УДК 616-084

ФИБРОТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кулаков С.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России», Самара, e-mail: kulakovsa22@mail.ru

Статья посвящена современным подходам по профилактике и предупреждению рецидива ортодонтического лечения с помощью методики фибротомии.

Ключевые слова: профилактика, ортодонтическое лечение, фибротомия

VIBRATOME AS A METHOD OF PREVENTION OF RELAPSE AFTER ORTHODONTIC TREATMENT

Kulakov S.A.

Samara State Medical University, Samara, e-mail: kulakovsa22@mail.ru

The article is devoted to modern approaches to the prevention of relapse of orthodontic treatment using the method of vibratome.

Keywords: prevention, orthodontic treatment, vibratome

В ортодонтии стабильность результатов лечения всегда являлась ключевой целью для достижения оптимальной функции и эстетики. Сохранение правильного положения зубов в постретенционном периоде у пациентов, имевших их скученное положение во фронтальном отделе верхней и нижней челюстей, представляет серьезную клиническую проблему. В отечественной и зарубежной литературе описано множество функциональных и морфологических факторов, влияющих на возникновение рецидива после ортодонтического лечения, одним из которого является растяжение прикрепленной десны и связочного аппарата зуба после окончания действия ортодонтических сил. Однако лишь устранение причин возникновения рецидивов может гарантировать стабильный результат после окончания лечения.

Скученное положение резцов на верхней и нижней челюстях встречаются довольно часто. Среди всего многообразия аномалий зубных рядов и окклюзии 35% составляют аномалии положения отдельных зубов (Аюпова Ф.С., Ажмегова О.А., 2000) [1].

Среди таких аномалий скученное положение зубов составляет от 5,5% до 47,7%. При этом в 17,3% случаев эта аномалия сочетается с патологией прикуса, а в 72,2% – является самостоятельной патологией (Слабковская А.Б., 1994; Аюпова Ф.С., 2000; Хорошилкина Ф.Я., 2006) [1,3,5]. По данным Little (1998), даже после нескольких лет ретенции только в 20% случаев отсутствует тенденция к рецидиву [6]. Исследования (Оспанова Г.Б., Стебелькова М.Л., Спиваков П.В 2002) показывают, что в среднем рецидивы вероятны в 10% – 20% случаев, при этом в подавляющем большинстве имеют место частичные рецидивы [2]. В связи с этим многие авторы указывают на необходимость продолжительной ретенции для удержания результата лечения. Обеспечить стабильный результат непросто. Известно, что через несколько лет в ретенционном периоде костная ткань перестраивается полностью, а коллагеновые волокна и связки зубов не перестраиваются и тянут зубы в их первоначальное положение, это и является основным фактором возникновения рецидива после ортодонтического лечения.

Цель исследования – стабилизировать результат ортодонтического лечения, уменьшить вероятность рецидива после активной фазы лечения и в ретенционном периоде путем применения фибротомии.

После ортодонтического лечения натяжение циркулярной и межзубных связок является основной причиной рецидива скученного положения зубов. Коллагеновые и эластические волокна реконструируются медленнее, чем в периодонтальной связке. После исправления зубочелюстно-лицевых аномалий и перемещения зубов коллагеновые волокна растягиваются и приспосабливаются к новому положению, но после снятия брекет-системы они стремятся

вернуться в прежнее положение и тянут зубы за собой. Возникает рецидив. Актуально дальнейшее изучение вопроса по профилактике возникновения рецидива зубочелюстно-лицевых аномалий, после ортодонтического лечения и в ретенционном периоде.

В ортодонтии используется фибротомия – рассечение волокон связочного аппарата зубов, изменивших свое положение в процессе ортодонтического лечения. Образовавшаяся в результате рубцовая ткань уменьшает эластические свойства волокон связки, что делает положение зуба более устойчивым и фиксируемым.

Диагноз устанавливали на основании: клинического обследования, изучения фотографий лица и окклюзии, биометрические исследования гипсовых моделей и рентгенологического исследования (ортопантомография), телерентгенография головы в боковой проекции. На моделях определяли величину, форму, положения отдельных зубов; форму и размеры зубных рядов в трех взаимно перпендикулярных плоскостях, тип смыкания зубных рядов. Для определения ширины зубного ряда в области клыков, премоляров и моляров был применен метод Пона. Для определения величины несоответствия между имеющимся пространством и пространством необходимым для установки скученно расположенных зубов фронтального отдела челюстей измеряли диагностические модели по методу Little. Для лечения пациентов со скученным положением зубов фронтального отдела челюстей использовали несъемную ортодонтическую технику с применением техники прямой дуги.

