

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНОЙ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ

М.В. Арутюнян

*Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци,
кафедра ортопедической стоматологии
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: частичная адентия, глубокое резцовое перекрытие, пластинка с наклонной плоскостью, комплексное лечение

Лечение больных с частичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием, ортопедическими приемами (повышение прикуса на боковых зубах, спиливание фронтальных зубов) оказалось малоэффективным [1,5].

Съемными протезами больные не пользовались из-за боли под ними. Фронтальные зубы, не имевшие контакта, выдвигались, в результате чего усугублялась имеющаяся патология зубо-челюстной системы. Изготовление мостовидных протезов, на которых повышался прикус, сопровождалось перестройкой альвеолярного отростка в области опорных зубов.

Устранение деформаций зубо-челюстной системы хирургическим путем не получило широкого применения в ортопедической стоматологии [3].

Нами предложена схема комплексного лечения с частичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием.

Материал и методы

Лечение проводилось в два этапа. Вначале с целью подготовки полости рта к протезированию применялось ортодонтическое лечение, а затем ортопедическое.

Лечение заключалось в создании режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах. Для этого мы применяли верхнечелюстную пластинку с наклонной плоскостью, на которой одновременно восстанавливались отсутствующие зубы. Срок привыкания к пластинке 5-7 дней (до завершения ортопедического лечения).

Для лечения неправильно стоящих фронтальных зубов верхней челюсти мы пользовались дополнительной ортодонтической аппаратурой. При веерообразном расположении фронтальных зубов верхней челюсти (отраженный травматический узел) применялась верхнечелюстная пластинка с наклонной плоскостью и вестибулярной скользящей дугой, давящей небо на резко выступающие фронтальные зубы верхней челюсти, которая выдвигала нижнюю челюсть сагиттально.

Ортопедическое лечение являлось завершающим и заключалось в изготовлении протезов (съёмных или несъёмных) по показаниям. Особенностью конструкции мостовидных протезов было моделирование дистальных бугров крайних жевательных зубов ниже окклюзионной плоскости, а у съёмных протезов крайние зубы, являясь наклонными плоскостями, предупреждали смещение нижней челюсти в первоначальное положение (кзади) [2].

По нашему мнению, в механизме перестройки зубо-челюстной системы большое значение имеет изменение направления жевательных мышц.

На миограммах, полученных до лечения, отмечаются аритмичные сокращения височных и собственно жевательных мышц с зубцами малой амплитуды (рис. 1).

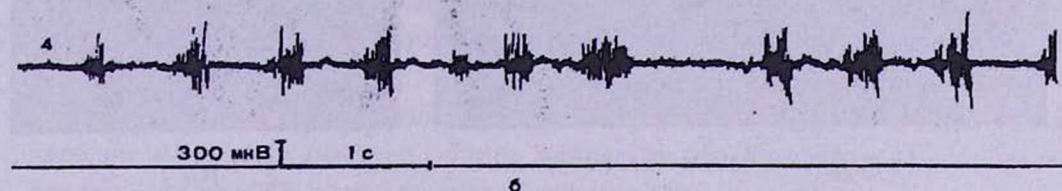


Рис. 1

По миограммам не всегда можно установить локализацию функционального центра (рабочей стороны) [4]. Волнообразность кривых свидетельствует о том, что жевание происходит на фронтальных зубах с сагиттальным перемещением нижней челюсти

Приводим выписку из истории болезни. Больная поступила в клинику кафедры ортопедической стоматологии ЕрГМУ 6.09.99 года с жалобами на затрудненное и болезненное пережевывание пищи. Зубы разрушались постепенно, вследствие кариозного поражения. При осмотре отмечаются резко выраженные носогубные и подбородочные складки. Окклюзионная высота нижнего отдела лица снижена на 4 мм, высота нижнего отдела лица в положении физиологического покоя жевательных мышц равна 63мм, окклюзионная высота – 56мм (рис. 2, 3).

