

Оценка эффективности остеопатического лечения детей младшего школьного возраста с мезиальным прикусом

Ю. К. Илюхина, ООО «Центр Восстановительной Медицины», Екатеринбург

Н. В. Текутьева, «Центр персональной стоматологии Владимира Новикова», Москва

Резюме

Одной из основных проблем стоматологии является профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций. Среди них наиболее частым нарушением, учитывая количество обращений, сложность клинической картины, частоту рецидивов и неудач при лечении, являются различные формы прогении (нижняя макрогнатия, нижняя прогнатия, мезиальный прикус).

В данной статье приведены результаты исследования влияния остеопатического лечения при комплексном лечении детей младшего школьного возраста с мезиальным прикусом; охарактеризован остеопатический статус пациентов; доказана эффективность применения остеопатических воздействий, что подтверждается нормализацией носового дыхания, глотания, функций языка, скоростью уменьшения горизонтальной межрезцово-щели в ходе комплексного лечения.

Ключевые слова: мезиальный прикус, соматические дисфункции, остеопатия.

Efficiency Evaluation of Osteopathic Treatment of Primary School Children with Mesial Bite

J. Il'uhina, "Center for Restorative Medicine" Ltd., Ekaterinburg

N. Tekuteva, "Vladimir Novikov's Personal Dental Center", Moscow

Abstract

One of the main dentistry problems is the prophylaxis and treatment of dentofacial anomalies and deformities. Different forms of progenia (lower macrognathia, mandibular protrusion, mesial bite) are the most common defects according to the number of patient requests, the complexity of clinical presentation, the frequency of relapses and treatment failures. The article describes osteopathic treatment effect in complex therapy of primary school children with mesial bite. The osteopathic status of the patients was characterized. The study showed the osteopathic treatment efficiency which is proved by the normalization of nasal breathing, swallowing, tongue functions and the rapidly decreasing horizontal gap between teeth.

Keywords: mesial bite, somatic dysfunction, osteopathy.

Введение

Одной из основных проблем стоматологии является профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций. Среди них наиболее труднокорректируемой деформацией является мезиальный прикус (Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10 K07.2 Аномалии соотношения зубных дуг).

Популяционная частота клинических форм этой аномалии, по данным разных авторов, составляет 1–16% (Абалмасов Н. Г, 1970; Каламкаров Х. А., 1981; Кононов В. В., 1999).

К особенностям этиологии и патогенеза возникновения мезиального прикуса можно отнести следующие факторы: генетические особенности строения костей лицевого отдела черепа, наличие сверхкомплектных зубов в нижнем зубном ряду, множественная ретенция верхних зубов или их ранняя потеря, болезни ребенка в раннем возрасте (рахит), вредные привычки (сосание верхней

губы и др.), нарушение размеров и функции языка (макроглоссия), нарушение носового дыхания, нарушение глотания, короткая уздечка языка, аномалии зубов и челюстей.

Цель исследования:

Изучение характерных соматических дисфункций и оценка эффективности остеопатического лечения у детей младшего школьного возраста с прогенией.

Задачи исследования:

1. Оценка соматических дисфункций пациентов с мезиальным прикусом;
2. Сравнительный анализ результативности ортодонтического и комплексного лечения прогении;
3. Оценка эффективности остеопатического лечения.

Материалы и методы исследования

Нами было произведено комплексное обследование и лечение 24 пациентов с мезиальным прикусом. Возраст обследованных пациентов от 7 до 10 лет, средний возраст — 8 лет, из них 8 мальчиков (22%) и 16 девочек (78%).

Таблица 1

Возраст	7 лет	8–9 лет	10 лет
Мальчики	4	1	3
Девочки	6	4	6

Критерии включения:

- 1) мезиальный прикус,
- 2) потенциальное согласие пациента на остеопатическое лечение.

Критерии исключения из исследования:

- 1) эпилепсия,
- 2) бульбарные нарушения,
- 3) онкологические заболевания,
- 4) острые инфекционные заболевания.

