

ПЛАНИРОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

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

Кафедра ортопедической стоматологии, УО БГМУ, г. Минск, РБ

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 индивида в качестве стоматологического пациента представляют собой очень ценную клиническую информацию, позволяющую выбирать тот или иной план лечения, прогнозировать сроки окончания лечения, возможные трудности и исход лечения.

Цель работы: разработать план комплексного лечения пациента с зубочелюстными деформациями с учётом ранее проведённого лечения и возможностей адаптации.

Объект исследования: Пациентка Н., 37 лет, обратившаяся с жалобами на отсутствие зубов на верхней челюсти, плохое пережёвывание пищи. Объективно: в полости рта отсутствуют зубы 16, 15, 14, 26; коронка зуба 12 восстановлена культовой штифтовой вкладкой, феномен Попова-Годона на нижней челюсти в области зубов 44, 45, 46, 47, 36 (расстояние между

коронками зубов 45,46 и слизистой верхней челюсти 1 мм), 1-й тип по Пономарёвой; тремы между зубами 42, 41, 31, 32; обратное перекрытие в области зуба 13, вестибулярное положение зуба 43, глубокое резцовое перекрытие. Ранее пациентке был изготовлен съёмный ортодонтический аппарат на верхнюю челюсть для устранения феномена Попова-Годона: аппарат-протез на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой, кламмерами Адамса на зубы 16, 26, протрагирующей пружиной для зуба 13, окклюзионными накладками в области зуба 17, и отсутствующих зубов 16, 15, 14. Пациентка съёмным 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-съёмного” ортодонтического аппарата на верхнюю челюсть и мультибондинг-системы на нижнюю челюсть.
2. Восстановление дефектов твёрдых 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-съёмный” аппарат на верхнюю челюсть базисной конструкции.

Описание конструкции примененного условно-съёмного аппарата: ортодонтические кольца на зубы 16, 26, объединённых в блок нёбной дугой

($d=1,2$ мм), проходящей на 5 мм выше шеек зубов с ретенционной петлёй в области отсутствующих зубов 16, 15, 14. 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 разобращения 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 16, 15, 14 увеличивалась на 3–4 мм с помощью самотвердеющей пластмассы. Спустя 3 месяца с момента фиксации лечебного аппарата на верхней челюсти на зуб 13 была адгезивно фиксирована наклонная плоскость из фотокомпозита для устранения нёбного 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 46, 47, 36, 37 (зубы витальные, ИРОПЗ — 60%) и два мостовидных металлокерамических протеза на верхнюю челюсть с опорой на зубы 18, 17, 13, 12 и 25, 27. 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.

Выводы: 1. План комплексного лечения пациента разрабатывался нами с учётом ранее проводимого лечения и его результатов. Мы спланировали основные направления подготовки пациента с учётом его темперамента, возможностей к адаптации и максимально в процессе лечения использовали его адаптационный потенциал.

2. Применение “условно-съёмного” 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.

3. Благодаря правильно выбранной психологической тактике поведения с пациентом на лечебном приёме, мы обеспечили себе адекватное отношение пациента к нам в дальнейшем на период контрольных визитов диспансерного наблюдения.