

Борунов А.С., Титов П.Л., Пискур В.В.
КОМПЛЕКСНОЕ АППАРАТУРНО-ПРОТЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ
ПРИКУСА, ОСЛОЖНЕННОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Распространённость зубочелюстных аномалий у населения Республики Беларусь составляет от 68 до 78%, в аппаратурном лечении нуждается до 34% данной группы населения. У людей старших возрастных групп процентный показатель зубочелюстных аномалий снижается вследствие проведённого в детстве ортодонтического лечения, а более значимым фактором нарушения прикуса становятся деформации зубных рядов из-за частичной потери зубов. Распространённость зубочелюстных аномалий у взрослых составляет 33,6%, а частота деформаций зубочелюстной системы в возрасте от 16 до 50 лет – 63,1 %. Зубочелюстные аномалии и деформации зубных рядов приводят к развитию травматической артикуляции, симптомы которой определяются видом и степенью выраженности аномалий и деформаций. Изменённые артикуляционные отношения приводят к заболеваниям опорного аппарата зуба и болезням височно-нижнечелюстного сустава.

С течением времени люди с такой патологией приходят к стоматологу с целью протезирования. Ортопедическое лечение таких пациентов затруднено в связи с особенностями прикуса и деформациями зубных рядов вследствие частичной потери зубов.

Цель работы. Провести рациональное протезирование данной категории пациентов бывает очень сложно, а порой и вовсе невозможно без предварительной специальной подготовки полости рта перед протезированием, которая должна включать устранение зубочелюстных аномалий и деформаций зубных рядов аппаратурным методом.

Материалы и методы. Клинический пример – в октябре 2020 г. на кафедру ортопедической стоматологии и ортодонтии БГМУ обратилась пациентка А., 23 лет с жалобами на разрушение коронок зубов, эстетический недостаток. Пациентка была обследована, проведена R-диагностика (ОПТГ), поставлен диагноз: частичная вторичная адентия верхней и нижней челюсти – 3 класс Кеннеди, феномен Попова-Годона справа и слева, дефект твердых тканей зубов 11, 21, прямой травматический узел в области зубов 11, 21, 31, 41, высота нижнего отдела лица в пределах нормы; мезиальный односторонний

перекрёстно-лингвальный прикус со смещением нижней челюсти влево, сужение верхнего зубного ряда, треммы между центральными и боковыми резцами н/челюсти, профиль вогнутый.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходя из клинической картины и данных рентгенодиагностики, пациентке были предложены 2 варианта плана лечения:

1-й вариант: ортопедическое лечение с предварительной подготовкой полости рта к протезированию, включающей в себя:

а) депульпирование зубов 22, 23, 24 для изменения угла наклона коронок литыми культевыми штифтовыми вкладками;

б) депульпирование зубов 42, 41, 31, 32, 33, 34 с целью уменьшения длины коронок для возможности протезирования на верхней челюсти;

в) рациональное протезирование.

2-й вариант: ортопедическое лечение с ортодонтической подготовкой полости рта перед протезированием, заключающееся в:

а) устранении бокового смещения нижней челюсти;

б) расширении верхнего зубного ряда;

устранении тремм на нижней челюсти;

г) нормализации прикуса и окклюзии;

д) рациональном протезировании.

Второй вариант плана лечения был предпочтительней с точки зрения минимальной инвазии, и тем, что даже при условии создания места для протезирования после предварительной подготовки полости рта пациентки боковое смещение нижней челюсти и соотношение зубных рядов только протезированием не устранить. Однако реализации 2-го варианта плана лечения препятствовало то, что при совмещении центральных линий челюстей в процессе устранения бокового смещения нижней челюсти прикус разобщался на 5 – 6 мм. Из-за адентии верхней челюсти разобщение прикуса поэтапно было невозможно.

Не каждый пациент сможет адаптироваться к такому одномоментному повышению прикуса. Для того чтобы окончательно определиться с вариантом плана лечения нами была изготовлена диагностическая пластинка на нижнюю челюсть с наклонной плоскостью для устранения бокового смещения челюсти. Адаптация к пластинке прошла успешно, время лечения пластинкой – 1 месяц после адаптации.

Далее следовал этап расширения верхнего зубного ряда. Выбор аппарата был осложнён тем, что у пациентки отсутствовали зубы 1.6, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7, а зубы 1.8, 2.8 имели атипичную форму коронки. Учитывая, что в дальнейшем планировалось на зубы верхней и нижней челюсти фиксировать мультибондинг-систему, то предпочтение следовало отдать несъёмному аппарату для расширения в/челюсти, так же необходим был источник дополнительной опоры с учётом адентии верхней челюсти пациентки.

Пружина квадхеликс не могла быть использована т.к. зубы в/челюсти 6 и 7 отсутствовали. Тогда наш выбор остановился на аппарате Дейрихсвайлера, который мы модифицировали.

Основу аппарата составил винт Нурах mini, смещённый ближе к передним зубам, винт соединялся с кольцами на зубах 1.4, 2.4, 1.8, 2.8, с нёбной стороны располагался базис, перекрывающий альвеолярные отростки в области отсутствующих зубов. К кольцам на зубы 1.4 и 2.4 были точечной сваркой приварены брекеты, т.к. аппарат планировали использовать в качестве источника опоры в дальнейшем перемещении зубов. Во время расширения зубного ряда пластинка с наклонной плоскостью находилась во рту пациентки. Расширение зубного ряда проводили со скоростью 1мм в неделю (медленное расширение). За 1,5 месяца достигли 6–6,5 мм расширения. Необходимо отметить, что расширение верхней челюсти путём раскрытия срединного нёбного шва в таком возрасте уже вряд ли возможно: нашей задачей было достичь расширения верхнего зубного ряда, используя данный аппарат.

