

2008-597
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ К.14.06.328.

На правах рукописи
УДК 616.317-007.254-053.1

ДАВЛЕТОВ БОЛОТБЕК МУКАЕВИЧ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ,
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕФОРМАЦИЙ ФРОНТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ У НОСИТЕЛЕЙ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПОСЛЕ ХЕЙЛОУРАНОПЛАСТИКИ

14.00.21 - стоматология

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2008

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Орозобеков Султангазы Бакирович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Султанбаева Саламат Улукмановна

доктор медицинских наук, профессор

Мамеков Абирбек Досболганович

Ведущая организация - Алматинский государственный институт усовершенствования врачей. г.Алматы, ул. Манаса, 34.

Защита состоится «21» февраля 2008г. в 13 часов на заседании совета по защите диссертаций К.14.06.328. при Кыргызской государственной медицинской академии (720020, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии

Автореферат разослан «18» января 2008г.

Ученый секретарь

диссертационного совета, к.м.н.

Жолуева П.Т.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Расщелина верхней губы и неба — сложная, наиболее часто встречающаяся, врожденная патология челюстно-лицевой области. Частота рождения детей-носителей врожденной расщелины верхней губы и неба варьирует от 1:1000 до 1:500 (Орозобеков С.Б., 1981; Абдрахманов С.А., 1991; Блохина С.И., 1992) и 1:407 (Очнева Г.И. с соавт., 2002).

Морфологические нарушения – деформация фронтального отдела верхней челюсти и нарушение формы верхнего зубного ряда у больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба – возникают с момента рождения и существуют до окончания формирования постоянного прикуса. Эта проблема признается всеми специалистами. По мнению большинства из них, нередко деформация зубной дуги верхней челюсти формируется после хейлоуранопластики (Битикенова Г.Б., 1995; Зернов А.В., 1997; Степина С.В., 2004).

Нарушение морфологии влечет за собой изменение функции дыхания, глотания, речи, которые возникают с первых дней жизни ребенка и требуют внимания специалистов на различных этапах лечения (Виссарионов В.А., 1988; Рубежова И.С., 1989; Андрейченко О.А., 2004).

В комплексном лечении детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба проводятся ортопедические и ортодонтические мероприятия, направленные не только на устранение и предупреждение тяжелых деформаций зубочелюстной области, но и на нормализацию нарушенных функций. Особенно это важно после уранопластики, так как послеоперационная «рубцовая» деформация зубной дуги фронтального отдела верхней челюсти, препятствуют проведению ортодонтического лечения (Водолацкий М.П., Бабанина Б.Г., 1998; Степина С.В., 2004; Старикова Н.В., 2006).

Общеизвестным недостатком хирургического и ортодонтического лечения является неустойчивость достигнутых результатов. Количество больных с зубочелюстными деформациями даже в условиях специализированных центров диспансеризации составили 80-89% (Вакуленко В.И., 1982; Корякина И. А., 2003). Большинство авторов считает одной из причин неустойчивости морфо-функциональных и эстетических результатов лечения больных, наличие врожденных дефектов и деформаций лицевых костей, которые не устраняются и не корректируются в полном объеме

существующими способами лечения (Гончаков Г.А., 2002; Давыдов Б. Н. с соавт., 2004; Сутулов В.В., 2006 и др.).

По мнению Ю.М.Малыгина (1990) возможности ортодонтического лечения ограничены, его эффективность находится в прямой корреляционной зависимости от степени и сроков лечения. Успешное решение этой проблемы не возможно без четких скоординированных действий всех специалистов, в том числе и ортодонтов (Хорошилкина Ф.Я., 1993; Лавриков В.Г. с соавт., 2004).

Многообразие клинических проявлений аномалий и деформаций зубочелюстной системы у больных с врожденными расщелинами, неустойчивость результатов лечения делают актуальным и необходимым дальнейшее изучение этого вопроса (Самар Э.Н., 1995; Никитин А.А. с соавт., 2002; Цыплакова М.С. с соавт., 2002; Корякина И.Н., 2003).

В последние годы для исправления зубочелюстных аномалий и деформаций применяется несъемная ортодонтическая брекет-техника (Арсенина О.А. с соавт., 2003; Секлетов Г.А., 2003; Кобачек М.В., 2004). В связи с этим появились большие возможности для успешного лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба. Однако, эти исследования носили обобщенный характер без учета сроков и признаков законченности ортодонтического лечения, что и определило цель и задачи данного исследования.

Цель исследования: повышение эффективности результатов ортодонтического и ортопедического лечения зубочелюстных деформаций у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики с использованием брекет-техники.

Задачи исследования: 1. На основании изучения диагностических моделей челюстей, данных клинического и рентгенологического исследований уточнить морфо-функциональные особенности фронтального отдела верхней челюсти у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

2. Обосновать применение брекет-техники при устранении зубочелюстных аномалий и деформаций у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

3. Изучить сроки ортодонтического лечения с применением брекет-техники у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

4. Определить признаки законченности ортодонтического лечения у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

Научная новизна: 1. Впервые в Кыргызстане для устранения аномалий положения зубов фронтального отдела верхней челюсти и нарушения прикуса у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики обосновано применение брекет-техники.

