

С.А. КУЛАКОВ

Самарский государственный медицинский университет

ФИБРОТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА СКУЧЕННОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

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

Ключевые слова: профилактика, ортодонтическое лечение, фибротомия

Кулаков Сергей Александрович - очный аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ. E-mail: kulakovsa22@mail.ru

S. A. KULAKOV

Samara State Medical University

FIBROTOMY AS A METHOD OF PREVENTION OF RECURRENCE OF MALOCCLUSION

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

Keywords: prevention, orthodontic treatment, fibrotomy

Sergei Kulakov - postgraduate student of the Department of maxillofacial surgery and stomatology. E-mail: kulakovsa22@mail.ru

Скученное положение резцов на верхней и нижней челюстях встречается довольно часто. Среди всего многообразия аномалий зубных рядов и окклюзии 35% составляют аномалии положения отдельных зубов [1].

Среди таких аномалий скученное положение зубов составляет от 5,5% до 47,7%. При этом в 17,2% случаев эта аномалия сочетается с патологией прикуса, а в 72,2% является самостоятельной патологией [1, 3, 5]. По данным Little (1998), даже после нескольких лет ретенции только в 20% случаев отсутствует тенденция к рецидиву [6]. Исследования показывают, что в среднем рецидивы вероятны в 10%-20% случаев, при этом в подавляющем большинстве имеют место частичные рецидивы [4]. В связи с этим многие авторы указывают на необходимость продолжительной ретенции для удержания результата лечения.

Обеспечить стабильный результат не просто. 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.

К расположенным в собственной пластинке десны десневым волокнам относятся следующие.

1. Зубодесневая группа волокон. Количество ее пучков намного превышает количество других десневых групп. Она начинается в цементе шейки зуба, у дна десневой борозды, идет наружу, веерообразно вплетаясь в десну, при этом часть волокон направляется кверху, огибая десневой желобок, часть – горизонтально, а часть – книзу, в надальвеолярную часть десны.

2. Зубопериостальная группа волокон, которая начинается в цементе шейки зуба, ниже зубодесневой, идет по направлению к корню вниз, огибая вершину альвеолярного отростка, и вплетается в периодонт.

3. Зубоальвеолярная группа волокон, которая начинается в цементе пришеечной области, идет книзу, прикрепляется к альвеолярному гребню.

4. Циркулярная группа волокон, которая находится в пришеечной области и окружает шейку зуба.

5. Альвеолярно-десневая группа волокон, которая начинается от кости альвеолярного гребня и продолжается в собственную пластинку десны.

6. Трансептальная группа – часть десневых волокон, проходящая над межальвеолярной перегородкой в толще межзубного сосочка и соединяющая контактные поверхности рядом стоящих зубов.

После ортодонтического лечения натяжение циркулярной и межзубных свя-

зок 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 приспособляются 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 в сочетании со скученным положением зубов во фронтальном отделе челюстей, после ортодонтического лечения и в ретенционном периоде.

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

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.

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

В область переходной складки полости рта делали инфильтрационную анестезию Sol. Ultrakaini 1:200 000 по 2 мл 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, смоченными 2% раствором перекиси водорода.

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, по-

ложения 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 производства компании ORMCO с применением техники прямой дуги.

Ортодонтическое лечение включало следующие этапы.

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 за 2015 год на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ было пролечено 40 пациентов в возрасте 20-25 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 первую 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 второй группе, состоящей из 20 человек, помимо вышеперечисленного

лечения после исправления положения скученно расположенных зубов за $3,5 \pm 0,5$ недели до снятия брекет-системы провели фибротомию. Ретенционный период наблюдения составил 2 года.

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 второй группе, которым проводилась фибротомия.

Сравнивая результаты ортодонтического лечения, мы 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 составило в первой группе 71,4%, во второй – 28,6% осложнений.

Выводы

Для того чтобы результат ортодонтического лечения был устойчивым, необходима оптимизация комплекса мер по предупреждению возникновения рецидива, заключающаяся во внедрении хирургического компонента в виде фибротомии. Она позволяет исключить негативное воздействие связочного аппарата выровненных зубов, имевших ранее скученное положение. Согласно данным клинико-рентгенологических исследований, при применении метода фиброто-

мии не выявлено снижения зубодесневого соединения с вестибулярной и оральной сторон, а также изменения высоты альвеолярного гребня и потери межальвелярной кости и резорбции корней зубов. Это 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. МИА, Москва. 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.