

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра ортопедической стоматологии

ПЛАНИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ

к.м.н., доцент Борунов А.С., ассистент
Пискур В.В., к.м.н., доцент Коцюра Ю.И.



© Минск



По данным проф. С. А. Наумовича (2001 г.) распространённость ЗЧА у взрослых составляет 33,6%, а частота деформаций ЗЧС у пациентов 16- 50 лет – 63,1%.

Ортопедическое лечение без специальной подготовки пациентов с деформациями зубных рядов при частичной вторичной адентии представляет трудности, связанные с изменениями в зубочелюстной системе, обусловленные аномалиями положения зубов в постоянном прикусе и деформациями зубных рядов вследствие ЧВА. Одновременно в процессе предпротетической подготовке полости рта можно провести коррекцию зубочелюстных аномалий, если ортодонтического лечения пациентов проведено ранее не было.

Цель исследования: нормализация артикуляционно-окклюзионных отношений и уменьшение объёма ортопедического лечения, за счёт использования мультибондинг-системы в предпротетическом периоде.

Задачи исследования:

1. Перемещение дистопированных зубов в положение оптимальное для восприятия функциональной нагрузки, контакта с соседними зубами и зубами-антагонистами.
2. Исправление или коррекция прикуса.
3. Создание условий для эстетического адгезивного шинирования, устраняя тремы ортодонтически.



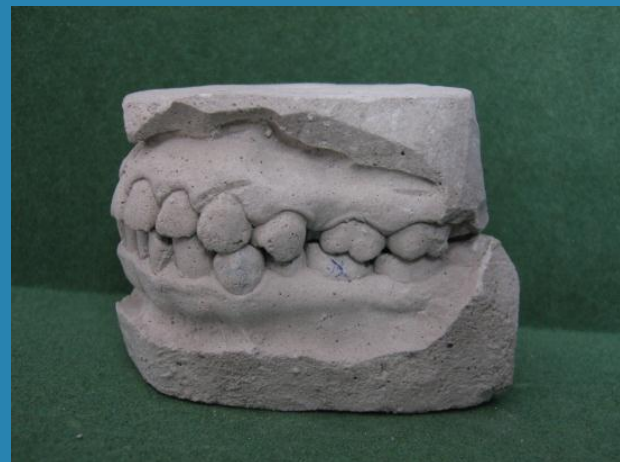
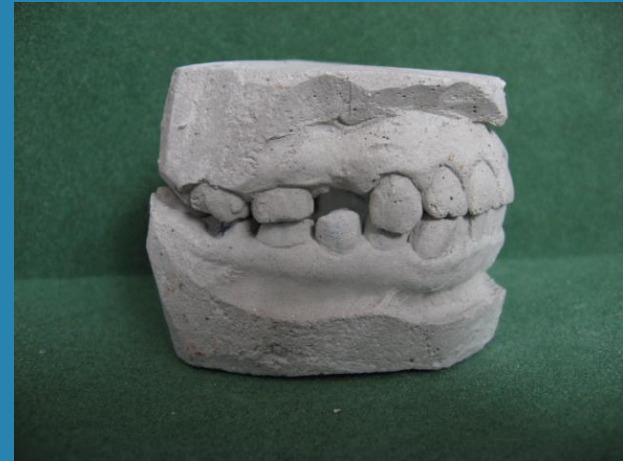
Объектом исследования стали: пациент К. 45 лет, пациент Н. 35 лет, пациент Б. 43 лет и пациентка Н. 22 лет – обратившиеся на кафедру ортопедической стоматологии БГМУ с жалобами на отсутствие и неправильное положение зубов, затруднённое пережёвывание пищи. Пациенты были осмотрены, проведена R-диагностика (ОПТГ), поставлены диагнозы:

Пациент К., возраст 45 лет. Диагноз: хронический простой периодонтит, частичная вторичная адентия верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, прямой травматический узел нижней челюсти слева, обусловленный особенностями прикуса, отсутствие резцового перекрытия слева.





Пациент Н., возраст 35 лет. Диагноз: хронический простой периодонтит, частичная вторичная адентия верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, феномен Попова - Годона справа и слева, отсутствие резцового перекрытия, седлообразно сдавленный нижний зубной ряд, дефицит места для нижних клыков на $\frac{1}{2}$ ширины коронки.