2. Путем ортопантомографического исследования челюстей у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба изучены сроки прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти. В период сменного прикуса выявлена задержка прорезывания зубов фронтального отдела верхней челюсти как при одно-, так и при двусторонних расщелинах верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

3. Установлены статистически гарантированные различия средних размеров зубных дуг по сравнению со средней индивидуальной нормой у носителей врожденных расщелин верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

4. Определены признаки законченности ортодонтического лечения, ориентирующие врача ортодонта на достижение результатов, приводящие к восстановлению зубочелюстной системы до морфо-функциональной нормы, что в комплексе лечебных мероприятий значительно приближает больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики к полной реабилитации.

Практическая значимость полученных результатов. Прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти при врожденных расщелинах верхней губы и нёба после хейлоуранопластики определяют сроки проведения ортодонтического лечения и виды применяемых аппаратов. Брекет-техника оказывает действие в трёх взаимноперпендикулярных плоскостях, тем самым сокращает сроки ортодонтического лечения в 2 - 2,5 раза и позволяет значительно приблизить зубные ряды и прикус до морфо-функциональной нормы.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Клиническое обоснование причин и механизмов возникновения деформаций фронтального отдела верхней челюсти у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

2. Особенности прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти по данным ортопантомографического исследования и данные изучения диагностических моделей челюстей больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

3. Возможности устранения аномалий положения постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти с использованием брекет-техники у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики, приводящие к восстановлению зубочелюстной системы до морфо-функциональной нормы.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на международной научно-теоретической конференции «Проблемы и перспективы интеграции образования» посвящённой пятилетию образования КРСУ (Бишкек, 1998г.), на 1-ом Международном Конгрессе дентальных имплантологов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов Кыргызской Республики (Бишкек, 2004г.), на 3-ем Конгрессе Стоматологической ассоциации Кыргызской Республики «Стоматология Кыргызстана 2006г.» (Бишкек, 2006г.), на заседаниях Стоматологической ассоциации Кыргызской Республики 2006-2007гг. Диссертация доложена на совместном заседании кафедр стоматологического профиля в 2007г.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ. По материалам работы сделано одно рационализаторское предложение, удостоверение № 719 от 03.12.1997 г.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты работы внедрены в практику кафедры детской стоматологии КГМА. Материалы исследования используются при чтении лекций и проведении практических занятий со студентами стоматологического факультета КГМА.

Структура и объём диссертации. Диссертационная работа изложена на 112 страницах компьютерного текста, состоит из оглавления, введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована рисунками и таблицами. Библиографический указатель содержит 199 источников, из них 134 из стран СНГ и 65 иностранных авторов.

Материал и методы исследования.

Для выполнения поставленной цели и задач нами обследовано и взято на лечение 121 больной с одно- и двусторонними расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики. Клиническое обследование нами было

проведено в двух группах пациентов после хейлоуранопластики. Возраст больных составил от 6 до 20 лет. Первую контрольную группу вошли 62 больных: 49 - с одно-, и 13 с двусторонними расщелинами верхней губы и нёба. Вторую основную группу составили 59 больных: 48 - с одно-, и 11 с двусторонними расщелинами верхней губы и нёба. Клиническое обследование больных обеих групп проводилось по общепринятой в ортодонтии методике.

Для диагностики и планирования ортодонтического лечения больным снимали оттиски и отливали из гипса контрольно - диагностические модели, на которых проводили измерения ширины и длины зубных рядов, положения зубов в зубных рядах, изучали нарушения прикуса. С целью выявления сроков прорезывания постоянных зубов в области расщелины, нарушения осевого расположения передней группы зубов проводили ортопантомографическое исследование.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием компьютерной программы, при этом рассчитывали среднюю арифметическую величину M исследуемых параметров, среднюю ошибку средней величины $\pm m$ доверительный интервал $\pm t.mM$ (максимальную ошибку $\pm \Delta$), где при всех вычислениях значение t -критерия выбирались из таблицы (Стьюдента), в зависимости от количества пациентов в исследуемых группах при уровне значимости 5% ($P < 0,05$) или вероятности безошибочного прогноза на 95 %. Достоверные различия в таблицах помечены знаком *.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

При изучении зубочелюстных аномалий и деформаций у больных с односторонней расщелиной губы и нёба выявлено, что лишь у 5 больных (5,1%) деформации связаны с аномалией положения отдельных зубов. У остальных (94,9%) верхний зубной ряд был типично изменен: укорочен, седловидно сужен в области премоляров, асимметричен за счет смещения малого фрагмента верхней челюсти к центру. У всех больных наблюдалось скученное положение передней группы зубов, смещение резцов в сторону расщепленного альвеолярного отростка с нарушением осевого положения зубов. Такое положение зубов вызывает нарушение соотношения зубных дуг.

