

АППАРАТУРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В СФОРМИРОВАННОМ ПРИКУСЕ

Борунов Александр Семенович

Кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

ortopedstom@bsmu.by

Коцюра Юрий Иванович

Кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

ortopedstom@bsmu.by

Пискур Виктор Владимирович

Ассистент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

ortopedstom@bsmu.by

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 препротетическом 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.*

MECHANICAL TREATMENT OF SECONDARY DENTISTRY DEFORMATIONS IN THE FORMED BIT

Borunov Alexander S.

PhD, Associate Professor

Belarusian state medical university

Belarus, Minsk

ortopedstom@bsmu.by

Kocyura U. I.

PhD, Associate Professor

Belarusian state medical university

*Belarus, Minsk
ortopedstom@bsmu.by*

Piskur Viktor V.
*Assistant
Belarusian state medical university
Belarus, Minsk
ortopedstom@bsmu.by*

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.

Key words: *orthodontic preparation of the oral cavity, normalization of occlusion, dental bracket system, anomalies and deformations of dentition, adaptation.*

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

Объект исследования: Пациент Н., 39 лет, обратившийся 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 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 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. Пациент съёмным лечебным аппаратом пользовался не регулярно (от случая к случаю) в течение 4 месяцев, а после и вовсе решил 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 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 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.

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 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.

Список литературы

1. Профит, У. Р. Современная ортодонтия / У. Р. Профит – Москва : МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с/
2. Хорошилкина, Ф. Я. Ортодонтия / Ф. Я. Хорошилкина – Москва: МИА, 2006. – 544 с.