Пациент Б., возраст 43 года. Диагноз: хронический простой периодонтит, частичная вторичная адентия верхней челюсти 3 класс по Кеннеди, феномен Попова - Годона справа и слева, глубокий прикус, дистопия клыка и бокового резца на нижней челюсти справа.





Пациентка Н., 22 года. Диагноз: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти - 3 класс Кеннеди, феномен Попова – Годона справа и слева, дефект тв.тканей 11, 21, высота нижнего отдела лица в пределах нормы; мезиальный односторонний перекрёстно-лингвальный прикус со смещением нижней челюсти влево, сужение верхнего зубного ряда, треммы между центральными и боковыми резцами н/челюсти, профиль вогнутый.





План лечения включал в себя следующие пункты:

1. Мотивация, обучение и контроль гигиены полости рта.
2. Профессиональная гигиена полости рта.
3. Терапевтическая и хирургическая санация полости рта.
4. Предпротетическая (ортодонтическая) подготовка полости рта.
5. Ретенция полученных результатов.
6. Постоянное протезирование.


В нашей работе мы использовали мультибондинг-системы **Discovery** и **Ultramintrim – 0.022d (Dentaurum)**, нитиноловые и стальные дуги **Dentaurum**, в качестве опоры: кольца на моляры со щёчными трубками; модифицированный аппарат Дейрихсвайлера (после окончания расширения челюсти); дополнительная опора – лингвальная дуга из стали 1.0 мм. Лечение проводили техникой прямой дуги. Ретенция осуществлялась несъёмными ретейнерами или шиной из фотокомпозита с армирующей лентой **Ribbond**. Гигиеническое состояние полости рта пациентов оценивали с помощью индексов **ОHI-S**, **КПИ**, **PMA (Parma)**.



Результаты исследования:


Пациент К., 45 лет: удаление зубов не проводилось, на зубах нижней челюсти была фиксирована мультибондинг-система Discovery 0,022, опорные кольца на молярах нижней челюсти. При помощи нитиноловых дуг и стальной дуги 0,018 и эластических тяг были закрыты треммы с получением резцового перекрытия слева. По окончании активного периода лечения пациента было проведено адгезивное шинирование с армирующей лентой Ribbond (смешанный тип глотания).





Пациент Н., 35 лет: удалены зубы 36 и 47 с периапикальными изменениями; на зубах нижней челюсти была фиксирована аналогичная мультибондинг-система, опорные кольца на зубах 38, 37, 46, 48; дополнительно к 48 и 37 была припаяна лингвальная дуга, которая была снята после получения минимального резцового перекрытия для экструзии 48 в целях увеличения высоты коронки перед протезированием; использовали нитиноловые дуги и стальную дугу 0,018 при корпусном перемещении зубов. У пациента получено минимальное резцовое перекрытие, нормализована форма нижнего зубного ряда, получена высота коронки 48, пригодная для протезирования, по окончании на клыки нижней челюсти фиксирован ретейнер.





Пациент Б., 43года: были удалены зубы 44, 46 из-за кариозного разрушения корней, на зубах нижней челюсти был фиксирован аналогичный аппарат; зубы 36, 45, 47 были объединены в блок лингвальной дугой для усиления опоры при дистализации клыка; та же последовательность смены дуг, что и в предыдущих случаях; дистализация клыка проводилась на стальной дуге 0,018, место для бокового резца получили раскрывающей пружиной на дуге; во избежание смещения нижнего центра провели сепарацию резцов на 0,25 мм с каждой стороны; по завершении перемещения зубов, на клыки нижней челюсти наклеен ретейнер. В результате подготовки получена нормализация резцового перекрытия на $\frac{1}{3}$ высоты коронки, устранена дистопия клыка и бокового резца с нормализацией формы нижнего зубного ряда, создано достаточно места для протезов на нижней челюсти справа.





Пациентка Н., 22 года: для устранения бокового смещения челюсти была изготовлена диагностическая пластинка на н/челюсть с наклонной плоскостью (срок ношения – 1 месяц после адаптации). Далее следовал этап расширения верхнего зубного ряда. Для этого мы использовали аппарат Дейрихсвайлера нами модифицированный. Основу аппарата составил винт Нугах mini, смещённый ближе к передним зубам, винт соединялся с кольцами на 14, 24, 18, 28 зубах, с нёбной стороны располагался базис, перекрывающий альвеолярные отростки в области отсутствующих зубов. К кольцам на 14 и 24 были приварены брекетты, т.к. аппарат планировался использоваться как источник опоры в дальнейшем перемещении зубов.