В 22% случаев у больных отмечалось недоразвитие альвеолярных отростков в области расщелины, что приводило к дезокклюзии и прослеживалась тенденция к появлению верхней микрогнатии. При анализе частоты и выраженности зубочелюстных деформаций в зависимости от срока хейлоуранопластики, нами обнаружена зависимость сроков проведения

хейлоуранопластики и недоразвитие верхней челюсти, патология прикуса и положения зубов в зубных рядах. У 20-ти больных оперированных сроком до 5 лет наблюдалось выраженное недоразвитие фронтального отдела в виде верхней микрогнатии. У оперированных больных в сроки 6-7 лет деформации были менее выражены. У оперированных больных позже 8-10 лет частота и выраженность зубочелюстных деформаций немногим отличаются от подобных нарушений, которые возникают у больных, перенесших лишь хейлопластику. Одновременно у всех больных с верхней микрогнатией наблюдалась рубцовая деформация мягких тканей свода нёба.

С двусторонними расщелинами верхней губы и нёба нами обследовано 24 больных в возрасте от 6 до 20 лет. Пластика нёба 2 больным была проведена в возрасте до 5 лет, 22 - от 6 до 7 лет. При изучении лица больных выявлено, что оно уплощено с боков, сужено и заострено. Участок межчелюстной кости у обследованных больных в возрасте до 10 лет в области носовой перегородки остается смещенным кпереди, альвеолярный отросток с зубами смещен кзади. У больных обследованных в возрасте после 12 лет межчелюстная кость и верхняя губа смещена кзади.

Деформация зубочелюстной системы нами была выявлена у всех обследованных больных. У больных, которые не получали ортодонтическую помощь, верхний зубной ряд был резко сужен в области клыков и премоляров, а зубы, прилежащие к расщелине, располагались вне окклюзионной плоскости. У некоторых больных длина верхней зубной дуги составляла почти половину длины верхней зубной дуги здоровых детей $10,50 \pm 1,44$ при норме $17,05 \pm 0,42$ (таблица 1). При обследовании нами было выявлено более частое небное прорезывание клыков и премоляров, а в некоторых случаях и аномалийные формы боковых резцов. Расположение и число резцов также различно. В 78,5% случаях передние зубы были наклонены в сторону расщелины, имели аномалию формы, величины.

Анализ биометрического изучения моделей челюстей позволил нам установить, что неправильное положение зубов фронтального отдела верхней челюсти отмечено у всех больных, а в 71,4% случаев средняя линия между центральными резцами не совпадала. У больных 1 группы (односторонняя расщелина верхней губы и нёба) было установлено сужение верхнего зубного ряда в области премоляров $30,20 \pm 1,12$ при норме $35,48 \pm 0,73$ и моляров $36,81 \pm 1,32$ при норме $45,2 \pm 0,63$. Нижний зубной ряд шире нормы в области моляров $50,20 \pm 0,64$ при норме $45,27 \pm 0,61$.

Изучение ширины зубных рядов у пациентов 2-ой группы (двусторонняя расщелина верхней губы и нёба) по сравнению с данными индивидуальной нормы показало сужение в области премоляров верхней челюсти ($26,38 \pm 1,15$ при норме $33,78 \pm 0,89$) и резкое расширение в области моляров нижней челюсти ($50,10 \pm 1,30$ при норме $44,30 \pm 1,11$).

Изучение длины переднего отрезка верхней зубной дуги по Коркхаузу свидетельствовало, что её укорочение у больных 1 и 2 групп было значительным. Длина нижней зубной дуги у пациентов 1 и 2 групп была укороченной, что видно из таблицы 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика параметров зубных рядов у больных расщелинами губы и нёба с данными средней индивидуальной нормы

гр.	Челюсти	Параметры	Имеется M ± m	Норма M ± m	D	P
1	верхняя	21/12	29,29±0,51	29,29±0,51		
		B4-4	30,20±1,12	35,48±0,73	-5,28	<0,001
		B6-6	36,81±1,32	45,27±0,63	-8,46	<0,05
		L	12,02±0,51	17,28±0,24	-5,26	<0,001
	нижняя	21/12	22,15±0,36	21,99±0,32		
		B4-4	35,50±0,42	35,38±0,73	+0,10	>0,05
		B6-6	50,20±0,64	45,27±0,61	+4,93	<0,001
		L	14,35±0,33	15,53±0,22	-1,18	<0,01
2	верхняя	21/12	28,71±0,97	28,71±0,97		
		B4-4	26,38±1,15	33,78±0,89	-7,40	>0,05
		B6-6	40,18±1,96	44,30±1,12	-4,12	>0,05
		L	10,50±1,44	17,05±0,42	-16,55	<0,01
	нижняя	21/12	21,43±0,31	21,74±0,50		
		B4-4	31,81±0,94	33,78±0,89	-1,97	>0,05
		B6-6	50,10±1,30	44,30±1,11	+5,80	<0,01
		L	14,13±1,03	14,92±0,36	-0,79	>0,05

Примечания: 1 группа - больные с односторонними расщелинами верхней губы и нёба; 2 группа - больные с двусторонними расщелинами верхней губы и нёба.

Измерение моделей челюстей свидетельствовало о преимущественном сужении верхнего зубного ряда и его укорочении, а также об изменениях поперечных и продольных размеров нижнего зубного ряда.

