

Ранно лечение/ гранично лечение

Резюме от декемврийската лекция
на проф. Александър у нас

В началото на месец декември миналата година в класния нов софийски хотел Greenville се проведе предната среща на българските ортодонти с добре известния вече и у нас д-р Уик Александър. Поставената на дискусия тема този път бе ранното ортодонтско лечение и граничните случаи за лечение.

Проявата, както винаги досега, бе организирана на ниво от фирма "Консидент". (Следва на стр. 7)



Проф. Уик
Александър

(Продължение от стр. 2)

Определението, което д-р Александър дава за ранно лечение, е "Повлияване на оклузиите на пациента и скелетния растеж преди пълното оформяне на постоянното съзъбието." Това лечение може да се проведе между 6-и 12-годишна възраст, през целия период на смяна на съзъбието. Исторически погледнато, махалото се е люляло в двете крайности - от тенденцията лечението да се започва едва чак след пробива на вторите молари (техниката на Туид, по която е обучаван д-р Александър) до становището, че пациентът трябва да започне да се лекува много рано. Самият д-р Александър в началото на своята практика стриктно следвал методиката на Туид и установил, че често му се е налагало да екстракира премолари. В тези години на мода излизат схващането, че никакво ортодонтско лечение трябва да се предприеме още щом пациентът влезе в кабинета - максиларно разширение, подреждане на зъбите или друго, като това не рядко е подплатено и от комерсиален интерес. Въпросът е много коментиран днес в САЩ и американското ортодонтско общество и според лектора критиките към масовото ранно започвано лечение до голяма степен са основателни.

Трябва да се отбележи, че почти всеки човек има криви зъби при техния пробив, напомни д-р Александър. В този момент родителите са много загрижени и искат моментална корекция. Ако се изчака, в повечето случаи зъбите се подреждат от само себе си. Според неговия опит целта, която би трябвало да се преследва с ранното ортодонтско лечение, е да се направи корекция на тежки деформации и състояния, които ще се влошат с времето, ако останат нелекувани. Има и малки проблеми, които биха могли да се лекуват много леко в момента на тяхното откриване и това не бива да се пропуска - напр. кръстосана захапка при резците може да се коригира с шпатула или обикновена палатинална пластишка с пружинки.

Тежките проблеми, които трябва да бъдат коригирани отрано, са скелетният втори и трети клас. В последствие те са трудни за лечение и склонността им към рецидив е голяма. Вертикалното преразвитие на максилата - хипердивергентният тип пациент или дългите лица, също са голям ортодонтски проблем и са трудни за лечение. Ранно лечение е добре да бъде направено и при кръстосаните захапки и случаите с цепки.

След като приключи ранното лечение или т. нар. първа фаза, пациентът попада в поддържащата фаза. Той минава на контролни прегледи периодично, пръстените на моларите му не са свалени. Обикновено за известен период той продължава да носи допълнителните приспособления - лицевата дъга, липбъмпър, поставена му е подходяща ретенция. След два надесетгодишна възраст, през пубертета се прави нов анализ на случая, при който се преценява дали има нужда от втора, вече по-лека фаза на лечение. Най-подходящото време за започването ѝ е моментът, в който само долните втори млечни молари не са сменини, а горните постоянни кучешки и вторите долни постоянни молари са пробили. Най-общо може да се каже, че през първата фаза се търси въздействие върху съотношението на челюстите - ортопедичен ефект, а през втората се осъществява подреждането на зъбите - ортодонтска корекция.

Предимствата на ранното лечение са следните: след пробива на първите постоянни зъби пациентът вече е достатъчно кооперативен. Тази черта не е достатъчно развита у децата преди този момент и затова д-р Александър предпрема изключително рядко лечение в

Ранно лечение/ гранично лечение

млечно съзъбие, единствено когато става въпрос за "ужасяващи" деформации. Други предимства на ранното лечение са, че все пак може да не се наложи втора фаза на лечение, както и че се използват максимално възможностите на растежа. Ранното ретрудиране на силно сърчищи навън резци може да ги предпази от травми, често случващи се в тази възраст (за да се ориентираме за тази опасност, дланта се опира на брадичката и върха на носа и ако резците опират в нея, пациентът е рисков).

