

УДК 616.314—089.23

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

С. А. Дубивко, Т. И. Коваленко

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

Лечение зубочелюстных аномалий нередко затрудняет пациентам выполнение профессиональных обязанностей из-за необходимости пользоваться аппаратами различных конструкций, нарушающих речь и изменяющих лицо, ввиду длительности лечения, частых посещений ортодонтического кабинета для активации и коррекции ортодонтических аппаратов. Поэтому у взрослых пациентов желание лечиться часто не совпадает с их возможностями.

Мы поставили перед собой задачи выявить удельный вес взрослых среди всех пациентов, обращающихся за лечением в ортодонтический кабинет; проанализировать причины, которые побудили пациентов обратиться за ортодонтической помощью; определить частоту отдельных форм зубочелюстных аномалий, по поводу которых обращаются за лечением взрослые; изучить конструкции применяемых ортодонтических аппаратов; установить процент вылеченных пациентов и лиц, прервавших лечение на разных этапах.

Для получения данных, позволяющих решить поставленные задачи, проанализировали истории болезни за 10 последних лет (1971—1980) из архива ортопедического отделения стоматологической поликлиники Казанского медицинского института. Изучены записи 2494 историй болезни. Из них 1314 — взрослых людей в возрасте от 17 до 50 лет и старше, в том числе 250 (19,0%) мужчин и 1064 (81,0%) женщин, которые обращались сами или были направлены врачами-стоматологами, терапевтами, хирургами и ортопедами (табл. 1).

Разновидности зубочелюстных аномалий у взрослых

Таблица 1

Аномалии	Возрастные группы, лет										Всего	
	17—20		21—30		31—40		41—50		50 и старше		муж.	жен.
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.		
Аномалии положения зубов	72	204	24	154	2	21	3	9	0	3	101	481
Дистальный прикус	13	34	8	33	2	3	—	—	—	—	23	70
Мезиальный прикус	33	128	21	88	3	8	—	—	—	—	57	224
Глубокий прикус	13	45	15	50	1	7	2	1	—	—	31	103
Открытый прикус	8	16	1	8	0	1	0	1	—	—	9	26
Перекрестный прикус	1	3	2	4	—	—	—	—	—	—	3	7
Аномалии прикуса, осложненные аномалиями положения зубов	4	33	6	11	0	1	—	—	—	—	10	45
Вторичные деформации зубных рядов	3	15	4	30	5	26	4	27	0	10	16	108
Всего	147	568	81	378	13	67	9	38	0	13	250	1064

1314

Основной причиной обращения за ортодонтической помощью является эстетическая неудовлетворенность. Часть больных была направлена из терапевтического кабинета после безуспешного лечения гингивита и пародонтоза или из ортопедического отделения из-за невозможности рационального протезирования. 715 (54,4%) человек, то есть большинство взрослых пациентов, обратившихся за помощью в ортодонтический кабинет, были в возрасте от 17 до 20 лет, 459 (34,9%) — от 21 до 30 лет,

127 (9,7%) — от 31 до 50 лет и 13 (1,0%) человек — старше 50 лет. Результаты лечения представлены в табл. 2.

Таблица 2

Результаты лечения зубочелюстных аномалий у взрослых

Аномалии	Число больных	Лечение прервано			Лечение закончено	Проведено предварительное хирургическое вмешательство	Ортодонтическое лечение завершено протезированием
		после обследования	после изготовления аппарата	в процессе лечения			
Аномалии положения зубов	582	138	88	107	249	194	58
Дистальный прикус	93	17	10	32	34	31	4
Мезиальный прикус	281	54	46	55	123	28	24
Глубокий прикус	134	20	24	36	54	5	11
Открытый прикус	35	11	7	4	13	4	2
Перекрестный прикус	10	2	1	2	5	—	—
Аномалии прикуса, осложненные аномалиями положения зубов	55	16	9	8	22	11	2
Вторичные деформации зубных рядов	121	18	24	20	62	—	50
Всего	1314	276	209	267	562	273	151
В %		21,0	15,9	20,3	42,8	20,8	11,5

После первой встречи с ортодонтом, обследования, ознакомления с перспективами и сроками лечения 276 пациентов не согласились проводить ортодонтическое лечение. Свой отказ они мотивировали отсутствием времени, страхом перед удалением зубов (если по плану предполагалось хирургическое вмешательство), нежеланием или невозможностью пользоваться ортодонтическими аппаратами из эстетических соображений, нарушений функции речи.

После заполнения амбулаторной истории болезни, составления плана лечения, получения диагностических моделей и изготовления ортодонтических аппаратов 209 пациентов больше не явились. 416 диагностических моделей и более 200 ортодонтических аппаратов остались неиспользованными. Следовательно, чтобы избежать взаимной потери времени и неоправданных экономических затрат лечебного учреждения, необходимы подготовка больных и их тщательный отбор.

После неоднократного посещения кабинета 267 пациентов прервали лечение, не доведя его до конца. Объяснялось это отсутствием времени для посещения врача, изменением жизненных ситуаций, болезнью, потерей аппарата и нежеланием начинать лечение сначала, трудностью привыкания к аппаратам и т. д.