На основании ортопантомографического исследования челюстей, по которым определяли сроки прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти при расщелинах верхней губы и нёба после хейлоуранопластики, позволил нам сделать следующий вывод. Степень задержки сроков прорезывания зубов фронтального отдела верхней челюсти у обследованных с различными видами врожденных расщелин верхней губы и нёба непосредственно связана с проведением в этом возрастном периоде радикальной уранопластики. Уранопластика приводит к деформации фронтального отдела верхней челюсти в трёх взаимоперпендикулярных направлениях, что приводит к нарушениям сроков прорезывания зубов. Время применения ортодонтических аппаратов определялись по срокам прорезывания постоянных зубов (рис.1).

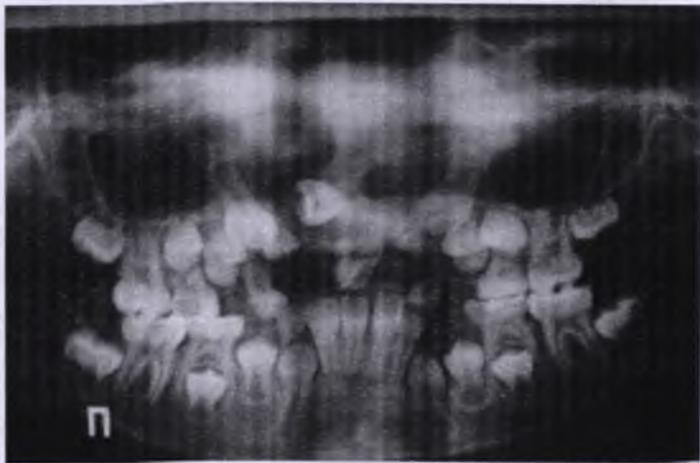


Рис.1. Ортопантомограмма челюстей. Задержка прорезывания центральных и боковых резцов. Односторонняя расщелина верхней губы и нёба.

В связи с повышенной кариесогенностью временных зубов, следует уделить максимальное внимание своевременному их лечению. У больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, раннее разрушение зубов

приводит к ещё большему недоразвитию и усугублению нарушений прикуса.

Полученные сведения важны для прогнозирования комплекса лечебных мероприятий при оказании помощи больным с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики.

Для оценки результатов ортодонтического лечения больных после хейлоуранопластики мы использовали 16 признаков морфо-функциональной нормы в контрольной и основной группах, исходя из общепринятых признаков, характеризующих ортогнатический прикус и плюс 6 ключей окклюзии по Эндрюсу.

В контрольной группе у 62 больных с одно- и двусторонними расщелинами верхней губы и нёба ортодонтическое лечение проводилось с использованием традиционной аппаратуры. Однако ортодонтическое лечение в этой группе проводилось не регулярно.

Результаты устранения аномалий и деформаций у больных контрольной группы с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба с использованием традиционных методов и средств (съёмные и несъёмные аппараты механического типа действия), у которых лечение проводилось не регулярно с перерывами, были следующими: у всех больных данной группы имелись значительные нарушения положения зубов и соотношения зубных дуг; наличие тортоаномалий; несоответствие норм угла инклинации и ангуляции зубов; смещение передних зубов в мезиодистальном направлении; нарушение положения зубов в вертикальной плоскости. В боковых фрагментах наиболее часто нарушение смыкания зубных рядов было в области премоляров. Наблюдалась патологическая инклинация первых постоянных моляров после расширения верхнего зубного ряда. Оклюзионная кривая Шпее не соответствовала норме.

По отношению к 16 признакам морфо-функциональной нормы из общего числа больных контрольной группы (62); у 25 - выполнены 1 и 2 признак, у 19 - с 1 по 5 признак, у 10 - с 1 по 7 признак, у 8 - с 1 по 9 признак. Выполнение 9 из 16 признаков у наименьшего количества больных показали, что ортодонтическое лечение не закончено (рис. 2).



Рис. 2. Выполнение признаков нормы в контрольной группе.

Сроки ортодонтического лечения контрольной группы составил у 28 пациентов - 3 года, у 23 - 3,5 года, у 11 - 4,5 года и более (рис. 3).



Рис. 3. Сроки ортодонтического лечения больных в контрольной группе.

В основной группе у 59 больных регулярное ортодонтическое лечение после хейлоуранопластики с использованием традиционной съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры проводилось у 40 больных, 19 больных лечились с применением брекет-техники. В процессе работы с брекет-техникой мы учитывали ранее проведенное ортодонтическое лечение с использованием съемных конструкций ортодонтических аппаратов.

