

4 при лечении больных с легкой и средней степенью тяжести ХГП. В тоже время при тяжелой степени ХГП применение лейкоцитарного интерферона обеспечивает сохранение повышенного уровня ИЛ-4 в сравнении с таковым при лечении традиционными методами.

Вышеприведенным иммунным эффектам использования лейкоцитарного интерферона сопутствовало повышение клинической эффективности проводимого лечения больных ХГП. Средняя длительность лечения больных ХГП при традиционной терапии составила $32,2 \pm 9,4$ дня, а в группе больных, получавших дополнительно лейкоцитарный интерферон, была существенно меньше – $19,3 \pm 8,4$ дня. Повторная обращаемость в по-

ликлинику в течение года у пациентов после лечения с применением лейкоцитарного интерферона составила 3,2%, а в группе контроля – 24,4%.

Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что оценка местных механизмов иммунитета полости рта при ХГП позволяет определить потенциальные критерии дифференциальной иммунокоррекции для нормализации местного иммунитета в процессе комплексной терапии. Предложенная комплексная терапия с использованием лейкоцитарного интерферона способствует ускоренной нормализации показателей местного иммунитета полости рта при повышении эффективности проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булгакова А.И. Обоснование местного применения иммуномодулирующих препаратов при комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита: Автореф. дис... д-ра мед. наук.- М., 2004.- 46 с.
2. Медведев Ю.А. Основы иммунных и иммунонаправленных методов терапии и профилактики / Ю.А. Медведев, М.М. Алсынбаев.- Уфа: РИО ГУП «Иммунопрепарат», 2000.- 81 с.
3. Муфазалова Н.А. Фармакологическая коррекция иммуно- и гепатотоксических эффектов ксенобиотиков. - Уфа: РИО ГУП «Иммунопрепарат», 2002.- 118 с.
4. Новиков Д.К. Оценка иммунного статуса / Д.К. Новиков, В.И. Новикова.- М.- Витебск, 1996.- 281 с.
5. Современные аспекты клинической пародонтологии / Под ред. Л.А. Дмитриевой.- Москва, 2001.- 125 с.
6. Хаитов Р.М. Экологическая иммунология / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин, Х.И. Истамов.- М., ВНИРО, 1995.- 220 с.

УДК 616.314-089.23.28:616.716.1
© Ф.Ф. Маннанова, М.В. Галиуллина

Ф.Ф. Маннанова, М.В. Галиуллина **БЫСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ СУЖЕНИИ В ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ**

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Показан комплексный подход к протезированию зубных рядов, при фронтальном сужении верхней челюсти с применением ортодонтического аппарата для быстрого расширения верхнего зубного ряда и с сохранением результатов с помощью съемного и несъемного протезирования.

Ключевые слова: срединный небный шов, аппарат с резцовым расширителем, сужение верхней челюсти.

F.F. Mannanova, M.V. Galiullina **RAPID ENLARGEMENT OF THE UPPER GAW WITH ITS HARROWING WHILE PREPARING PATIENTS WITH DENTURE DEFECTS FOR RATIONAL PROSHESES**

A complex approach to denture prosthesis with frontal narrowing of the upper jaw using an orthodontic apparatus for rapid enlargement of the upper denture by means of removal and fixed prostheses has been demonstrated.

Key words: medium palate suture, apparatus with incisor dialator, upper jaw narrowing.

Сужение верхней челюсти относится к трансверзальным аномалиям окклюзии, не поддающимся саморегуляции в процессе

роста и развития ребенка. Нелеченные в детском возрасте формы сужения верхней челюсти у взрослых вызывают довольно выражен-

ные осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) из-за возникновения блокирующей окклюзии, смещения нижней челюсти в противоположную сторону, заболеваний пародонта из-за перегрузки контактирующих зубов (суперконтакты) [5, 8].

При потере зубов у больных с сужением верхней челюсти усугубляется клиника, затрудняется рациональное протезирование. Между тем протезирование дефектов зубов и зубных рядов необходимо не только для восстановления анатомической формы и функции, а также должно предотвращать дальнейшее разрушение зубочелюстной системы.

