

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Актуальность темы

Стоматологические заболевания такие, как кариес и его осложнения, некариозные поражения и заболевания тканей пародонта приводит к частичной потере зубов (Павленко А. В., 1998; Король М. Д., 2005; Косенко К. М., 2008).

Одними из наиболее распространенных осложнений частичной потери зубов являются деформации зубных рядов, которые сопровождаются патологическими морфо-функциональными изменениями зубочелюстной системы (Рожко М. М., 2003; Davies S. J., Gray R. M., 2001). Клиническая симптоматика в каждом конкретном случае является довольно сложной, что затрудняет определение причинно-следственных взаимосвязей между отдельными звеньями патогенетической цепи и прогнозирование прогресса патологий. Современные представления о методах ортопедической реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями многочисленны, иногда содержат противоречия, носят дискуссионный характер, а также требуют уточнения особенностей клинического течения и характера компенсационных изменений зубоальвеолярного комплекса.

Цель работы. Определение возможностей ортопедического лечения больных с дефектами зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями (по классификации Е. И. Гаврилова) (рис. 1). Обосновать устранение дефектов и деформаций ортодонтическим способом и потребность ортодонтической подготовки к комплексной хирургической и ортопедической реабилитации больных.



Рис. 1.

Материалы и методы

Обследовано 27 пациентов 13—75 лет с дефектами зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями, соответственно разным классам по классификации Е. И. Гаврилова. Обследование состояло со сбора анамнеза, клинического стоматологического осмотра с целью определения состояния зубочелюстной системы, изучения диагностических моделей челюстей, окклюзографии для диагностики нарушений окклюзионных взаимоотношений, ортопантомографии и компьютерной томографии челюстей и зубов.



Рис. 2.

Результаты клинических исследований и их обсуждение

Рассмотрим клинические случаи на примере каждого пункта классификации Е. И. Гаврилова:

1. Первый класс — вертикальные перемещения (зубоальвеолярное удлинение) верхних и нижних зубов (одно- или двустороннее).

Пациент М. О., 15 лет (рис. 2).

Вследствие кариозного разрушения нижнего первого моляра, произошло зубоальвеолярное выдвигание антагониста. Это делало невозможным восстановление анатомических пропорций 36 зуба.

Для проведения ортодонтической подготовки были установлены 2 микроимпланты — вестибулярно между корнями 25 и 26 зубов и небно между 26 и 27 зубом. Настроена пружинная тяга для проведения интрузии 26 зуба. По мере перемещения верхнего моляра и появления разобщения по окклюзии на 36 зуб насаивался фотополимерный материал для восстановления вы-

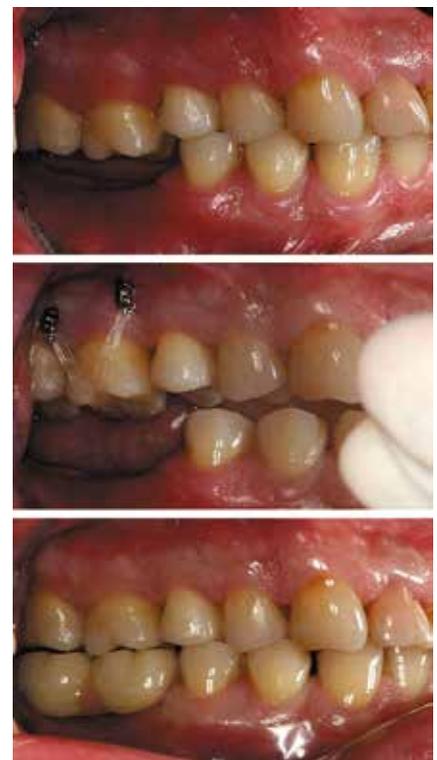


Рис. 3.

соты клинической коронки. В данном случае за 4 месяца достигнут достаточный объем интрузии 26 зуба. Сняты ортодонтические аттачмены, извлечены микроимпланты, на 36 зуб изготовлена металлокерамическая коронка.

Пациент Ш. О., 42 года (рис. 3).