Недостатъците на ранното лечение са, че все пак няма гаранция, че няма да се наложи допълнително лечение. В този случай общата продължителност на лечението ще бъде по-голяма, отколкото на отложеното лечение. Логично е и че двуфазовото лечение ще струва по-скъпо. Маркетинговият подход на д-р Александър е да не взема такса за контролните прегледи през поддържащата фаза, както и да се прави отстъпка от хонорара за втората фаза.

При всяко едно положение въпросът трябва да се обсъди добре с родителите, те трябва да бъдат обучени за подробностите. Д-р Александър е изготвил специална, добре илюстрована брошура, в която на достъпен език е представено кога е най-подходящото начало за лечение. Родителите трябва да са наясно с предимствата и недостатъците на различните варианти. Така трябва да бъде постигнато взаимно съгласие дали сега да се започне лечението или е по-добре то да се отложи.

Д-р Александър започва ранното лечение, след като пробивът на постоянните резци е факт. Типичната възраст за начало е между 7 и 9 години. "Хванете ги, докато растат, и ще имате превъзходни резултати!" е неговият съвет. Пикът на растеж при момичетата е по-рано отколкото този при момчетата. Съобразно това, лечението при момчетата по-често е разумно да бъде забавено и така да бъдат сплеснети време и пари.

Механиката, която д-р Александър използва за първата фаза в горна челюст, най-често е апаратът 2x4 - брекети на резците, пръстени на първите постоянни молари и последователност от дъги. На дъгата се оформят омега лупове, достигащи до предния край на канюлата на пръстена на моларите. Чрез оформянето им дъгата може да коригира налични асиметрии в челюстта, чрез различното място, което създава от латералните резци до горните шестки. Тай-бек фиксацията на дъгата е задължителна. Последователността от дъги е класическа - кръгла гъвкава, кръгла с крива на Шпее, правоъгълна стоманена завършваща дъга. При компресия в горната челюст или липса на място лекторът използва апарат за бързо максиларно разширение. За корекция на дълбоката захапка използва дъга с обратна крива на Шпее и обратно - при случаите с отворена захапка прилага дъги с изразена крива. Кривата се оформя от омега лупа до областта на канините.

Хедгиърт, комбиниран с лицева дъга, е изключително предпочитан при ранното лечение от д-р Александър. Хедгиърт въздейства ортопедично успешно в трите равнини - в сагиталната, при цервикална опора, във вертикалната - при окципитална опора, в трансверзалната, при подходящо ажустиране на вътрешните рамена на дъгата. Голямото предимство на апарата според лектора е, че опорната му

точка е извън устата, за разлика от функционалните апарати, при които опората пада върху долните резци. Когато зъбната дъга е консолидирана добре и на дъгата е направен тай-бек и не е оформен тип-бек в тази област, дисталното наклоняване на горните първи молари (недостатък на ортопедичния апарат) е минимално. Пациентите му носят хедгиъръ си 8 до 12 часа на денонощие.

Любима сентенция на лектора гласи: "Максилата е най-добрият приятел на ортодонта. Можем да ограничим растежа ѝ напред и надолу чрез адекватно ажустираната лицева дъга и така да освободим долната челюст да разърне своя потенциал. Горната челюст също така може да бъде стимулирана да порасне напред и надолу, когато ѝ въздействаме чрез лицева маска." Той подкрепи твърденията си с изследвания, направени върху растежа на максилата - постигната корекция, стабилна във времето.

В долната челюст лечението обикновено започва няколко месеца по-късно от това в горна - това е един от принципите на Alexander discipline. За печелене на място и разширение лекторът използва липбъмпър. За последващата ретенция най-предпочитана е лингвална дъга.

Често срещан при подрастващите е проблемът - диастема, комбинирана с високо прикрепен френулум. Мнението на д-р Александър е противоположно на разпространеното мнение, че в тези случаи трябва да се направи френектомия и диастемата спонтанно ще се затвори. В своята практика той първо опитва да затвори диастемата ортодонтски и едва при неуспех (което било изключителна рядкост) прибягвал до хирургична намеса. Друг практичен съвет, който той даде, бе да се положат всички възможни усилия долните временни канини да не бъдат изгубени или екстрагирани по някакъв повод. Това би довело до загуба на кост, която е критична в тази област, интерканиновото разстояние по принцип не може да бъде разширявано - негово мнение, формирано в практиката му, изтъквано и на предишните му визити.