Результаты устранения аномалий и деформаций у больных основной группы с врожденными расщелинами верхней губы и нёба, лечение которых проводилось систематически и регулярно под контролем ортодонта, стоматолога-терапевта и других специалистов были следующими. На этапе сменного прикуса у больных основной группы, лечившихся с использованием традиционной ортодонтической аппаратуры, продолжали стимулировать рост и развитие формы верхней зубной дуги с использованием расширяющих аппаратов, сдерживали рост нижней челюсти с помощью подбородочной пращи и съемного ортодонтического аппарата с активной вестибулярной дугой на нижнюю челюсть. Особое внимание при лечении мы уделяли первым постоянным молярам, добиваясь правильного их положения. Ограниченные возможности съемной ортодонтической аппаратуры не позволили достичь морфо-функциональной нормы с учетом 16 признаков. 19-ти больным с врожденными одно- и двусторонними расщелинами после 11-12 лет нами была применена брекет-техника. По результатам лечения 15-ти больных с односторонними и 4-х больных с двусторонними расщелинами, большинство пунктов, характеризующих морфо-функциональную норму, удалось выполнить с использованием брекет-техники. Была восстановлена эстетическая линия между верхними и нижними центральными резцами, изменено перекрытие в области передних зубов до 1/3, в области боковых зубов перекрытие соответствует норме, форма зубных рядов нормализована, высота коронок зубов уменьшается от резцов к молярам, восстановлена правильная ангуляция и инклинация зубов, устранены тортоаномалии, тремы и диастемы, нормализована кривая Шпее.

По 16 признакам морфо-функциональной нормы из общего числа больных основной группы (59) у 19 больных выполнены - с 1 по 5 признак, у 16 больных - с 1 по 7 признак, у 14 больных - с 1 по 9 признак, у 8 больных - с 1 по 12 признак, у 2 больных - с 1 по 15 признак (рис.4).

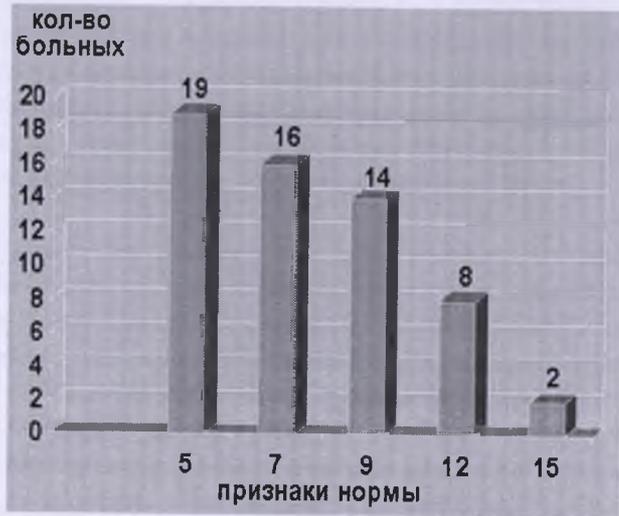


Рис. 4. Выполнение признаков нормы в основной группе

Продолжительность ортодонтического лечения из общего числа больных основной группы (59) составила у 15 больных - 1,5 года, у 21 - 2 года, у 23 - 3 года (рис. 5).

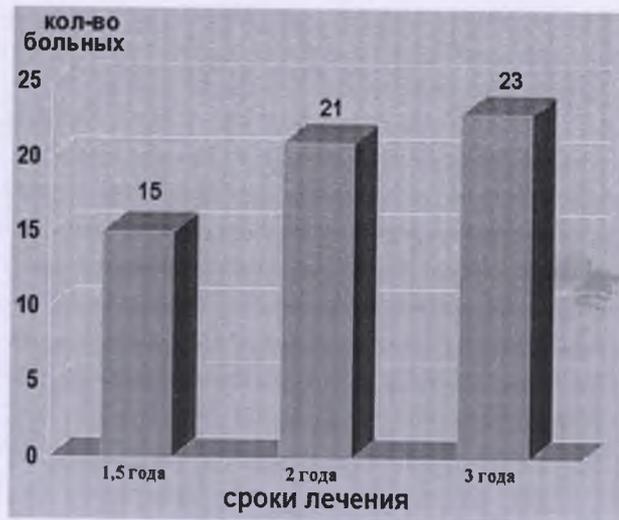


Рис. 5. Сроки ортодонтического лечения больных в основной группе

Анализ законченности ортодонтического лечения в сравниваемых группах с учетом 16 признаков нормы показал, что первый признак выполнен у всех больных основной (59) и контрольной (62) групп. Второй признак выполнен у всех больных основной группы, а в контрольной у $40,3 \pm 6,5\%$ больных (разница показателей статистически достоверна $p < 0,05$). С третьего по девятый признак разница в показателях в обеих группах статистически недостоверна ($p > 0,05$). Выполнение признаков с десятого по пятнадцатый наблюдалось только в основной группе больных. Шестнадцатый признак не выполнен ни в одной группе больных. Следовательно, в основной группе выполнение признаков доходило до 15 лет, как в контрольной группе только до 9-го (табл. 2).