Диагноз: дистально неограниченный дефект зубного ряда вследствие потери 46, 47 зубов. Произошло зубоальвеолярное выдвигание 16, 17 зубов, уменьшена межальвеолярная высота.

С целью подготовки к рациональному протезированию, с помощью микроимплантов (2 вестибулярно, 1 небо) в области моляров в.ч. проводили интрузию 16 и 17 зубов. Параллельно, была проведена дентальная имплантация на н.ч. по двухэтапной методике. Через 7 месяцев ортодонтические микроимпланты извлечены, проведено протезирование 46, 47 зубов на имплантатах.

2. Второй класс — взаимное вертикальное перемещение верхних и нижних зубов (рис. 4).

3. Третий класс — дистальное или медиальное перемещение верхних и нижних зубов.

Пациентка Л. А., 28 лет (рис. 5).

Вследствие травмы и потери 31 и 41 зубов в анамнезе, мезиального смещения соседних зубов сформировалась вторичная скученность во фронтальном участке в.ч. Ортодонтическое лечение было направлено на выравнивание и коррекцию зубных дуг, раскрытие промежутка для полноценного протезирования 31, 41 зубов.

Пациентка О. А., 27 лет (рис. 6).

Зубоальвеолярный II класс, 2 подкласс. Вследствие вторичной адентии 36 зуба произошло дистальное смещение премоляров и фронтального участка н.ч., наклон второго и третьего моляра слева; смещение центральной линии.

Установлена брекет-система в.ч. и н.ч., проведено выравнивание и коррекция зубных дуг, раскрытие промежутка 36 зуба. Восстановлена симметрия окклюзии справа и слева, создано пространство для протезирования 36 зуба (временно замещен съемным протезом). Длительность активного периода ортодонтического лечения составила 12 мес.



Рис. 4.



Рис. 5.

Пациентка К. Л., 32 года (рис. 7).

Пациентка обратилась за лечением по поводу переднего открытого прикуса, однако после исправления основной проблемы спустя 10 месяцев высказала желание сместить 47 и 48 зубы мезиально на место ранее удаленного 46 зуба.

С опорой на ортодонтический микроимплант, установленный в области премоляров н.ч. (рис. 8) на протяжении 11 месяцев была осуществлена мезиализация второго и третьего моляра (рис. 9).

4. Четвертый класс — наклон зубов в язычном, небном или щечном направлении.

Пациентка Г. С., 75 лет (рис. 10).

Вследствие потери боковой группы зубов н.ч., и соответственно, перегрузки фронтального участка зубных рядов, сформировалась характерная для данной ситуации деформация — «веерообразное расхождение» фронтальной



Рис. 7.

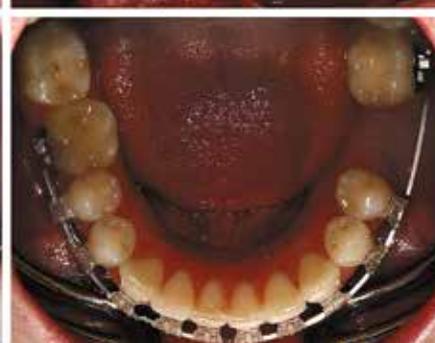


Рис. 6.



Рис. 8.

группы зубов с практически обратным перекрытием. Для создания более благоприятных условий протезирования проведена ортодонтическая подготовка — установлена брекет-система и стянуты тремы в переднем участке н.ч. (рис. 11). Через 4 месяца брекет-система снята, проведено шинирование зубов н.ч. погружной методикой (рис. 12).

5. Пятый класс — поворот зуба вокруг вертикальной оси (рис. 13).

Как правило, такое перемещение зубов в большинстве случаев комбинируется с другими направлениями смеще-

ния и изолированно редко встречается. Потому в некоторой мере такие случаи были рассмотрены выше.

6. Шестой класс — комбинированные перемещения.

Пациентка К.М., 36 лет.