Особеност на техниката му е, че той приема, че най-стабилната позиция на долния резец спрямо мандибуларната равнина е тази, с която пациентът започва лечението. На тази среща д-р Александър конкретизира правилото си за трите градуса - лечебният ни план трябва да бъде така съставен, че в края на лечението ѝ гълът на долният инцизив не трябва да е променен с повече от 3 градуса спрямо началното му положение. В противен случай вероятността от рецидив е много голяма и ще се нуждаем от постоянна ретенция, за да бъде запазен резултатът. За да се постигне този резултат, той не проклинира резците, често прави стрипинг в долния фронт - за печелене на място и стабилност, брекетите му са със заложен 5 градуса наклон на слота, пациентите носят трети клас ластици. Изключения от правилото за трите градуса са случаите на изразена дълбока захапка - резците са принудително лингвално разположени и при повдигнато ѝ те се проклинират до стабилното им положение. Другото цитирано изключение бе бимаксиларната прорузия, екстракционен случай - след екстракциите горните и долните резци се ретрудират, за да се подобри профильт на пациента.

Втората половина на курса на д-р Александър бе посветена на случаите на гранично лечение. Под това понятие той разбира случаите, в които се стремим да постигнем набелязаните цели, без да се стига до екстракция на зъби за намиране на място. Лекторът направи бърз исторически преглед на най-големия въпрос в ортодонтията - "За и против екстракция". И тук махалото се е люляло в двете крайности - от Енгл до Туид, после Френкел. Започнал кариерата си като ученик на Туид, д-р Александър установил, че след множеството проведени екстракции в края на лечението пациентите му често имали недобър, конкавен профил. Според цитирани от него изследвания около 20% от случаите в света се лекуват екстракционно, в неговата практика те са 12-15%. Д-р Туид препоръчва екстракция в 50% от случаите. Следователно за гранични могат да бъдат приети тези 30-35%, разликата между групите, лекувани по двата подхода.

Лекторът конкретизира много добре критериите, по които прави анализ на случая и след като сумира резултатите от всички тях, взема решение екстракционен или безекстракционен план на лечение да предприеме. Първият критерий, който се има предвид, е некотъканиният профил - при конвексния се предпочита екстракция, а при конкавния - не. Силно проектирани мандибуларни резци също са показател, поради който може да се вземе решение за екстракция. Дебелата, здрава гингива дава добър шанс за безекстракционно лечение, докато липсата на прикрепена гингива и рецесии са показател в полза на екстракционния план. Екстракциите се правят по-често при пациенти със завършен растежен потенциал, докато при подрастващите трябва да се предприемат в краен случай. Хипердивергентните пациенти имат показание за изваждане на зъби, за разлика от хиподивергентните. Екстракция се предпочита и при тежките форми на зъбно-челюстни несъответствия. Изразената компресия, както и некооперативният пациент, са показатели в полза на екстракцията и обратното.

Печеленето на място при граничните случаи д-р Александър постига по следния начин. В горна челюст използва апарат за бързо максиларно разширение. Собственият му опит и данни от изследвания доказват, че постигнатият резултат е траен. В долната челюст разчита на разширение вследствие на носене на липбъмпър - дистализиране долните първи молари, позволява премоларите и резците да заемат по-вестибуларна позиция - обикновено общо могат да се спечелят 7-8 mm. Относно схващането, че разширената горна челюст чрез оклузалните съотношения води до спонтанно разширение и в долната челюст, лекторът сподели, че според него това е така, когато преди разширението долночелюстните молари са лингвално наклонени.

Последният ден от курса протече като среща на изследователския клуб "Александър". Членовете му представиха случаи, лекувани през годината, консултираха ги с присъстващите и с именития гост. Неговият призив бе да се документира всичко и това да се прави по висок критерий - всички случаи, лекувани от него от началото на кариерата му до днес, са документирани така, с ранните и късни резултати. Хубавата новина бе, че нови българи бяха поканени да посетят американската му практика, както и съобщеният факт, че през май т.г. ще излезе от печат новото издание на труда му Alexander Discipline. С нетърпение ще го очакваме отново у нас в края на годината, а за пролетта на 2008 г. в Хърватска е предвиден международен симпозиум с негово участие!

Д-р Михаил ДАЛЕМСКИ