Расширение зубного ряда проводили по методике медленного расширения со скоростью 1мм в неделю; за 1,5 месяца достигли 6 мм расширения. Далее на зубы верхней и нижней челюсти была фиксирована МБС Ultramintrim (Dentaurum) для дальнейшего лечения. При помощи модифицированного аппарата Дейрихсвайлера и МБС была проведена нивелировка верхнего и нижнего зубного ряда, нормализованы прикус и окклюзия, так же вершины гребней беззубых участков в/челюсти стали проецироваться на щёчные бугры зубов н/челюсти, что важно для правильной постановки искусственных зубов в с/протезе.

Протезирование всех пациентов проводилось по стандартной схеме МК и ЦЛ протезами, а так же был изготовлен съемный протез верхней челюсти “кватротти”.

При контрольном осмотре через 1 месяц пациенты жалоб не предъявляют, протезы находятся в удовлетворительном состоянии, ретенция состоятельная.





Таблица: "Схема проведённого лечения пациентов"

Пациент	Пациент К., 45 лет	Пациент Н., 35 лет	Пациент Б., 43 года	Пациентка Н., 22 года
Удаление зубов	не проводилось	36, 47 с периапикальными изменениями	44, 46 с кариозно разрушенными корнями	не проводилось
Несъёмный ортодонтический аппарат	Discovery Roth 0.022 d Dentaurum	Discovery Roth 0.022 d Dentaurum	Discovery Roth 0.022 d Dentaurum	Ultraminitrim 0.022d
Опора (в т.ч. и дополнительная)	Кольца с опорными трубками на 36, 37, 46, 47	Кольца с опорными трубками на 37, 38, 46, 48 Дополнительно – лингвальная дуга с опорой на 36, 48	Кольца с опорными трубками на 36, 47 Дополнительно – лингвальная дуга, соединяющая в блок 36, 45, 47 для дистализации клыка	Модифицированный аппарат Дейрихсвайлера (после окончания расширения в.челюсти)
Используемые дуги	Нитиноловые 0.014; 0.016; 0.018; 0.019×0.025 Стальная 0.018 для закрытия тремм	Нитиноловые 0.014; 0.016; 0.018; 0.019×0.025 Стальная 0.018 для корпусного перемещения зубов	Нитиноловые 0.014; 0.016; 0.018; 0.019×0.025 при дистализации клыка	Нитиноловые 0.014; 0.016; 0.018 Стальные 0.020; 0.019*0.025
Продолжительность активного периода	7 месяцев	9 месяцев	9 месяцев	8 месяцев
Ретенция	Шина с добавлением армирующего волокна Ribbond	Hawley-ретейнер	Hawley-ретейнер	Шина с добавлением армирующего волокна Ribbond
Результат предпротезической подготовки	Нормализация резцового перекрытия, формы нижнего зубного ряда, закрытие трем, создание условий для эстетического адгезивного шинирования	Получено минимальное резцовое перекрытие, Нормализована форма нижнего зубного ряда, произведена экструзия 48 – пригоден для протезирования	Нормализация резцового перекрытия (1/3 высоты коронки), формы нижнего зубного ряда, устранение дистопии клыка и бокового резца, создание достаточного количества для зубных протезов на нижнюю челюсть справа	Устранение бокового смещения н.челюсти, расширение верхнего зубного ряда, устранение тремм н.челюсти нормализация прикуса и окклюзии
Окончательное протезирование	МК, ЦЛ	МК, ЦЛ	МК, ЦЛ	МК, с/протез в.ч - "кватротти"



Вывод:

Использование мультибондинг-системы в предпротетической подготовке полости рта у пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов при частичной адентии позволило провести исправление прикуса, коррекцию резцового перекрытия путём нормализации формы нижнего зубного ряда; нормализованы прикус и окклюзия пациентов, были устранены тремы н/челюсти ортодонтически. и феномен Попова-Годона перед протезированием. Это привело к улучшению внешнего вида пациентов, нормализации артикуляционных взаимоотношений на участках зубных рядов, не подлежащих протезированию. Гигиенический уход за зубами стал проще из-за улучшенного доступа.

Благодаря данной подготовке уменьшился объём ортопедического лечения пациентов, что соответствует концепции малоинвазивных вмешательств в стоматологии, принятой во всём мире.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

Борунов А.С., Пискур В.В., Коцюра Ю.И.
© Минск

