

печивает потребность 40 — 45 человек в год. Направление 100 больных ХНЗЛ в санаторий-профилакторий соответственно равно увеличению условного числа работающих на одном предприятии на 4 круглогодичных рабочих, дополнительной госпитализации 12 — 13 человек и оказанию амбулаторной помощи 20 — 25 больным в год.

Таким образом, комплексная социально-экономическая оценка эффективности санаторно-курортного лечения и лечения в санатории-профилактории демонстрирует не только расчет предотвращенного экономического ущерба, но значительно шире показывает эффективность таких методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Ю. Е. и соавт. Сов. здравоохран., 1971, 1.—2. Кулагина Э. Н. Там же, 1982, 2.—3. Сдобнов Л. П. Там же, 1978, 4.—4. Сергеев В. А. Там же, 1975, 3.

Поступила 28 декабря 1983 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.314.2—08

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОГЕНИИ

Л. М. Демнер, С. А. Дубивко, Г. Х. Ахметова, Д. Л. Демнер

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

Прогения (мезиальный прикус) относится к тяжелым формам зубочелюстных аномалий. При этой форме сагиттальной аномалии прикуса, наряду с изменением соотношения челюстей и зубных рядов, возникают функциональные и эстетические нарушения. Однако работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения прогении, мало [1, 2, 4, 5]. Это, вероятно, связано с тем, что исследования требуют повторного вызова ранее вылеченных больных, которые уже неохотно являются на обследование. Многолетний опыт показал, что отдаленные результаты ортодонтического лечения удается изучить в среднем только у 30% вылеченных.

Целью настоящей работы являлось изучение отдаленных исходов лечения прогении, причин рецидивов после терапии, их частоты, а также разработка профилактических и лечебных мероприятий.

Нами проведен анализ 3684 амбулаторных историй болезни с кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтического отделения стоматологической поликлиники Казанского медицинского института за последние 10 лет. Вызваны больные, которым закончено ортодонтическое лечение. При повторной явке больным проводили жевательную пробу, мастикациографию по Рубинову, электромиографию и биометрические исследования диагностических моделей челюстей.

Из 3684 больных, обратившихся в ортодонтический кабинет, прогения определена у 372 (10,1%) человек в возрасте от 5 до 35 лет. Из 372 больных отказались от лечения после первого посещения 96 (25,8%), прервали его по разным причинам 94 (25,3%), довели до конца 182 (48,9%) человека. Из вылеченных 182 пациентов по вызову явились только 60 (33%). Из них у 2 лечение было закончено 10 лет назад, у 3 — 7 лет, у 5 — 5, у 15 — 2 и у 35 — год назад.

Для лечения мезиального прикуса мы применяли в периоде молочного прикуса у 15 детей разобщающие каппы и шапочку с внеротовой тягой и у 2 больных аппарат Брюкля. В периоде сменного прикуса у 11 детей были использованы регуляторы функции Френкеля. Аппаратами О. М. Башаровой лечили 76 больных, пластинками с расширяющим винтом и с протракционными пружинами — 7, коронками Катца — 53, дугой Энгля — 8 и сочетанием нескольких аппаратов — 10 больных.

При клиническом обследовании выявлены в основном стойкие положительные результаты лечения мезиального прикуса. Больные не предъявляли жалоб. Не отме-

чалась патологическая подвижность перемещенных зубов и нарушение целостности коронок зубов. Лишь у 2 пациентов мы обнаружили большое количество заломбированных передних зубов, но выяснили, что они были почти в таком же состоянии до ортодонтического лечения. У 2 больных после лечения прогении в периоде молочного прикуса отмечен рецидив при протезировании постоянных зубов, на что указывала К. Н. Дорохова (1966). У одного пациента мы наблюдали рецидив после лечения прогении при помощи пластинки с протракционными пружинами. Причиной рецидива явился отказ больного пользоваться ретенционным аппаратом при малом перекрытии нижних передних зубов верхними.

Сроки лечения регуляторами функции Френкеля составили 7—20 мес, аппаратами Башаровой — 6—8 мес, пластинками с расширяющим винтом и с протракционными пружинами — 1—1,5 лет, коронками Катца — от 2 нед до 1 мес. В некоторых случаях в процессе лечения приходилось менять конструкцию аппарата, что зависело от дисциплины пациента, его отношения к аппарату и от осложненной прогении другими аномалиями. В таких случаях сроки лечения удлинялись от 1,5 до 2 лет.

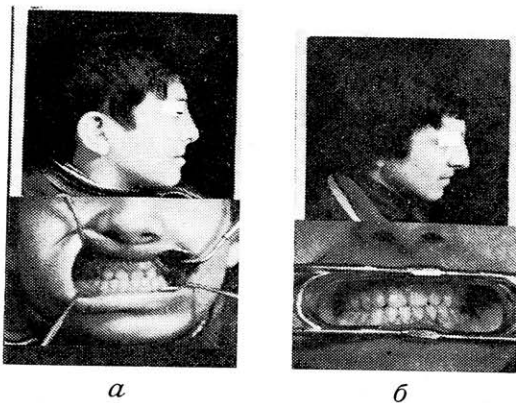
Сравнение мастикациограмм показало, что функция жевания после лечения прогении нормализовалась. Если до лечения время жевания в периоде сменного прикуса составляло $27,0 \pm 2,3$ с при наличии $39,0 \pm 1,9$ волн, а в периоде постоянного прикуса $22,3 \pm 1,5$ с при $33,3 \pm 2,2$ жевательных движениях нижней челюсти, то после лечения прогении время жевания достоверно уменьшилось до $13,8 \pm 0,7$ с в периоде сменного и до $13,6 \pm 1,2$ с в периоде постоянного прикуса. Количество жевательных волн также сокращалось до $24,6 \pm 1,4$ в периоде сменного прикуса и до $21,5 \pm 1,5$ в периоде постоянного прикуса. До лечения наблюдалась аритмичность и неравномерность жевательных волн, петли смыкания были ровными, плоскими, что свидетельствовало о раздавливающем типе жевания. После лечения жевательные волны стали ритмичными, равномерными, петли смыкания расположились ниже линии покоя с волнообразным подъемом посередине, то есть над раздавливающими стали преобладать размалывающие движения нижней челюсти. До лечения прогении жевательная эффективность в периоде сменного прикуса составляла в среднем $86,9 \pm 2,4\%$, в постоянном — $91,9 \pm 3,8\%$, а после лечения она достигла $97,6 \pm 0,8\%$ в периоде сменного прикуса и $98,9 \pm 0,3$ в периоде постоянного прикуса ($P < 0,01$).

