

КОРРЕКЦИЯ ПРИКУСА В ПРЕПРОТЕТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОСТИ РТА

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

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, РБ

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 подготовки полости рта можно провести коррекцию зубочелюстных аномалий, если ортодонтическое лечение 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 ортодонтическим путем.

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, проведёна 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, дефекты твердых тканей зубов 11, 21, высота нижнего отдела лица в пределах

нормы; мезиальный односторонний перекрёстно-лингвальный прикус со смещением нижней челюсти влево, сужение верхнего зубного ряда, тремы 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 ОНI-S, КПИ, РМА (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 тремы 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 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 брекеты, 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 Ultraminitrim (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 съёмном протезе.

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

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

Вывод:

Использование мультибондинг-системы в предпротетической подготовке полости рта у пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов при частичной вторичной адентии позволило провести исправление прикуса, коррекцию резцового перекрытия путём нормализации формы нижнего зубного ряда; нормализованы прикус и окклюзия пациентов, были устранены тремы н/челюсти ортодонтическим путем 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.