Таблица 2

Выполнение признаков морфо-функциональной нормы (на 100 больных)

Признаки нормы	Контрольная группа		Основная группа		Оценка достоверности
	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$	
1	62	100,0 \pm 0,0	59	100,0 \pm 0,0	*
2	25	40,3 \pm 6,5	59	100,0 \pm 0,0	t=9,8; p<0,05
3	19	30,6 \pm 5,9	19	32,2 \pm 6,1	t=0,06; p>0,05
4	19	30,6 \pm 5,9	19	32,2 \pm 6,1	t=0,06; p>0,05
5	19	30,6 \pm 5,9	19	32,2 \pm 6,1	t=0,06; p>0,05
6	10	16,1 \pm 4,6	16	27,1 \pm 5,8	t=1,1; p>0,05
7	10	16,1 \pm 4,6	16	27,1 \pm 5,8	t=1,1; p>0,05
8	8	12,9 \pm 4,3	14	23,7 \pm 5,5	t=1,8; p>0,05
9	8	12,9 \pm 4,3	14	23,7 \pm 5,5	t=1,8; p>0,05
10	0	*	8	13,6 \pm 4,5	*
11	0	*	8	13,6 \pm 4,5	*
12	0	*	8	13,6 \pm 4,5	*
13	0	*	2	3,4 \pm 2,4	*
14	0	*	2	3,4 \pm 2,4	*
15	0	*	2	3,4 \pm 2,4	*
16	0	*	0	*	*

Статистический анализ данных по срокам ортодонтического лечения в контрольной и основной группе позволил сделать заключение, что сроки лечения в основной группе значительно меньше, чем в контрольной $26,86 \pm 2,14$ месяцев против $38,61 \pm 1,67$ месяцев, что статистически достоверно $P < 0,05$ (табл. 3).

В ходе нашей работы лечение больных с врождёнными расщелинами проводилось поэтапно.

Заключительным этапом лечения больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба являлось протезирование. В связи с тем, что у больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба, деформация верхней челюсти почти всегда сочетается с дефектом зубного ряда в области расщелин, то протезирование является важным этапом в комплексном лечении этих аномалий. Этот вопрос решался нами в зависимости от результатов ортодонтического лечения, устойчивости перемещенных зубов, степени их перекрытия.

В своей работе мы обосновали применение брекет-техники при ортодонтическом лечении. Клиническая апробация этой техники у больных с врождёнными расщелинами позволила нам сделать вывод, что в отличии от традиционной съёмной и несъёмной ортодонтической аппаратуры, эта техника является назубной, которая не оказывает негативного действия на слизистую оболочку полости рта при условии гигиенического ухода не только за зубами, но и за техникой, а также даёт возможность беспрепятственно осуществлять санацию полости рта.

Брекет-техника позволяет корпусно перемещать аномалиейно расположенные зубы на довольно значительное расстояние при условии применения малых ортодонтических сил. Аппаратура оказывает действие в трёх взаимноперпендикулярных плоскостях, тем самым сокращает сроки ортодонтического лечения в 2 - 2,5 раза. Учитывая трудности, с которыми сталкивается врач ортодонт при лечении больных с врождёнными расщелинами, это имеет огромное значение на этапах реабилитации больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба.

Сроки ортодонтического лечения больных с врождёнными расщелинами верхней губы нёба после хейлоуранопластики

Контрольная группа		Основная группа	
Кол-во больных - 62	месяцы	Кол-во больных - 59	месяцы
6	21,0	1	12,0
5	22,0	1	13,0
3	30,0	2	15,0
3	30,5	2	16,5
3	33,5	2	17,0
1	34,0	3	18,0
1	34,5	2	19,5
1	35,0	2	20,5
1	35,5	1	21,0
1	36,0	1	21,5
1	36,5	2	22,0
1	37,0	3	23,0
1	37,5	6	24,0
2	38,0	3	25,5
2	38,5	3	26,0
3	40,0	1	27,0
3	41,0	1	28,0
2	41,5	1	29,0
2	42,0	1	30,0
2	43,0	1	31,0
2	44,0	2	32,0
3	45,0	1	33,0
2	49,0	2	34,0
1	50,0	3	35,0
1	51,0	4	36,0
1	52,0	3	37,0
2	53,0	1	38,0
1	54,0	1	40,0
1	55,0	1	41,0
1	56,0	1	42,0
2	57,0	1	44,0
1	58,0	0	0,00
M = 38,61 m ± 1,67		M = 26,86 m ± 2,14	
t = 4,34 p < 0,05			

Выводы

1. На основании изучения диагностических моделей челюстей, данных клинического и рентгенологического исследований установлено скученное положение передней группы зубов верхней челюсти, тортоаномалии, транспозиции, про- и ретроположения зубов, деформация альвеолярного отростка фронтального отдела верхней челюсти, что являются следствием не только врожденной патологии, но и негативного влияния хейлоуранопластики. Установлена задержка прорезывания зубов фронтального отдела верхней челюсти, особенно в период сменного и раннего постоянного прикуса, что отражает состояние зубочелюстной системы в целом.

2. При лечении аномалий зубов и деформаций прикуса у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики применён эффективный ортодонтический метод – брекет-техника, который оказывает действие в трёх взаимноперпендикулярных плоскостях.

3. Применение брекет-техники у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба после хейлоуранопластики сокращает сроки ортодонтического лечения в 2 - 2,5 раза.

