

Протезирование зубов при прогнатическом прикусе у взрослых

А.Г. Акопян

Кафедра ортопедической стоматологии ЕГМУ

Ереван, ул. Мамиконяц, 30

Ключевые слова: прогнатический прикус, сагиттальные аномалии прикуса

Прогнатический прикус у взрослых часто сопровождается значительными эстетическими, функциональными и морфологическими нарушениями. При потере зубов эти нарушения резко усугубляются и нередко осложняются поражением тканей пародонта, височно-нижнечелюстного сустава и деформациями зубных рядов, что затрудняет или делает невозможным протезирование. Поэтому ряд авторов [1–7] рекомендуют комплексный (хирургический, ортопедический, протетический) метод лечения этой аномалии. Однако многие вопросы такого лечения, особенно зубного протезирования, остаются недостаточно изученными и спорными.

В связи с этим целью настоящей работы являлась разработка рациональных методов зубного протезирования при прогнатическом прикусе.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 78 больных (20 женщин и 58 мужчин) в возрасте от 21 года до 53 лет с прогнатическим прикусом, осложненным дефектами зубных рядов. Дефекты I класса по Кеннеди были у 12, II класса – у 6, III класса – у 69, IV класса – у 21 больных. На нижней челюсти дефекты I класса были у 22, II класса – у 10, III класса – у 64, IV класса – у 12 больных.

Обследование больных включало изучение гипсовых моделей челюстей, рентгенографию зубов и челюстей, томографию височно-нижнечелюстного сустава, электромиографию жевательных мышц, жевательные пробы по И. С. Рубинову.

Лечение пациентов проводили в один или два этапа в зависимости от клинической разновидности прогнатического прикуса, наличия или отсутствия деформации зубных рядов. У 59 больных с дистальным расположением или смещением нижней челюсти проводили двухэтапное лечение.

На первом этапе осуществляли сагиттальный сдвиг нижней челюсти. Степень дистального расположения челюсти определяли при помощи томограммы височно-нижнечелюстного сустава. Величина сагиттально-

го сдвига нижней челюсти обычно не превышала 2–3 мм и контролировалась также томограммой височно-нижнечелюстного сустава. При этом мы строго следили за тем, чтобы суставная головка находилась на заднем скате суставного бугорка. Сагиттальный сдвиг челюсти чаще всего осуществляли при помощи пластмассовой каппы, на жевательной поверхности которой имелись отпечатки зубов-антагонистов. Эти отпечатки фиксировали челюсть в правильном положении и препятствовали смещению ее назад. Для получения таких отпечатков после припасовки назубной или зубодесневой каппы на жевательную поверхность ее накладывали быстротвердеющую пластмассу, и пациент смыкал зубные ряды в нужном положении.

Значительно реже для этих же целей применяли пластинку на верхнюю челюсть с наклонной плоскостью, с которой контактировали нижние передние зубы. Для удобства пользования пластинкой мы не разобщали зубные ряды в боковых отделах, а доводили их до контакта с антагонистами, перекрывая пластмассой жевательные поверхности зубов. При наличии дефектов зубных рядов их замещали пластмассовыми зубами.

Пластмассовой каппой или пластинкой больные пользовались в течение 3–6 месяцев. Нормализация функции жевательных мышц и стабилизация сагиттального сдвига нижней челюсти определялись при помощи электромиографии и клинических проб. Последние заключались в том, что пациенты смыкали зубные ряды в наиболее удобном для них положении. В преобладающем большинстве случаев через 3–6 месяцев пользования каппой или пластинкой с наклонной плоскостью пациенты устанавливали нижнюю челюсть в выдвинутом сагиттальном положении. Соотношение зубных рядов после пользования ортопедическим аппаратом сравнивали с первоначальным прикусом по имеющимся контрольным моделям.

После адаптационной перестройки функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава результаты ортопедического лечения закрепляли зубным протезированием. Применяли различные конструкции зубных протезов по показаниям.

У пациентов с чрезмерным ростом верхней челю-

ности или недоразвитием нижней челюсти без дистального сдвига последней, нормальным расположением суставной головки в суставной ямке, а также при глубокой суставной ямке и крутом заднем скате суставного бугорка мы в большинстве случаев применяли метод лечения без сагиттального сдвига нижней челюсти. Последний был применен лишь у 6 больных из 48 с подобной аномалией прикуса.

При сужении зубного ряда, протрузии верхних передних зубов и деформации зубных рядов у пациентов сравнительно молодого возраста (до 45 лет) проводили соответствующую ортодонтическую подготовку. Для расширения верхнего зубного ряда применяли пластинку с винтом и ретрагирующей вестибулярной дугой. Проволочную дугу и ортодонтический винт активировали 1 раз в неделю на $\frac{1}{4}$ оборота винта.

При резко выраженной протрузии верхних передних зубов, сопровождавшейся выпячиванием верхней губы, применяли комплексный (хирургический и ортодонтический) метод лечения. У этих больных удаляли первые верхние премоляры с обеих сторон. Клыки перемещали дистально, а резцы отклонялись в оральную сторону.

Если аномалия прикуса сочеталась с зубоальвеолярным удлинением в области зубов, лишенных антагонистов, то лечение проводили при помощи накусочной пластинки. У пациентов более старшего возраста в подобных случаях выдвинувшиеся зубы депульпировали и укорачивали. При отсутствии деформации зубных рядов протезирование проводили без ортодонтической подготовки.

У больных с прогнатическим прикусом и глубоким резцовым перекрытием при наличии больших включенных или концевых дефектов на верхней челюсти применяли съемные протезы с накусочной пластиной для нижних резцов и клыков. Эта конструкция предотвращала дальнейшее выдвижение нижних передних зубов и травму слизистой оболочки неба. При отсутствии места для пластмассового базиса применяли литой, более тонкий базис или депульпировали нижние резцы и укорачивали их.