В результате расширения верхнего зубного ряда была устранена перекрёстная окклюзия и необходимость ношения пластинки отпала, т.к. было зафиксировано новое положение нижней челюсти без бокового смещения. По окончании расширения был сделан перерыв на 1 месяц. Во время данного перерыва коронки зубов 1.1 и 2.1 были восстановлены стекловолоконными штифтами с фотокомпозитом. Изготовление литых культовых штифтовых вкладок в зубы 1.1, 2.1 мы посчитали нецелесообразным, т.к. окончательное место расположения зубов ещё было не установлено. После восстановления коронок 1.1, 2.1 на зубы верхней челюсти была фиксирована мультибондинг-система.

Существенная трудность, с которой мы столкнулись в процессе лечения – это то, что левый боковой резец долгое время оставался в обратном резцовом перекрытии, препятствуя дальнейшему продвижению лечения. Тогда мы изготовили отдельную наклонную плоскость из фотокомпозита на резец по принципу коронки Катца. Через 2 недели проблема была решена.

По истечении 2-х месяцев после перерыва на зубы нижней челюсти так же была фиксирована мультибондинг-система для устранения тремм, нормализации формы нижнего зубного ряда, прикуса пациентки.

При помощи модифицированного аппарата Дейрихсвайлера и мультибондинг-системы была проведена нивелировка верхнего и нижнего зубного ряда, нормализованы прикус и окклюзия, а также соотношение вершин гребней беззубых участков верхней челюсти по отношению к зубам нижней челюсти стало более благоприятным для правильной постановки искусственных зубов в съёмном протезе после расширения.

Измерение в полном объёме диагностических моделей не проводилось из-за полного разрушения коронок зубов 1.1, 2.1 и отсутствия зубов 1.6, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7.

Было измерено межжлыковое расстояние между зубами 3.3 и 4.3 (А.Б. Слабковская, 1995г.), полученные данные сравнивались с табличными: SI (н/ч) = 23 мм, расстояние между 3.3 и 4.3 до лечения – 28мм, норма – 25,2мм, после лечения – 26 мм.

Для фиксирования результатов расширения верхней челюсти были проведены следующие измерения: А – межжлыковое расстояние; Б – расстояние между точками По на зубах 14, 24; В – между вершинами гребней беззубых участков челюсти перед коронками 18, 28. А: до лечения – 34,5мм, после – 38,5мм; Б: до лечения – 35мм, после – 39,5мм; В: до лечения – 46мм, после – 48,5мм. Полученные данные говорят о нормализации межжлыковой ширины на нижней челюсти после устранения тремм и, что величина рецидива после данного расширения (учитывая возраст пациентки) наблюдается существенная. Расширение челюсти лучше проводить с гиперкоррекцией. Длительность активного периода составила 8 месяцев.

В области центральных резцов верхней и нижней челюсти до лечения был так называемый «перекрёст прикуса». Из-за прямого травматического узла, обусловленного особенностями прикуса, убыль костной ткани на верхних центральных резцах была 25%, на нижних около 50%.

План протезирования составлялся с учётом этих данных; пациентке было сделано:

1. Адгезивное шинирование от 3.3 до 4.3 на нижней челюсти (Ribbond) – фронтальная стабилизация.

2. Металлокерамическая каппа на зубы 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 – с целью объединения верхних резцов в блок для предотвращения силовой диссоциации зубных рядов.

3. Одиночные металлокерамические коронки на зубы 2.4 (был ранее лечен по поводу осложнённого кариеса), 1.8, 2.8 (атипичная форма коронок с почти полным отсутствием экватора – плохие условия для ретенции кламмера).

4. Мостовидный металлокерамический мостовидный протез с опорой на зубы 4.5, 4.7.

5. Съёмный протез верхней челюсти типа “кватротти” как наиболее подходящий в данной клинической ситуации.

При контрольном осмотре через 3 месяца: пациентка жалоб не предъявляет, металлокерамические протезы верхней и нижней челюсти находятся в удовлетворительном состоянии, адаптация к съёмному протезу полная, ретенция состоятельная.

Выводы. На данном клиническом примере была показана возможность расширения верхнего зубного ряда модифицированным аппаратом Дейрихсвайлера у пациентки с сужением верхнего зубного ряда и отсутствием зубов 1.6, 1.7, 2.5, 2.6, 2.7, когда часть давления винта передавалась базисом на альвеолярные отростки в/челюсти, в том числе и на беззубые участки. Опору на зубы 4, 5, 8 и пластмассовый базис можно считать достаточной для данной процедуры. Из отрицательных моментов следует отметить лёгкую мацерацию слизистой по границе базиса, проходящую полностью через 1,5–2 недели; так же присутствие более 50% зубного компонента расширения, выраженного более со стороны отсутствия 2-го премоляра. Рекомендуем в таких случаях включать в опору клык.

Это даёт нам возможность рекомендовать к применению данную модификацию аппарата Дейрихсвайлера для расширения суженного верхнего зубного ряда при отсутствии 6 и 7 зубов в подготовке данной категории пациентов к протезированию.

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»

Стоматологическая Ассоциация России
Белгородская региональная общественная организация
«Стоматологическая ассоциация»

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Сборник трудов
XVII Международной научно-практической конференции



Белгород 2024