

*Борунов А. С., Коцюра Ю. И., Пискур В. В.*  
**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ:  
АЛГОРИТМ ПЛАНИРОВАНИЯ**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

**Резюме.** Представлен клинический случай проведения аппаратурной коррекции прикуса у пациента с аномалиями и деформациями зубных рядов, осложненными частичной вторичной адентией. Даны рекомендации по применению мультибондинг-системы в предпротетическом периоде для нормализации окклюзионных взаимоотношений с учетом адаптационных возможностей организма и создания благоприятных условий для последующего ортопедического лечения.

**Ключевые слова:** ортодонтическая подготовка полости рта; нормализация окклюзии; мультибондинг-система; аномалии и деформации зубных рядов; адаптация.

*Borunov A. S., Kocyura U. I., Piskur V. V.*  
**COMPLEX TREATMENT OF DENTOCALCIUM DEFORMATIONS:  
A PLANNING ALGORITHM**

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Summary.** A clinical case of the instrumental bite correction for the patient with anomalies and deformations of the dentition, complicated with a partial secondary edentulous. Recommendations are given on the use of dental bracket system in the preprototic period for normalization of occlusion, considering the adaptive capacity of the organism and for creation favorable condition for the next orthopedic treatment.

**Keywords:** orthodontic preparation of the oral cavity; normalization of occlusion; dental bracket system; anomalies and deformations of dentition; adaptation.

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 [1, 2].

**Цель исследования.** Разработать план комплексного лечения пациента с зубочелюстными деформациями с учетом ранее проведенного лечения и возможностей адаптации.

**Объект и методы.** Пациент М., 37 лет, обратившийся с жалобами на отсутствие зубов на верхней челюсти, плохое пережевывание пищи. Объективно: в полости рта отсутствуют зубы 16, 15, 14, 26; коронка зуба 12 восстановлена культевой 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 Пономаревой; тремы между зубами 42, 41, 31, 32; обратное перекрытие в области зуба 13, вестибулярное положение зуба 43, глубокое резцовое 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 16, 26, протрагирующей пружиной для зуба 13, окклюзионными накладками в области зуба 17, и отсутствующих зубов 16, 15, 14. Пациент съемным лечебным аппаратом пользовался не регулярно (от случая к случаю) в течение 4 месяцев, а после и вовсе решил прекратить лечение.

**Результаты и обсуждение.** 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 16, 26, объединенных в блок небной дугой ( $d=1,2$  мм), проходящей на 5 мм выше шеек зубов с ретенционной петлей 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 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.

Пациенту 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 учетом ранее проводимого лечения и его результатов. Мы спланировали основные направления подготовки пациента с учетом 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 приеме, мы обеспечили себе адекватное отношение пациента к нам в дальнейшем на период контрольных визитов диспансерного наблюдения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Профит У. Р. Современная ортодонтия. М.: МЕДпресс-информ, 2006.
2. Хорошилкина Ф. Я. Ортодонтия. М.: МИА, 2006.