Из общего числа обследованных, в зависимости от применяемых методик лечения, методом рандомизации было сформировано две клинически сопоставимых группы: основная (12 человек) и группа сравнения (12 человек).

Основная группа включала в себя 4 мальчика и 8 девочек, группа сравнения — 4 мальчика и 8 девочек.

Основная группа состояла из пациентов, получавших остеопатическую коррекцию, ортодонтическое и стоматологическое лечение (регулятор функции Френкеля III типа, аппарат Брюкля, вестибулярные пластины, пластиночные съемные аппараты на верхнюю челюсть, трейнер системы).

Группа сравнения состояла из пациентов, которых лечили по тем же схемам, но без остеопатического сопровождения.

Инструментальные методы исследования

Всем больным были выполнены телерентгенограммы (ТРГ) в боковой проекции. Исследование проводилось на панорамном рентгеновском аппарате «Planmeca ProMax», фирма-изготовитель «Planmeca», Финляндия, 2012 год выпуска, U=90kV, I=10mA. Также была выполнена ортопантограмма (ОПТГ), слепки на основании гипсовых моделей и диагностические расчетные модели челюсти. Исследование проводилось на аппарате рентгенодиагностическом, дентальном

«Planmeca ProMax 3DMax» фирма-изготовитель «Planmeca», Финляндия, 2012 год выпуска, U=90kV, I=11mA. Все расчеты проводились с использованием лицензионного программного обеспечения PMBRIDGE v.2.5 SDK для Windows.

Методики лечения

Первая группа, основная (1) получала остеопатическое лечение на протяжении трех месяцев в сопровождении ортодонтического лечения (использовался регулятор функции Френкеля, трейнер системы, пластины с винтом Бертони, аппарат Брюкля).

Продолжительность каждого сеанса составила 45–60 минут. Тактика коррекции нарушения прикуса была индивидуальной при работе с каждым конкретным пациентом.

Необходимо отметить, что в процессе лечения не использовались высокоскоростные трастовые техники.

Группа сравнения (2) лечилась ортодонтически по тем же схемам, но без остеопатического лечения.

Для оценки эффективности остеопатического лечения у детей младшего школьного возраста с мезиальным прикусом через три месяца лечения всем пациентам проводили ортодонтическое и остеопатическое обследование. За улучшение принимали изменение функции носового дыхания и глотания, которые определялись по аналогово-визуальной шкале, и уменьшение величины горизонтальной межрезцово-щели. Статистические методы применялись для определения достоверности результатов исследования. Оценка производилась по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

При обследовании было выделено 2 пациента с гнатической формой мезиального прикуса, у остальных прогения была функциональной. В результате остеопатического обследования нами была обнаружена следующие соматические дисфункции:

Соматическая дисфункция C0–C1 — 22 пациента (91%).

Среди краниальных дисфункций у пациентов с мезиальным прикусом были выявлены следующие:

- торсия сфенобазиллярного синхондроза (СБС) у 8 пациентов (33%),
- латерофлексия с ротацией у 3 пациентов (12%),
- компрессия СБС у 2 пациентов (8%);
- нижний вертикальный стрейн у 4 пациентов (16%),
- соматическая дисфункция швов лицевого черепа у 19 пациентов (80%).

Соматические дисфункции верхней челюсти обнаружены у 22 пациентов (92%), из них:

- компрессия межверхнечелюстного шва у 20 человек (83%),
- компрессия соединения пре- и постмаксилля у 17 пациентов (71%),
- внутрикостные повреждения верхней челюсти у 10 пациентов (41%),
- повреждения твердой мозговой оболочки у 22 пациентов (92%).

Также наблюдалось нарушение функции глотания у 17 пациентов (71%), нарушение носового дыхания у 22 пациентов (91%).

Нарушение носового дыхания определялось на основании оценки пациентом своего состояния по 5-балльной шкале (где 5 баллов — носовое дыхание нарушено, 1 балл — носовое дыхание свободно).