При наличии небольших включенных дефектов в переднем отделе верхней челюсти и показании к применению несъемных (мостовидных) протезов отдельные верхние резцы и клыки, резко наклоненные в сторону губы, депульпировали. Затем изготавливали литые штифтовые вкладки и покрывную конструкцию, облицованную пластмассой или фарфором. Таким образом, достигался лучший эстетический и функциональный эффект.

Мостовидные протезы в боковых отделах зубных рядов моделировали таким образом, чтобы обеспечить наибольший окклюзионный контакт. Бюгельные протезы конструировали с учетом резцового перекрытия и степени уменьшения окклюзионных контактов. Для лучшего распределения жевательной нагрузки на па-

радонт сохранившихся зубов и слизистую оболочку альвеолярного отростка мы увеличивали количество окклюзионных накладок.

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты лечения были хорошими у 74 больных, 4 больных со скелетной формой прогнатического прикуса не могли привыкнуть к сагиттальному сдвигу нижней челюсти.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 1,5 до 3 лет прослежены у 78 больных. У 74 из них ортопедическое лечение было успешным, лишь 4 человека жаловались на различные неудобства при пользовании протезами, боль под протезами, в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе, поломку съемных протезов.

При осмотре больных рецидив, т. е. возврат нижней челюсти в исходное дистальное положение, наблюдался у 2 из 4 больных с так называемыми скелетными формами прогнатического прикуса. Значительно реже (у 3 из 58 больных) это осложнение наблюдалось при дистальном расположении нижней челюсти.

При анализе причин рецидива аномалии установлено, что нижняя челюсть чаще возвращалась в исходное дистальное положение у больных с повышенной биоэлектрической активностью височных мышц и с глубокой суставной ямкой, которая чаще встречается при сочетании прогнатического прикуса с глубоким резцовым перекрытием. Возникновению этого осложнения способствовало также нерегулярное пользование лечебным аппаратом и досрочное прерывание ортодонтической подготовки зубочелюстной системы к протезированию.

Кроме рецидива аномалии, у 3 больных наблюдалась функциональная травматическая перегрузка парадонта опорных зубов мостовидных протезов, в которых моделировали удлиненные дистальные бугры на коронках и промежуточной части для удержания нижней челюсти в выдвинутом вперед положении. Перегрузка опорных зубов привела к их патологической подвижности. Слизистая оболочка десны в области этих зубов была гиперемирована и отечна. На рентгенограмме определялись расширение периодонтальной щели и резорбция костной ткани лунок опорных зубов.

Результаты функциональных жевательных проб были различными: у больных, пользовавшихся мостовидными протезами, жевательная эффективность составляла 90–97%, бюгельными – 72–93%, пластиночными – 59–71%.

Время жевания до появления рефлекса глотания у всех больных было больше, чем в норме, и колебалось в пределах 24–39 сек.

При повторных исследованиях этих показателей

через 1 и 2 года установлено закономерное уменьшение времени жевания и увеличение жевательной эффективности. Однако время жевания было у всех больных больше, чем в норме, и колебалось в пределах 20–32 сек. Это, повидимому, объясняется наличием самого аномалийного прикуса и особенностями функционирования зубочелюстной системы при про-

гнатическом соотношении зубных рядов.

Приведенные выше результаты ортопедического лечения взрослых пациентов с прогнатическим прикусом показывают высокую эффективность разработанных методов лечения и позволяют рекомендовать их для внедрения в широкую стоматологическую практику.

Поступила 10.02.01

Պրոգնատիկ կծվածքով մեծերի պրոթեզավորումը

Ա.Գ. Հակոբյան

Աշխատանքը նպատակ ունի հետևել պրոթեզավորման ընթացքը և արդյունքները պրոգնատիկ կծվածքով 78 հիվանդի մոտ, որոնց տարիքը էր 21–53 տարեկան: Օրթոպեդիկ բուժման արդյունքները դրա-

կան էին 74 հիվանդի մոտ: 4 հիվանդի մոտ տեղի ունեցավ հենակետային և հակադիր ատամների պերիոդոնտալ հյուսվածքների և քունք-ստորոճնոտային հոդի գերբեռնվածություն:

Dental prosthesis in adults with prognathic bite

A.G. Hakobyan

The results of dental prosthesis have been evaluated in 78 patients with prognathic bite, aged between 21 and 53. The late results are available for 99 subjects followed from 18 months to three years. Orthodontic treatment has been found to be successful in 74 of these subjects, and

only four patients have had complications, such as a recurrence of the anomaly, discomfort during mastication, functional overloading of the periodontum under the supporting teeth.

Литература

1. Каламбаров Х. А., Киракосян В.П. Стоматология, 1988, №6, с. 37.
2. Киракосян В.П. Протезирование больных при зубочелюстных аномалиях у взрослых. Дис. док.мед.наук. Ереван, 1990.
3. Майборода Ю.Н., Гаража С.Н., Василенко И.И. Металлокерамические протезы при аномалиях фронтального участка зубного ряда М., 1992.
4. Чикунев С.О. Применение металлокерамических коронок и мостовидных протезов при аномалиях

развития и положения передних зубов у взрослых. Дис. канд. мед. наук. М., 1995.

5. Мананова Ф.Ф. Особенности лечения зубочелюстных аномалий у взрослых при недоразвитии нижней челюсти. М., 1996.
6. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. М. 2002.
7. Legović M., Maty L. Pellizzer's orthodontic anomalies N.Y., 1998.