Коррекция сужения верхней челюсти может быть выполнена с помощью ортодонтического или хирургического быстрого верхнечелюстного расширения. Что касается хирургического метода, то предлагаются различные методы: изолированная срединно-небная остеотомия, изолированная боковая верхнечелюстная дентоальвеолярная остеотомия или боковая верхнечелюстная и срединно-небная остеотомия, а также более кардинальная остеотомия всей верхней челюсти в области скуловерхнечелюстного, срединного небного шва верхней челюсти и крыловидной кости [9]. Л.В. Польша и соавт. (2004) предлагают наиболее приемлемую методику с предсказуемым результатом - остеотомию по Ле-Фор I и срединно-небную остеотомию.

По литературным данным срединный небный шов, сформировавшийся на 4-ом месяце внутриутробного периода, с возрастом меняет свое строение. Небный шов в ротоносовом направлении во внутриутробном периоде имеет прямое строение, которое переходит в извилисто-зубчатое, но во фронтальном участке сохраняет прямое строение. К концу детского возраста в области шва образуются зацепные костные зубцы. Окостенение небного шва наступает в возрасте 25 лет и продолжается до глубокой старости человека. Вновь образованная костная ткань в области небного шва имеет грубоволокнистое строение. Процессы перестройки и преобразования костной ткани в области шва совершаются на всем протяжении жизни человека. Преобразование грубоволокнистой костной ткани в пластическую происходит уже в раннем детском возрасте (с появлением функции жевания). К концу зрелого и особенно в старческом возрасте в костной ткани области шва проявляется физиологический остеопороз. При ортодонтическом расширении образовавшаяся грубоволокнистая костная ткань в области

небного шва позднее преобразуется в пластическую.

При расширении верхней челюсти происходят определенные морфологические изменения в области срединного небного шва. Еще в 1860 году Е.Н. Angell при расширении верхней челюсти наблюдал образование промежутка между центральными резцами. Этот признак дал автору повод полагать о раскрытии небного шва.

Однако в наших условиях пациенты и врачи-стоматологи боятся радикальных хирургических методов и предпочитают консервативные методы лечения.

Аппаратурное лечение сужения верхней челюсти длительное и эффективно только у детей и подростков до окостенения швов [1, 5]. У взрослых пациентов после того как шов закрылся или произошло завершение роста в трансверсальной плоскости ортопедическое расширение верхней челюсти не всегда возможно, так как происходит изгиб альвеолярных отростков или отсутствуют расширения (раскрытия). У взрослых могут возникнуть проблемы, связанные с невозможностью активировать расширяющий аппарат, наклоны и экзотрузии зубов верхней челюсти, изгиб альвеолярных костей, частые рецидивы после снятия аппарата, а также проблемы со стороны пародонта опорных зубов и т.д.

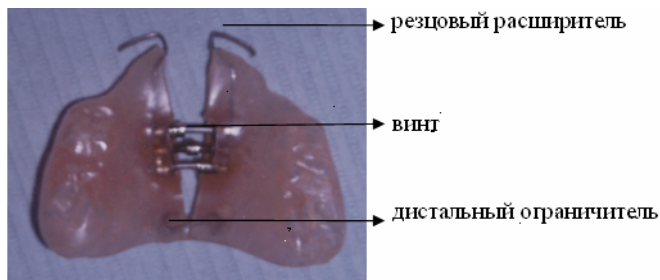
Однако, зная результаты предыдущих исследований о том, что небный шов начинает облитерироваться в III декаде жизни человека, причем наблюдаются большие возрастные вариации, и о том, что облитерация более интенсивно происходит в заднем отделе небного шва, мы решили изыскать пути оптимизации расширения верхней челюсти при ее сужении у взрослых, особенно в ее переднем отделе.