4. При ортодонтическом лечении врач ортодонт должен ориентироваться на 16 признаков, приводящие к восстановлению зубочелюстной системы до морфо-функциональной нормы, что в комплексе лечебных мероприятий значительно приближает больного к полной реабилитации.

Практические рекомендации

1. Вид ортодонтического лечения, его активность зависят от возраста больного и метода хирургического вмешательства. В период сменного прикуса эффективнее использовать традиционную съемную и несъемную ортодонтическую аппаратуру, направленную на стимулирование роста верхней челюсти в сагиттальном и трансверзальном направлении и создание условий для правильного прорезывания постоянных зубов.

2. На завершающем этапе ортодонтического лечения больных с врожденными расщелинами для исправления аномалий положения зубов фронтального отдела верхней челюсти, формы зубных рядов и прикуса высокоэффективна брекет-техника.

3. Ортодонтическое лечение зубочелюстных деформаций у больных с врожденными расщелинами верхней губы и нёба следует считать законченным при достижении наибольшего числа (из 16) признаков морфо-функциональной нормы.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Анализ изучения ортопантомограмм челюстей при врожденных несращениях в челюстно-лицевой области у детей и подростков // В сб. научных трудов стом. факультета КГМИ «Лечение, реабилитация и диспансеризация стоматологических больных в условиях горного климата КР» - Бишкек, 1994. - С.53-57 (соавт. А.О.Ысыева.).

2. Ошибки при планировании лечения ортодонтических больных // В сб. научных трудов стом. факультета КГМИ «Лечение, реабилитация и диспансеризация стоматологических больных в условиях горного климата КР» - Бишкек, 1994. - С.79-81 (соавт. Н.Г.Осадчий.).

3. Ортодонтические методы лечения деформации зубочелюстной системы у детей и подростков при врожденных несращениях губы и нёба // В сб. статей «Актуальные вопросы физиологии, экспериментальной и клинической патологии организма в климатогеографических условиях Кыргызстана» посв. к 5-летию образования медицинского фак-та КРСУ. - Бишкек, КРСУ, 1999. - С. 159-163.

4. Распространенность и причина деформаций прикуса у больных с врожденными расщелинами губы и нёба // В сборнике научных трудов «Медицина на стыке тысячелетий». - Бишкек, 2000. - С.180-188

5. Ортодонтическое и ортопедическое методы лечения деформации зубочелюстной аномалий у детей и подростков при врожденных несращениях в челюстно-лицевой области до и после оперативного вмешательства // В сб. научных трудов, посв. 60-летию профессора Л.Б.Сабуровой «Актуальные вопросы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии». - Бишкек, КГМА, 2000. - С.115-118.

6. Нарушение сроков прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти при врожденной расщелине верхней губы и нёба по изучению ортопантомограмм челюстей // «Проблемы стоматологии». - Алматы, 2001. - №3. - С.82-83.

7. Деформация фронтального участка верхнего зубного ряда после хейлоуранопластики у детей и подростков с врожденными расщелинами

верхней губы и нёба // «Медицинские кадры XXI века». - Бишкек, 2006. - №1. - С.34-39.

8. Анализ данных изучения диагностических моделей челюстей при врождённых расщелинах верхней губы и нёба после хейлоуранопластики // «Медицинские кадры XXI века». - Бишкек, 2006. - №2. - С.94-97.

Рационализаторское предложение

1. Инструмент для определения антропометрических показателей зубных рядов верхней и нижней челюстей. / М.Б.Баширов, С.У.Султанбаева. / № 719 от 03.12.1997 г.

Давлетов Болотбек Мукаевичтин «Хейлоуранопластикадан кийин үстүнкү эриндин жана тандайдын тубаса жырыгы бар бейтаптардын үстүнкү жаактын бет маңдай бөлүмүнүн деформациясын ортодонтикалык жана ортопедиялык дарылоону, диагностиканын ыкмаларын жакшыртуу», медицина илимдеринин кандидаттыгына, кесиби боюнча 14.00.21 – стоматология диссертациясына

КОРУТУНДУ

Чечүүчү сөздөр: жырык, үстүнкү эрин, тандай, үстүнкү жаак, брекет – техника, ортодонтикалык чечме жана чечме эмес аппарат, хейлоуранопластика.

Изилдөөнүн максаты: Акыркы жылдары тиш-жаак аномалияларды жана деформацияларды түзөтүү үчүн чечме эмес ортодонтикалык брекет-техникасы колдонулат. Ошону менен бирге үстүнкү эриндин жана тандайдын тубаса жырыгы бар бейтаптарды ийгиликтүү дарылоо үчүн кенири мүмкүнчүлүктөр пайда болду. Бирок, бул бейтаптарда бул техниканы колдонуу үчүн маалыматтын жетишсиздиги бул изилдөөнүн максатын жана милдеттерин шарттайт.