Диагноз: скелетный I Класс, зубоальве-

олярный II Класс; глубокий прикус, скученность зубов во фронтальном участке в.ч. и н.ч.; вторичная деформация зубных рядов (вследствие вторичной адентии 15, 16, 26, 27, 34 зубов) (рис. 14).

Глубокий прикус и соотношение зубных рядов по II Классу, судя из анамнеза и по ситуации, имеет первичный харак-



Рис. 9.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.



тер, однако вторично усугубилось при потере зубов в боковых участках в. ч.

Была установлена брекет-система на в. ч. В правом боковом сегменте, для усиления анкеража, брекететы были зафиксированы на облицованную поверхность мостовидной конструкции (14—17 зубов). Проведена стандартная последовательность смены дуг.



Рис. 13.

Для интрузии фронтального участка в. ч. и коррекции глубокого прикуса использовалась реверсионная NiTi дуга.

Асимметрия сагиттального положения 13 и 23 зубов требует дистализации левой боковой группы зубов в. ч. Вследствие ненадежности и неудобства использования имеющейся дистальной опоры (28 зуб), для проведения дистализации 25, 24, 23 зубов (на этапе дуги SS ,017*,025) был установлен микроимплант в участке адентии альвеолярного отростка.

Далее проводилась дистализация левой боковой группы зубов в. ч.; выравнивание зубного ряда н. ч., раскрытие промежутка 34 зуба; использовались межчелюстные эластические тяги (рис. 15—17).

Выводы

Рассмотрев и проанализировав различные клинические случаи по классификации Е.И. Гаврилова, мы пришли к выводам, что лечение зубочелюстных деформаций требует комплексного подхода. В значительном количестве случаев провести рациональное протезирование невозможно без ортодонтической подготовки. Однако, в некоторых ситуациях, решить проблему замещения дефектов зубного ряда можно изолированно ортодонтическим способом без применения протезирования путем стягивания групп зубов (мезиализация или дистализация), тем самым восстанавливая целостность зубного ряда. Кроме того, сложность лечения и нестандартность вторичных зубочелюстных деформаций побуждает необходимость разработки эффективных мер профилактики.



Рис. 14.



Рис. 15. Ситуация в полости рта перед завершением лечения



Рис. 16. Ортодонтическое лечение завершено; снята брекет-система в.ч. и н.ч.; удален микроимплант; установлены несъемные лингвальные ретейнеры во фронтальном участке верхнего и нижнего зубных рядов. Период активного лечения составил 19 месяцев



Рис. 17. Общий вид зубных рядов через 5 месяцев от снятия брекет-системы и после протезирования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. // М.: Медицина. — 1984. — С.11-13.
2. Кулиш А.С. Исправление дистального прикуса, осложненного глубоким, с использованием дополнительного анкера при подготовке к протезированию / А.С. Кулиш, В.И. Остряко // Сучасна ортодонтия. — 2010. — №1(19). — С. 19–20.
3. Равиндра Нанда Биомеханика и эстетика в клинической ортодонтии. 2009, С.362-385.
4. Jae-Hyun Sung, Hee-Moon Kyung, Seong-Min Bae, Hyo-Sang Park, Oh-Won Kwon, James A. McNamara, Jr. Микроимпланты в ортодонтии., 2007.
5. Уильям Р. Проффит. Современная ортодонтия. — М.: «МЕДпресс-информ» 2006.

Новий міжнародний журнал
для спеціалістів-практиків
у галузі медицини
українською та російською
мовами

ЗАСНОВНИК І ВИДАВЕЦЬ

Центр медичного права
www.medlawcenter.com.ua

Свідоцтво про реєстрацію видавця
ДК № 3348 від 18.12.08

Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації
Серія КВ № 16955-5725-ПР від 31.08.2010

ДЕ ЗАМОВИТИ

Видавничий дім
«Центр медичного права»
вул. Дашавська, 25, оф. 94
м. Київ
03056
Тел.: (044) 585-06-34
Факс.: (044) 585-06-32
E-mail: manager@medlawcenter.com.ua

САЙТ ЖУРНАЛУ:

www.the-medical-practice.com



Видавничий дім
«Центр медичного права»



Те, що потрібно для медичної практики