Целью нашего исследования были разработка консервативного способа расширения верхней челюсти у подростков и у взрослых и определение его эффективности. Под наблюдением находились 54 пациента с сужением верхней челюсти, более выраженном во фронтальном ее участке. Пациенты были отобраны после углубленного ортодонтического обследования клиническими методами, биометрическим исследованием диагностических моделей челюстей (54 пары), телерентгенографии (ТРГ) головы в прямой проекции (у 24 пациентов) до лечения и после расширения суженной верхней челюсти, а также после завершения ортодонтического лечения. Изучали окклюзионные рентгенограммы верхней челюсти для оценки состояния небного шва до и

после расширения, а также в отдаленных сроках после лечения в ретенционном периоде через 3 и 6 месяцев и через 1 год, получив у пациентов информированное согласие на динамический рентгенологический контроль.

Для преимущественного расширения во фронтальном участке верхней челюсти, получения эффекта раскрытия небного шва, уменьшения давления на опорные зубы с це-

лью предотвращения их наклона и изгиба альвеолярных отростков в расширяющий аппарат установили резцовый расширитель (Патент на изобретение РФ № 30076 МПК 7А 61С 7/10 от 20 июня 2003 г.) (рис. 1) и ограничитель с дистальной стороны базиса, что дало возможность раскрытия аппарата в виде треугольника с основанием во фронтальном участке.



а

б

Рис. 1. Фотография аппарата с резцовым расширителем собственной конструкции
а – вне полости рта; б – в полости рта

Между центральными резцами на I этапе лечения образовывалась искусственная диастема на величину степени сужения зубной дуги в области клыков и премоляров по данным биометрических исследований моделей челюстей и с небольшой гиперкоррекцией с учетом возможного рецидива (рис. 2). Активация проводилась на один оборот ежедневно или через день в зависимости от возраста, степени сужения верхней челюсти и самочувствия пациента. При смещении нижней челюсти при одностороннем сужении верхней челюсти пластинка имела боковую наклонную плоскость, позволяющую установить нижнюю челюсть в срединное положение, что имело большое значение в конечном результате истинной нормализации окклюзии. Начиналась перестройка миотатического рефлекса, которая закреплялась в последующем специальными упражнениями и массажем мышц челюстно-лицевой области.

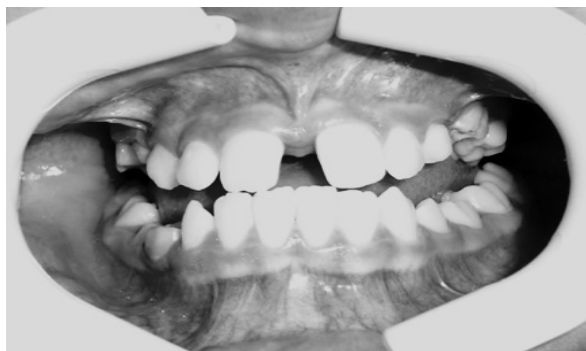


Рис. 2. Фотография полости рта пациента Г. 13 лет в процессе лечения. Создание искусственной диастемы после раскрытия небного шва

На II этапе резцовые расширители спиливались, передние зубы освобождались от контакта с базисом и могли двигаться свободно, занимая пространство, полученное при раскрытии небного шва. Во время проводимого лечения пациенты отмечали улучшение функции носового дыхания, уменьшение и исчезновение головных болей. Пластика оставалась в качестве ретенционной или изготавливался новый ретенционный аппарат с фиксацией на кнопочных кламмерах. На зубы приклеивались брекететы, и дальнейшая коррекция окклюзии и положения зубов продолжалась эджуайс-техником (рис. 3). После перехода на квадратные стальные дуги и после 3-6-месячного ретенционного периода закрепления необходимого уровня расширения верхней челюсти съемный аппарат снимался. Эти сроки зависели от возраста пациента, состояния небного шва на рентгенограмме, от скорости расширения.