Ортодонтическое лечение состояло из следующих этапов:

1. Проведение клинического обследования, рентгенологического обследования, составления плана лечения, подготовка полости рта пациента к проведению ортодонтического лечения (санация, проведение профессиональной гигиены полости рта).
2. Фиксация несъемной ортодонтической техники.
3. Исправление скученно расположенных зубных рядов.
4. Исправление сопутствующей аномалии окклюзии.
5. Финишная коррекция окклюзии.
6. Обеспечения ретенции результатов лечения.

Всего на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ пролечено было 40 пациентов в возрасте 20-30 лет с различными зубочелюстно-лицевыми аномалиями в сочетании с тесным положением резцов I-II степени. Лечение проводили с помощью брекет-системы без удаления зубов. Активная фаза ортодонтического лечения длилась 12–24 мес. Больные были разделены на 2 группы. В I группу (контрольная) вошли 20 человек исправление скученного положения зубов обеспечивалось последовательной сменой ортодонтических дуг, для обеспечения действия слабых сил. Сразу после снятия брекет-системы устанавливалась ретенционная пластинка с вестибулярной дугой и кламмерами Адамса, которая назначалась на 3–4 месяца круглосуточно, затем следующие 3 месяца на 3 часа днем и на ночь, и в оставшийся срок ретенционного периода на ночь, фибротомия перед снятием брекет-системы им не проводилась. Во II группе, состоящей из 20 человек помимо вышеперечисленного лечения после исправления скученно расположенных зубов, за 3,5±0,5 недели до снятия брекет – системы провели фибротомию. Ретенционный период наблюдения составил 2 года.

Фибротомия – это хирургическая процедура, направленная на рассечение эластических и коллагеновых волокон циркулярной связки зуба. Ее проводили за 3,5±0,5 недели перед снятием брекет-системы. После нее уменьшается возможность рецидива, становится возможным сформироваться новым волокнам, которые будут фиксировать зуб в новом положении.

В область переходной складки полости рта делали инфильтрационную анестезию Sol. Ultrakaini 1:200 000 по 2мл на верхней и нижней челюстях. После этого острый край лезвия скальпеля вводили в десневую борозду. Производили вертикальные рассечения циркулярной связки зуба параллельно режущему краю резцов длиной 2 – 3 мм. Гемостаз проводили стерильными марлевыми тампонами смоченные 2% раствором перекиси водорода.

Рецидивом зубочелюстно-лицевых аномалий считали, если в течение 2 лет наблюдали тортоаномалию 1- 2 зубов. По данным анализа результатов в обеих группах было выявлено рецидивов у 14 пациентов. В контрольной группе с рецидивом после лечения обратилось 10 человек и 4 человека во II группе, которым проводилась фибротомия.

Сравнивая результаты ортодонтического лечения пришли к выводу, что через 2 года после фибротомии, рецидив наблюдался в 2,1 раза реже, чем у пациентов которым не проводили данного оперативного вмешательства. Соотношение осложнений составил в I группе 71,4%, во II – 28,6% осложнений.

Рис.1. Пациент П., на этапе ортодонтического лечения

Рис. 2 Этап фибротомии у пациента П. за 3,5 ±4 недели до снятия брекет-системы

Таким образом, для того чтобы результат ортодонтического лечения был устойчивым, необходима оптимизация комплекса мер по предупреждению возникновения рецидива, заключающаяся во внедрении хирургического компонента в виде фибротомии, которая позволяет исключить негативное воздействие связочного аппарата выровненных зубов, имевших ранее скученное положение. По данным клинико-рентгенологических исследований при применении метода фибротомии не выявлено снижение зубодесневого соединения с вестибулярной и оральной сторон, а также изменения высоты альвеолярного гребня и потери межальвелярной кости и резорбции корней зубов, что свидетельствует об отсутствии негативного воздействия на состояние пародонта, как в ближайшие, так и в отдаленные сроки наблюдения.

Список литературы

1. Аюпова Ф.С., Ажмегова О.А. Выбор метода лечения при скученном положении зубов // Современные вопросы стоматологии: Материалы XII межрегиональной научно – практической конференции стоматологов. – Ижевск, 2000. – С. 253 – 255.

2. Оспанова Г.Б., Стебелькова М.Л., Спиваков П.В. Хирургические мероприятия в целях предупреждения рецидива аномалий прикуса после ортодонтического лечения // Стоматология детского возраста и профилактика . – 2002. № 1-2. – С. 77-80.

3. Слабковская А.Б., Определение длины переднего отдела зубных рядов на гипсовых моделях челюстей // Стоматология. – 1994. – Т.76. – №4. – С.56-58.

4. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. Ортодонтия. – 2-е изд. – М.: Мед. Книга, 2005. – 148 с.

5. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: МИА, 2006. – С. 302–308.

6. Little R.M. An evaluation of changes in mandibular anterior alignment from 10 to 20 years postretention, Am. J.Orthod 1998. С. 423 – 428.