

ПЛАНИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

Борунов А.С.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра ортопедической стоматологии, г. Минск, Беларусь*

Введение. Хорошее сотрудничество врача-стоматолога и пациента, высокий уровень мотивации и ответственное отношение к лечению является основой достижения успеха при комплексном лечении зубочелюстных деформаций. Адаптационные возможности стоматологического пациента представляют собой очень ценную клиническую информацию, позволяющую выбирать тот или иной план лечения, прогнозировать сроки окончания лечения, возможные трудности и исход.

Цель работы – разработать план комплексного лечения пациента с зубочелюстными деформациями с учетом ранее проведенного лечения и возможностей адаптации.

Объекты и методы. Пациентка Н., 37 лет, обратившаяся с жалобами на отсутствие зубов на верхней челюсти, плохое пережевывание пищи. Объективно: в полости рта отсутствуют зубы 1.6, 1.5, 1.4, 2.6; коронка зуба 1.2 восстановлена культевой штифтовой вкладкой, феномен Попова-Годона на нижней челюсти в области зубов 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 3.6 (расстояние между коронками зубов 4.5, 4.6 и слизистой верхней челюсти 1 мм), 1-й тип по Пономаревой; тремы между зубами 4.2, 4.1, 3.1, 3.2; обратное перекрытие в области зуба 1.3, вестибулярное положение зуба 4.3, глубокое резовое перекрытие. Ранее пациентке был изготовлен съемный ортодонтический аппарат на верхнюю челюсть для устранения феномена Попова-Годона: аппарат-протез на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой, кламмерами Адамса на зубы 1.6, 2.6, протрагирующей пружиной для зуба 1.3, окклюзионными накладками в области зуба 1.7, и отсутствующих зубов 1.6, 1.5, 1.4. Пациентка съемным лечебным аппаратом пользовалась не регулярно (от случая к случаю) в течение 4 месяцев, а после и вовсе решила прекратить лечение.

Результаты. Составлен план лечения (учитывая клиническую картину в полости рта и данные анамнеза):

1) ортодонтическая подготовка полости рта перед протезированием с применением «условно-съемного» ортодонтического аппарата на верхнюю челюсть и мультибондинг-системы на нижнюю челюсть;

- 2) восстановление дефектов твердых тканей витальных зубов композитными вкладками по показаниям;
- 3) восстановление дефектов зубных рядов на верхней челюсти мостовидными металлокерамическими протезами.

Провести качественную ортодонтическую подготовку перед протезированием с наложением мультибондинг-системы только на нижнюю челюсть не представлялось возможным из-за выраженности зубоальвеолярных деформаций, а наложение мультибондинг-системы на обе челюсти нецелесообразно из-за отсутствия 3-х жевательных зубов в верхнем правом квадранте. Для эффективного лечения нами было принято решение применить «условно-съемный» аппарат на верхнюю челюсть базисной конструкции. Описание конструкции примененного условно-съемного аппарата: ортодонтические кольца на зубы 1.6, 2.6, объединенных в блок небной дугой ($d=1,2$ мм), проходящей на 5 мм выше шеек зубов с ретенционной петлей в области отсутствующих зубов 1.6, 1.5, 1.4. Дуга находилась внутри пластмассового базиса, который выходил на вестибулярную поверхность в области отсутствующих зубов верхней челюсти. В процессе припасовки и наложения аппарата на верхнюю челюсть была достигнута величина разобщения зубных рядов порядка 3,5–4 мм. Полная адаптация к аппарату наступила через 2 недели. По мере достижения множественных окклюзионных контактов толщина базиса в области зубов 1.6, 1.5, 1.4 увеличивалась на 3–4 мм с помощью самотвердеющей пластмассы. Через 3 месяца с момента фиксации лечебного аппарата на верхней челюсти на зуб 1.3 была адгезивно фиксирована наклонная плоскость из фотокомпозита для устранения небного положения зуба. Через 1 месяц после фиксации композитной плоскости на верхнем клыке на зубы нижней челюсти была наложена мультибондинг-система Gemini (3M Unitek) с целью устранения трем, изменения угла наклона коронок передней группы нижней челюсти и нормализации формы нижней зубной дуги. По окончании ортодонтической подготовки на зубы нижней челюсти был фиксирован ретейнер из фотокомпозита и были изготовлены временные мостовидные протезы на верхнюю челюсть. Общая длительность ортодонтической подготовки составила 9 месяцев, далее следовал этап протезирования композитными вкладками и мостовидными металлокерамическими протезами. Пациентке были изготовлены композитные вкладки в зубы 4.6, 4.7, 3.6, 3.7 (зубы витальные, ИРОПЗ – 60%) и два мостовидных металлокерамических протеза на верхнюю челюсть с опорой на зубы 1.8, 1.7, 1.3, 1.2 и 2.5, 2.7. На завершающем этапе ортопедического лечения была проведена нормализация окклюзии с устранением всех преждевременных контактов в центральной окклюзии и при функциональных движениях нижней челюсти, проведена замена старых композитных реставраций.

Заключение. План комплексного лечения разрабатывался с учетом ранее проводимого лечения, полученных результатов, темперамента пациента и его возможностей к адаптации. Применение «условно-съемного» ортодонтического аппарата при подготовке полости рта к протезированию у данного пациента нам позволило адаптационный процесс довести до фазы полного торможения. Реализация разработанного плана лечения позволила точно спрогнозировать длительность лечения и исключила фактически полностью человеческий фактор, приведший ранее к неудаче в процессе подготовки пациента к ортопедическому лечению. Благодаря правильно выбранной психологической тактике поведения с пациентом на лечебном приеме, было достигнуто адекватное отношение пациента к врачу стоматологу-ортопеду в дальнейшем на период контрольных визитов диспансерного наблюдения.