Для определения нарушения функции глотания проводилась диагностика на основании алгоритма, предложенного Жаном-Мари Ландузи. Интерпретация результатов происходила на основании предложенной им классификации. Исследование проводилось последовательно в положении стоя, сидя, лежа. При этом отмечалось положение кончика языка при глотании и наличие или отсутствие ограничений глотательных движений различной степени.

Величина горизонтальной межрезцовой щели контролировалась на основании расчетов телерентгенограммы в боковой проекции и расчета диагностических моделей челюстей.

Таким образом, были получены следующие результаты:

Таблица 2

Соматические дисфункции, выявленные при обследовании

Соматические дисфункции	1 группа, n = 12	2 группа, n = 12
Верхнешейного отдела позвоночника	12 (100%)	10 (83%)
Сфенобазиллярного синхондроза	7 (58%)	10 (83%)
Швов лицевого черепа	9 (75%)	10 (83%)
Верхней челюсти	10 (83%)	12 (100%)
Твердой мозговой оболочки	10 (83%)	12 (100%)
Другие дисфункции		
Нарушение функции глотания	9 (75%)	8 (67%)
Нарушение носового дыхания	12 (100%)	10 (83%)
Горизонтальная межрезцовая щель 1–7 мм	12 (100%)	12 (100%)

Как уже отмечалось, тактика остеопатической коррекции нарушения прикуса была индивидуальна, при работе с каждым отдельно взятым пациентом. Однако включала в себя следующие основные шаги:

1. Коррекция соматической дисфункции твердой мозговой оболочки.
2. Устранение соматических дисфункций крестца.
3. Уравновешивание системы череп-крестец.
4. Устранение соматической дисфункции С0–С1.
5. Устранение кинетических дисфункций костей черепа.
6. Устранение шовных дисфункций лицевого черепа.
7. Коррекция нарушения функции глотания.
8. Устранение гипертонуса жевательной мускулатуры.
9. Устранение фасциальных натяжений.

После курса лечения в обеих группах была отмечена положительная динамика в виде уменьшения размеров межрезцовой щели, однако, так как при всех видах прогений имеются серьезные функциональные нарушения, проявляющиеся в затруднении откусывания, пережевывания пищи, а также в нарушении дыхания, глотания и произношения звуков, то наиболее значимым результатом мы считаем значительное восстановление функций носового дыхания и глотания у пациентов в первой группе (1), что отражено в таблице 2.

Таблица 2

Динамика изменения функции глотания до и после лечения

Группы	I			II		
	До	После	p	До	После	p
Нарушение функции глотания	9 (38%)	1 (4%)	p<0,05	8 (33%)	8 (33%)	p>0,05

Нарушение носового дыхания оценивалось пациентами самостоятельно по 5-балльной шкале, где 3 — носовое дыхание значительно нарушено, 1 — носовое дыхание свободно. При анализе шкал, нами были получены следующие результаты:

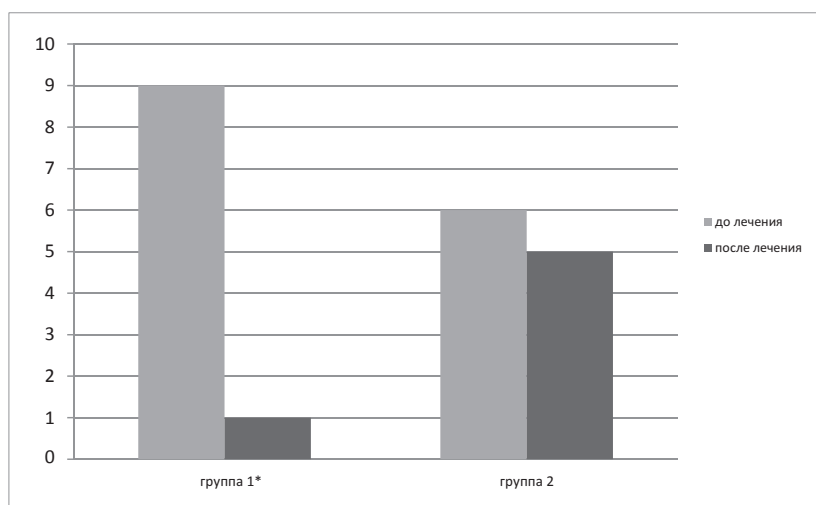


Рис. 1. Динамика изменения носового дыхания (ВАШ) до и после лечения в основной (1) и контрольной (2) группах

Выполнение контрольных диагностических моделей с последующим расчетом позволило оценить состояние межрезцово́й щели у пациентов двух групп после проведенного лечения. Ее средняя величина изменилась более значимо в группе с использованием остеопатического лечения, по сравнению со стандартным ортодонтическим лечением.