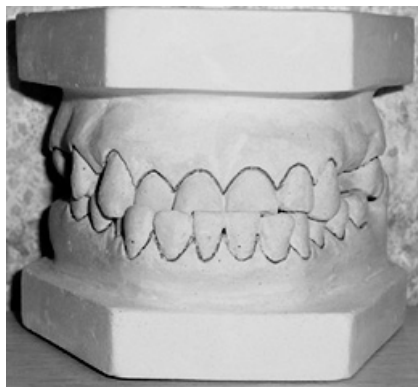


Рис. 3. Фотография полости рта на этапе ортодонтического лечения после приклеивания брекетов и устранения диастемы

В периоде закрепления результатов после расширения верхней челюсти при сочета-

нии аномалии с дефектами зубных рядов применяли временные съемные или несъемные протезы, которые служили в качестве ретенционных аппаратов. После нормализации окклюзии несъемной эджуайс-техникой изготавливали постоянные зубные протезы съемной или несъемной конструкции по показани-

ям с соблюдением эстетических требований (рис. 4). Пациенты находились под наблюдением в течение двух лет после завершения лечения. Осложнений и рецидивов в процессе лечения и ретенционного периода мы не наблюдали.



а



б

Рис. 4. Фотография моделей челюстей пациента Г. 34 года в фас:

а - до лечения,

б - после комплексного лечения - расширения и удлинения верхней зубной дуги резцовым расширителем, нормализации окклюзии и положения зубов с помощью эджуайс-техники и протезирования дефектов зубного ряда верхней челюсти металлокерамическими мостовидными конструкциями

Заключение

Быстрое раскрытие небного шва при сужении верхней челюсти во фронтальном участке резцовым расширителем позволяет достичь достаточный уровень расширения верхней челюсти и зубной дуги именно во фронтальном участке. Раскрытие небного шва с образованием искусственной диастемы в сроки 2–2,5 месяца не дает осложнений, поддается быстрой коррекции, что подтверждено

рентгенологическими наблюдениями области небного шва в процессе лечения и после завершения лечения.

Быстрое раскрытие небного шва при сужении верхней челюсти в сочетании с эджуайс-техникой дает хорошие эстетические и функциональные результаты в более короткие сроки по сравнению с другими методами лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсенина О.И. Применение методов спиральной компьютерной томографии для диагностики и планировании ортодонтического лечения / О.И. Арсенина, Н.А. Рабухина, И.В. Дедкова // Ортодонтия. – 2005. – № 3. – С. 28-33.
2. Лагановский А.Я. Морфология срединного небного шва и его значение при расширениях верхней челюсти: Дис. канд. мед. наук. – Рига, 1967.
3. Польша Л.В. Обоснование ортопедического применения быстрого верхнечелюстного расширения / Л.В. Польша, Л.С. Персин, О.Г. Бугровецкая // Стоматология. – 2004. – № 1. – С. 48-51.
4. Biederman W. Rapid correction of Class III malocclusion by midpalatal expansion // Amer. J. Orthod. – 1973. – Vol. 63. – P.47-55.
5. Bishara S.E. Maxillary expansion clinical implications / S.E. Bishara, R.N. Staley // Amer. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 1987. – Vol. 91. – P. 3-14.
6. Brin I. Rapid palatal expansion in cats; Effect of the age on sutural cyclic nucleotides / I. Brin, Z. Hirschfeld, J.L. Shanfield, Z. Davidovich // Amer. J. Orthod. – 1971. – Vol. 60. – P. 419.
7. Ekstrom C. Mineralization in the midpalatal suture after orthodontic expansion / C. Ekstrom, C.O. Henrikson, R. Jensen // Amer. J. Orthod. – 1977. – Vol. 71. – P.449-455.
8. Haas A.J. Longterm post-treatment evaluation of rapid expansion // Angle Orthod. – 1980. – Vol. 50. – P.189-217.
9. Proffit W.R. Stability after surgical-orthodontic correction of skeletal Class III malocclusion. Combined maxillary and mandibular procedures / W.R. Proffit, C. Phillips, T.A. Turvey // Int. J. Adult Orthod. Orthogn. Surg. – 1991. – Vol. 6. – P. 209-220.