Довели лечение до конца 562 человека. У взрослых при лечении применяли следующие ортодонтические аппараты: коронки Катца, дуги Энгля, каппы и коронки с резиновой тягой, а также пластинки с рукообразными пружинками, с расширяющим винтом, с вестибулярными полудугами, с наклонной плоскостью Катца, с накусочной площадкой Шварца и аппараты Башаровой.

Коронки Катца ставили как единственный аппарат для лечения небного положения зубов или на одном из этапов лечения принужденной прогении. Максимальный срок лечения — 1 мес.

Дугу Энгля применяли при прогнатии, прогении, сужении зубных рядов и аномалиях положения зубов на одном из этапов лечения. Средний срок лечения — 4—5 мес.

Каппы и коронки с вертикальными балочками для мезио-дистального перемещения зубов при помощи резиновой тяги использовали при прогнатии, открытом прикусе, диастеме, аномалии положения зубов. Срок лечения данным аппаратом — в среднем 4—5 мес.

При сужении верхней челюсти и скученности зубов ставили несъемный расширяющий аппарат, состоящий из металлических кап и небного винта из нержавеющей стали с правой и левой резьбой типа винта Норда.

Пластинки с рукообразными пружинками широко применяли при прогнатии (как один из этапов лечения), аномалиях положения зубов (как правило, после удаления отдельных зубов), диастеме. Срок пользования аппаратами — в среднем 3—4 мес.

Пластинки с расширяющим винтом использовали на одном из этапов лечения прогнатии, перекрестного прикуса, при сужении челюстей и скученности зубов. Срок лечения аппаратом — в среднем 7—8 мес.

Пластинку с вестибулярной дугой в основном применяли при пародонтозе, причем вестибулярную дугу изготавливали из проволоки диаметром 0,6 мм. Срок лечения — в среднем 6—8 мес.

В последнее время широко использовали пластинку с упругой полудугой при небном положении клыков и премоляров, супраокклюзии верхних клыков, перекрестном прикусе. Срок лечения данным аппаратом — в среднем 4 мес.

Отличительной особенностью лечения зубочелюстных аномалий у взрослых является необходимость применения амбулаторной хирургической помощи: удаление отдельных зубов, компактоостеотомия, операции на уздечках губ и языка.

Поскольку причинами прерывания лечения в основном являются его продолжительные сроки и нежелание носить аппараты, необходимо направить усилия на разработку более рациональных конструкций для взрослых — удобных для пользования, минимально влияющих на функцию жевания, глотания, речи и на эстетику. Кроме того, следует вести поиски таких методов, которые бы сокращали сроки лечения при достижении оптимальных результатов.

Поступила 21 мая 1982 г.

УДК 616.711.1—002.27—073.75

## РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*И. И. Камалов*

*Казанский НИИ травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки ТАССР и РСФСР проф. У. Я. Богданович)*

Рентгенологическому исследованию шейного остеохондроза посвящено много работ [1—5]. Однако с совершенствованием рентгеновской техники и методики исследования раскрываются и некоторые новые рентгенологические особенности указанной патологии. Поэтому целью настоящей работы являлось выявление рентгенологических особенностей шейного остеохондроза и его последствий.

Проведено комплексное рентгенологическое обследование (многопроекционная и прицельная спондилография, снимки в косой и трехчетвертной проекциях, включая и рентгеноконтрастные, томография) 137 больных (98 мужчин, 39 женщин) в возрасте 30—55 лет с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

По результатам рентгенологического исследования выявлено, что уменьшение высоты межпозвоночного диска (17—20%) не являлось одним из первых рентгенологических признаков шейного остеохондроза, так как становая нагрузка на шейный отдел позвоночника относительно невелика. Первыми на себя принимали нагрузку унковертебральные сочленения шейных позвонков, в результате чего в 60—65% развивались их деформирующие разрастания. Рентгенологически при этом определялось сужение щели унковертебральных сочленений, и одновременно с этим происходило формирование костных разрастаний полудунных отростков, направленных вперед, назад и наружу. Отклонение костных разрастаний наружу хорошо заметно на снимках в задней проекции и на томограммах. На спондилограммах в боковой проекции выявлялась добавочная часть щели между сформированными костными разрастаниями в виде просветления, обрамляющего полудунный отросток, выпуклостью обращенного вверх. Прозрачность этой добавочной щели подчеркивалась уплотнением смежных участков, обусловленным наложением краевых костных разрастаний на нормальную структуру тела позвонка, подробно описанного З. Л. Бродской (1963). Добавочная щель располагалась высоко и достигала почти середины тела вышележащего позвонка за счет оседания последнего книзу, вызванного дегенерацией межпозвоночного диска и гиалинового хряща на уровне унковертебрального сочленения. На снимке, выполненном в  $\frac{3}{4}$  проекции, определялись костные разрастания полудунного отростка, деформирующие передний отдел позвоночного отверстия, что приводило к уменьшению его горизонтального и в незначительной степени вертикального размеров.

Костные разрастания в области переднего отдела межпозвоночного отверстия способствуют возникновению спаек, рубцов вокруг корешков, сдавлению и фиксации последних с клиническим проявлением корешкового болевого синдрома. Создавалось впечатление, что не костные разрастания компримировали корешок, а именно вторичные изменения, вызванные ими, в виде рубцово-спаечного процесса, так как до-