Таблица 3

Средняя величина горизонтальной межрезцово́й щели до и после лечения

	1 группа, n = 12			2 группа, n = 12		
	До лечения	После лечения	p	До лечения	После лечения	p
Средняя величина щели	5 ± 0,5	2,6 ± 0,5	p<0,05	5 ± 0,5	3,8 ± 0,5	p<0,05

После курса лечения у пациентов, имеющих гнатическую форму мезиального прикуса, нами не было достигнуто стабильного результата, исходя из этого можно предположить, что при истинном мезиальном прикусе наиболее эффективным было бы проведение ортодонтического лечения.

Выводы

С учетом того, что исследования проводились на начальном этапе лечения, мы можем говорить об эффективности остеопатической подготовки перед ортодонтическим лечением, так как при начальном лечении группы сравнения мы не получили существенного улучшения функций дыхания и глотания, а также восстановления положения языка. При мезиальном прикусе особенно важное значение имеют именно эти функции, потому что неправильное положение языка и нарушение глотания может существенно задерживать рост верхней челюсти и стимулировать зубоальвеолярную форму прогении.

Ввиду кратковременности нашего исследования мы не можем проследить все этапы ортодонтического лечения, а также отдаленные результаты, но уже сейчас имеем возможность предположить, что при остеопатической коррекции будут сокращаться сроки ортодонтического лечения.

Мы рекомендуем применение остеопатических методов лечения на этапах подготовки к ортодонтическому лечению и в период сопровождения как метод комплексного лечения у пациентов разных возрастных групп. Методы и техники остеопатического лечения являются высокоэффективными и в тоже время безопасными в лечении прогенического прикуса и могут использоваться у пациентов разных возрастных групп с различными соматическими заболеваниями. Полученные результаты вдохновили нас на продолжение исследования.

Список литературы

1. Аболмасов Л. Г. Лечение прогенического прикуса биомеханическими активаторами / Л. Г. Аболмасов // Труды Смоленского медицинского института. — 1978. — С. 101–103.
2. Безруков В. М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций средней зоны лицевого скелета: дис.... д-ра мед. наук. / В. М. Безруков. — Москва: 1981. — 328 с.
3. Безруков В. М. Врожденные и приобретенные аномалии и деформации челюстно-лицевой области // Справочник по стоматологии/под ред. В. М. Безрукова. — М.: Медицина, 1998. — С. 269–274.
4. Белова А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и работников/А. Н. Белова. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
5. Бимбас Е. С. Результаты лечения мезиального прикуса/Е. С. Бимбас, Б. Я. Булатовская // Ортодонтия: методы профилактики, диагностика и лечение. Труды ЦНИИС. — М., 1990. — С. 85.
6. Гюева Ю. А. Мезиальная окклюзия зубных рядов/Ю. А. Гюева, Л. С. Персин. — М.: Медицина, 2008. — 192 с.
7. Дистель В. А. Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития/В. А. Дистель, В. Г. Сунцов, Д. В. Вагнер. — М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2001. — 102 с.
8. Каламкаров Х. А. Деформация лицевого черепа/Х. А. Каламкаров, Н. А. Рабухина, В. М. Безруков. — М.: Медицина, 1981. — 239 с.
9. Персин Л. С. Стоматология детского возраста/Л. С. Персин, В. М. Елизарова, С. В. Дьяков. Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицина, 2003. — 640 с.: ил.
10. Хорошилкина Ф. Я. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстных аномалий/Ф. Я. Хорошилкина, Л. М. Демнер, К. Френкель. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.: ил.