Измерение диагностических моделей до и после лечения показало, что происходит расширение зубного ряда верхней челюсти, о чем свидетельствует увеличение расстояния между первыми премолярами и молярами, удлиняется передний отрезок зубного ряда верхней челюсти и несколько уменьшается сегмент от верхних клыков до первых моляров в области боковых зубов.

На нижней челюсти происходит незначительное расширение зубного ряда, расстояние в сагиттальной плоскости немного уменьшается, остальные параметры остаются без изменений.

Электромиография височных мышц показала, что их средняя электрическая активность после лечения достоверно снижается. При вертикальных, сагиттальных движениях и при жевании электрическая активность собственно жевательных мышц после лечения также уменьшается. Эти изменения в области собственно жевательной и височной мышц слева выражены меньше, чем справа, поскольку привычной стороной жевания у большинства людей является правая. Разница между средней электрической активностью височных и собственно жевательных мышц, отмеченная после лечения, объясняется тем, что в процессе лечения височные мышцы подвергаются большей перестройке, чем собственно жевательные. Биоэлектрическая активность круговой мышцы рта для нижней губы после лечения повышается несущественно. Приводим выписки из отдельных амбулаторных историй болезни.

М., 13 лет, диагноз: прогения принужденная. Лечение проводилось в 1976 г. коронками Катца, укрепленными на верхних центральных резцах. До лечения нижняя губа перекрывала верхнюю, а резцы



нижней челюсти — резцы верхней (рис. 1а). Длительность лечения составила 26 дней. После лечения отмечалось нормальное смыкание губ и перекрытие нижних передних зубов верхними. Для контрольного осмотра вызван через 5 лет. В 1981 г. пациент жалоб не предъявлял, результаты лечения сохранились (рис. 1б). Время жевания до лечения составляло 25 с при наличии 42 жевательных волн, а через 5 лет — 14 с (норма) при 23 жевательных движениях.

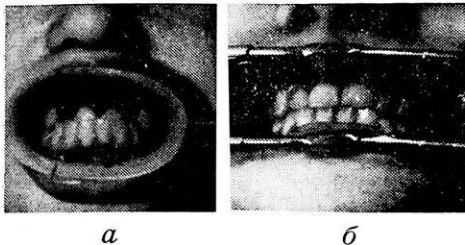


Рис. 2. а) Л., 12 лет. Принужденная прогения. Зубные ряды в положении центральной окклюзии до лечения; б) та же больная, 21 года. Зубные ряды после лечения.

ния сохранились: правый клык верхней челюсти занимает место удаленного первого премоляра, боковые резцы и верхний левый клык находятся на своих местах, верхние передние зубы перекрывают нижние на $\frac{1}{3}$ (рис. 2 б).

Итак, изучение отдаленных результатов ортодонтического лечения прогении на протяжении 1—10 лет клиническими, биометрическими и функциональными методами исследования показало эффективность лечения прогении в различных возрастных группах при рациональном применении аппаратов. Рецидив после прорезывания постоянных зубов отмечен только у двух пациентов, которых лечили в периоде молочного прикуса. Это обязывает врача-ортодонта осуществлять более тщательный выбор показаний к лечению прогении, проводить повторный контроль, а при необходимости повторную терапию после смены временных зубов постоянными.

Отмечен стойкий успех лечения прогении в период молочного прикуса при помощи разобщающих капп, внеротовой тяги с шапочкой и с применением миогимнастики. В периоде сменного прикуса констатирована эффективность лечения прогении по показаниям регуляторами функции Френкеля, коронками Катца, аппаратами О. М. Башаровой, в периоде постоянного прикуса — аппаратами О. М. Башаровой, коронками Катца, пластинками с протрагирующими пружинами. При терапии прогении в сочетании с лечебной физкультурой нормализация функции жевания и косметический эффект достигаются в более ранние сроки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башарова О. М. Клиника и лечение сагиттальных аномалий прикуса с применением новых конструкций ортодонтических аппаратов. Автореф. канд. дисс., Казань, 1973.—2. Василевская З. Ф., Мухина А. Д. Стоматология, 1978, 6.—3. Дорохова К. Ф. В кн.: Материалы науч. конф. Харьковского гос. мед. стомат. ин-та. Харьков, 1966.—4. Погодина А. А., Башарова О. М., Сухоречка Е. Н. В кн.: Клиника и лечение зубочелюстных аномалий, Казань, 1981.—5. Сухоречка Е. Н. Прогения, клиника и лечение. Автореф. канд. дисс., Казань, 1963.

Поступила 9 февраля 1984 г.