,4 мм ($P < 0,01$), в области апикального базиса — на 0,9 мм ($P < 0,01$).

Длину переднего отрезка верхней зубной дуги уменьшали при лечении аномалий II класса I подкласса по Энглю в среднем на 1,27 мм ($P < 0,01$) и увеличивали при лечении аномалий II класса I подкласса на 1,88 мм ($P < 0,01$), а при лечении аномалий III класса — на 2,9 мм ($P < 0,01$).

Эффективность ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий с помощью регуляторов функций была оценена также на основании анализа 254 боковых телерентгенограмм головы, полученных у 93 больных с дистальным прикусом и у 34 больных с мезиальным прикусом до ортодонтического лечения и после его окончания.

В процессе роста челюстей отмечены значительные индивидуальные особенности направления роста и количественного прироста костной ткани. В связи с этим проведен анализ величин 8 параметров, определенных до лечения и после его окончания, и их сравнение с данными нормы (Oc—Se; Oc—Na; Oc—S Pp; Oc—A; Oc—6; Oc—6; Oc—B; Oc—Pg). Всего сделано 2032 измерения.

В результате лечения аномалий II класса I подкласса по Энглю существенными и достоверными были изменения размеров нижней челюсти — рост зубоальвеолярной дуги (Oc—B) и тела (Oc—Pg), в итоге лечения аномалий III класса по Энглю достигнуты существенные и достоверные изменения размеров верхней челюсти — рост зубоальвеолярной дуги (Oc—A) и тела (Oc—SPp).

Данные телерентгенометрического и статического исследований свидетельствуют об эффективности примененного метода Р. Френкеля, позволяющего стимулировать рост недоразвитой и задерживать рост противоположной челюсти. В связи с этим достигаются более устойчивые функциональные, морфологические и эстетические результаты. Однако следует подчеркнуть, что исходы лечения аномалий прикуса зависят от правильного выбора начала лечения, совпадающего с периодом активного роста челюстей и прорезыванием постоянных зубов.

У детей от 3 до 5 лет не наблюдается активного роста тела челюстей, они с трудом осваивают регулятор функции и еще малы, чтобы сознательно относиться к лечению. В этом возрастном периоде показана ортодонтическая профилактика и лечение

с помощью вестибулярных пластинок Крауса, Шенхера. Такая терапия в сочетании с лечебной ортодонтической гимнастикой должна быть направлена в первую очередь на устранение вредных привычек* и функциональных нарушений в зубочелюстной системе. После предварительного пользования вестибулярными пластинками дети в более старшем возрасте быстрее осваивают регулятор функции.

Начинать лечение регулятором функции целесообразно в конечном периоде молочного прикуса, а также в начальном периоде сменного или постоянного прикусов. В это время имеются устойчивые молочные клыки или прорезываются постоянные, на которые опираются проволочные детали аппарата. Отмечается активный рост челюстей, который можно стимулировать в нужном направлении.

При применении регуляторов функции после окончания активного роста челюстей — у девочек в возрасте 13—14 лет и у мальчиков в возрасте 16—17 лет и более — не всегда возможно достигнуть желаемых результатов. Исправление формы зубных дуг происходит без значительного улучшения их соотношений в прикусе. Для устранения функциональных нарушений требуются более длительные сроки, причем не всегда удается ликвидировать их полностью. В процессе пользования регулятором происходит перестройка функции мышц в течение 2—3 месяцев. Однако она не закрепляется в дальнейшем ростом челюсти. Больные с дистальным прикусом могут смыкать зубы при двух положениях нижней челюсти: переднем и заднем. Изучение расположения суставных головок в суставных ямках на томограммах височно-нижнечелюстных суставов свидетельствует, что при смыкании зубных рядов суставные головки находятся в переднем положении на скате суставного бугорка, т. е. в неблагоприятном с физиологической точки зрения положении. При задней окклюзии суставные головки находятся в середине суставных впадин.

При лечении в старшем возрасте целесообразно сочетать применение регуляторов функций с внеротовой тягой, предварительными хирургическими мероприятиями и лечебной ортодонтической гимнастикой. Это позволяет активнее воздействовать на нейромоторные процессы в зубочелюстной системе.

После исправления прикуса регуляторами функции обычно не требуется применения ретенционных аппаратов. Регулятор функции на определенном этапе лечения может рассматриваться как ретенционный аппарат в тот период, когда у больного появилось правильное смыкание боковых зубов.

Частичный рецидив наблюдался у 5,9% больных, у которых были показания к удалению 4±4 зубов, но в связи с отказом родителей эти зубы не были удалены.

Успех лечения по методу Р. Френкеля зависит от одновременного сочетанного устранения морфологических и функциональных нарушений, т. е. от правильного применения регуляторов функции в периодах активного роста костей.

На основании опыта исправления аномалий прикуса функциональным методом Р. Френкеля можно констатировать, что этот метод дает хорошие и устойчивые результаты лечения в периоде активного роста челюстных костей. Наши данные позволяют положительно оценить действие регуляторов функции и рекомендовать этот метод с учетом возрастных показаний для широкой ортодонтической практики.

Поступила 14 декабря 1977 г.

УДК 615.477.2:616.314

ПРИМЕНЕНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ВНУТРЕННИМИ КЛАММЕРАМИ

Канд. мед. наук В. Н. Паршин, Н. В. Смоленцева

Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Двенадцатилетние наблюдения за лицами, у которых применены съемные протезы с внутренними кламмерами, свидетельствуют, что данная конструкция зубных протезов обеспечивает достаточный функциональный результат и хороший косметический эффект.

Поиски новых способов фиксации съемных протезов при дефектах зубного ряда не потеряли актуальности, так как, несмотря на большое разнообразие применяющихся для этих целей кламмеров, почти все они имеют существенные недостатки. В последние годы предложен ряд конструкций кламмерной фиксации, которые особенно часто используются в бюгельном протезировании.

Нами разработана и применяется в течение нескольких лет простая конструкция внутреннего опорно-удерживающего кламмера по В. Н. Паршину, простая в изготовлении, хорошо фиксирующая бюгельные и пластинчатые протезы верхней и нижней челюсти, обеспечивающая правильное распределение жевательного давления и удовлетворительная в эстетическом отношении.