Изилдөөнүн жыйынтыктары: Өзүмдүн ишимде биз жаңы, чечме эмес ортодонтикалык брекет-техниканы колдондук. Бул техниканы тубаса жырыгы бар бейтаптарда жүргүзүлгөн клиникалык тажрыйбалардын негизинде, бизге төмөнкү жыйынтыктарды жасоого мүмкүнчүлүк берди: кадимки чечме жана чечме эмес ортодонтикалык аппараттардан айырмаланып, бул техника тиштин үстүнө колдонулат, тиштерди жана техниканы гигиеналык күтүү шартында ооз көңдөйдүн былжырлуу челине терс таасирин тийгизбейт, ошондой эле ооз көңдөйдү тоскоолсуз саламаттандырат. Брекет-техника кичине ортодонтикалык күчтү колдонуу шартында аномалдык жайгашкан тиштерди

бир кыйла аралыка тулкусу менен которуштурууга мүмкүнчүлүк берет. Аппаратура үч өз ара перпендикулярдуу тегиздикте аракет кылат, ошону менен бирге активдүү ортодонтикалык дарылоонун мөөнөтүн 2-2,5 эсе кыскартат. Доктур ортодонт тубаса жырыгы бар бейтаптарды дарылоодо кезиккен кыйынчылыктарды эске алсак, бул тубаса жырыгы бар бейтаптарды калыбына келтирүү программасын ишке ашыруу этабында чоң мааниге ээ болот.

Колдонуучу тармактар: саламаттык сактоо министирлиги.

РЕЗЮМЕ

диссертации Давлетова Болотбека Мукаевича на тему «Совершенствование методов диагностики, ортодонтического и ортопедического лечения деформаций фронтального отдела верхней челюсти у носителей врожденных расщелин верхней губы и нёба после хейлоуранопластики» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, по специальности 14.00.21 - стоматология

Ключевые слова: расщелина, верхняя губа, нёбо, верхняя челюсть, брекет-техника, ортодонтический съёмный и несъёмный аппарат, хейлоуранопластика.

Цель исследования: В последние годы для исправления зубочелюстных аномалий и деформаций применяется несъемная ортодонтическая брекет-техника. В связи с этим появились большие возможности для успешного лечения больных с врождёнными расщелинами верхней губы и нёба. Однако, недостаточно данных для использования этой техники у этих больных, что и определило цель и задачи данного исследования.

Полученные результаты: В своей работе мы обосновали применение брекет-техники при ортодонтическом лечении. Клиническая апробация этой техники у больных с врождёнными расщелинами позволила нам сделать вывод, что в отличии от традиционной съёмной и несъёмной ортодонтической аппаратуры, эта техника является назубной, не оказывает негативного действия на слизистую оболочку полости рта при условии гигиенического ухода не только за зубами, но и за техникой, а также дает возможность беспрепятственно осуществлять санацию полости рта.

Брекет-техника позволяет корпусно перемещать аномалийно расположенные зубы на довольно значительное расстояние при условии применения малых ортодонтических сил. Аппаратура оказывает действие в

трёх взаимноперпендикулярных плоскостях, тем самым сокращает сроки активного ортодонтического лечения в 2 - 2,5 раза. Учитывая трудности, с которыми сталкивается врач ортодонт при лечении больных с врождёнными расщелинами, это имеет огромное значение на этапе выполнения программы по реабилитации больных с врождёнными расщелинами.

Область применения: здравоохранение.

RESUME

of the thesis «Improvement of diagnostics methods, orthodontic and orthopedic alignment of malformation of frontal part of upper jaw at congenital cleft lip and cleft palate after cheilouranoplastics» is presented for the competition in order to obtain an academic degree of the Candidate of Medical Science by B.M. Davletov, specialty: 14.00.21 - stomatology

Key words: cleft, upper lip, palates, upper jaw, bracket-technique, removable and irremovable orthodontic appliance, cheilouranoplastics.

Aim of research: During the last years for improvement of tooth and jaws abnormalities and malformations used irremovable orthodontic bracket-technique. That is why big opportunities appeared for successful treatment of patients with congenital cheiloschisis and cleft palate. But there is not enough data for using of this technique for these patients, that have determined the purpose and aims for this research.

Results and novelty: In this work we use of new irremovable orthodontic bracket-technique. Clinical testing of this technique on patients with congenital clefts allowed us to summarize that unlike traditional removable and irremovable orthodontic appliance this technique being dental does not negatively influence on tunica mucosa of mouth under the condition of sanitary care for not only for teeth, but for appliance and gives an opportunity to make oral cavity sanitation.

Bracket technique allows moving anomalous located tooth to quite significant distance with the condition of use of small orthodontic force. Appliance takes actions in three mutually perpendicular planes thus decreasing period of orthodontic treatment in 2-2,5 times. Taking into account the difficulties which meets orthodontist while treating patients with congenital clefts, this has a huge importance on the stage of program implementation for rehabilitation of patients with congenital clefts.

The field of use: public health.

2008-597
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ К.14.06.328.

На правах рукописи
УДК 616.317-007.254-053.1

ДАВЛЕТОВ БОЛОТБЕК МУКАЕВИЧ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ,
ОРТОДОНТИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕФОРМАЦИЙ ФРОНТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ У НОСИТЕЛЕЙ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН
ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПОСЛЕ ХЕЙЛОУРАНОПЛАСТИКИ

14.00.21 - стоматология

Автореферат диссертации
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2008