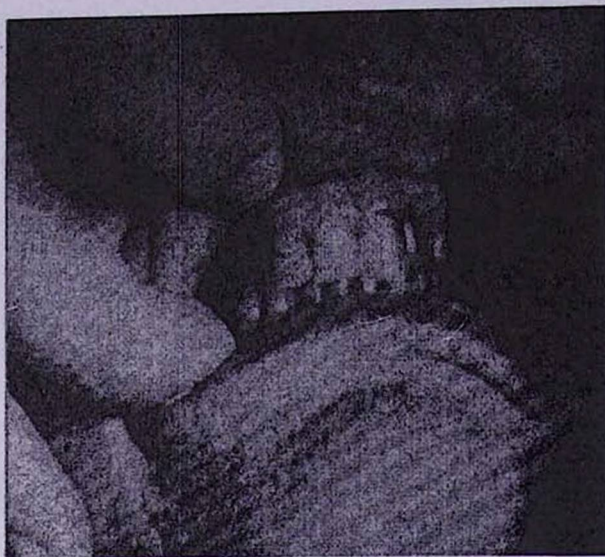


Рис. 2



Рис. 3

При обследовании полости рта обнаружены отпечатки фронтальных зубов нижней челюсти на слизистой оболочке неба во фронтальном отделе верхней челюсти. Слизистая оболочка десны отечна, гиперемирована и при пальпации кровоточит. Прикус патологический (травмирующий). На рентгенограмме левого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при сомкнутых зубах обнаружено небольшое расширение суставной щели в переднем отделе.

На миограммах до протезирования правая височная и собственно жевательная мышцы имеют малую амплитуду зубцов, что указывает на слабое напряжение этих мышц. Жевательная эффективность по И.С.Рубинову до лечения равна 32,6%.

Диагноз: частичная вторичная адентия, осложненная глубоким резцовым перекрытием, травма слизистой оболочки полости рта, деформация окклюзионной поверхности зубного ряда, снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица на 4мм.

План лечения был составлен с учетом данных, полученных при обследовании больной.

1. После удаления подвижных $\overline{21}$ и $\overline{517}$ зубов на верхнюю челюсть наложение ортодонтического аппарата для выдвигания нижней челюсти в сагиттальном направлении и создания режуще-бугоркового контакта.
2. Выравнивание окклюзионной поверхности нижнего ряда зубов $\overline{3134}$ металлокерамическими коронками.

3. Создание режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах сагиттальным сдвигом нижней челюсти.
4. Изготовление мостовидного протеза на 43|25 из металлокерамики с фиксатором для бюгельного протеза.
5. Изготовление бюгельных протезов на обе челюсти.

Результаты и обсуждение

На рентгенограмме ВНЧС после протезирования при сомкнутых зубах обнаружено смещение суставной головки к средней трети ската суставного бугорка и увеличение щели между задней поверхностью суставной головки и заднесуставным отростком.

На миограммах в день наложения протезов отмечается неравномерное напряжение височных и собственно жевательных мышц. Зубы неравномерной высоты и неравномерной формы.

Через месяц после наложения протезов графическая картина резко изменилась. Напряжение мышц четко выражено зубцами. Жевательная эффективность в день наложения протезов составила 78%, а через месяц увеличилась до 89%.

В результате комплексного лечения создан режуще-бугорковый контакт на фронтальных зубах (с сагиттальным сдвигом нижней челюсти), устранена травма слизистой оболочки с небной стороны фронтальных зубов верхней челюсти, восстановлена окклюзионная высота нижнего отдела лица (3 мм), ортопедическими приемами выравнены окклюзионные поверхности, восстановлены отсутствующие зубы и окклюзионный контакт. В итоге получен хороший косметический эффект и восстановлена функция жевания.

Поступила 06.09.01

ԽՈՐԶ ԿՏՐԻՃԱՅԻՆ ՎԵՐԱԾԱԾԿՈՎ ԲԱՐԳԱՅԱԾ ՄԱՍՆԱԿԻ ԵՐՎՈՐԴԱՅԻՆ ԱՂԵՆՏԻԱՅԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Մ.Վ. Հարությունյան

Աշխատանքում ներկայացված է խորը կտրիճային վերածանկով բարդացած մասնակի երկրորդային անատամության բուժումը: Նկարագրված են բուժման տեխնիկայի մանրամասնությունները, կատարված աշխատանքի արդյունքները:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հիվանդության բուժման և արդյունքների բարելավման համար անհրաժեշտ է կատարել կոմպլեքսային բուժում (օրթոդոնտիկ, օրթոպեդիկ):

THE COMPLEX TREATMENT OF PARTIAL SECONDARY ADENTIA COMPLICATED BY DEEP CUTTED COVERS

M. V. Haroutyunyan

In this work, the complex treatment of secondary, partial adentia complicated with deep cutted overlapping is represented.

The technique of the treatment, including both orthopedic and orthodontic methods, is described. The results of the suggested treatment are discussed.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаврилов Е.И.* Деформация зубных рядов. М., 1984.
2. *Перзашкевич Л.М., Стрекалова И.М. и др.* Опирающиеся зубные протезы. Л., 1974.
3. *Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М., Агаджанян С.Х.* Профилактика зубочелюстных аномалий. Ереван, 1986.
4. *Hupfaufl L.* Dtsch. Zahnarzt. Z., 1988, 43, p. 237.
5. *Nielsen I., Miller A.J. J.* Prosthet. Dent., 1988, 3, p. 352.