

Э. А. КИЛИКЯН

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ПРИКУСА ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

При некоторых патологических видах прикуса и частичных дефектах в зубных рядах через большой или меньший срок возникают деформации зубных рядов. Эти деформации являются факторами, которые неблагоприятно влияют на функцию жевания, пищеварения, дыхания, а тем самым и на общее состояние организма.

В повседневной практике эти деформации или вовсе не устраняются, или устраняются хирургическими вмешательствами с последующим протезированием.

Известно, что ортопедическое лечение обычно проводится в детском и юношеском возрасте, т. е. до 18 лет. В литературе имеются указания отдельных авторов о возможности и целесообразности ортопедического лечения взрослых [2,4—6]. Но большинство авторов высказываются против ортопедического лечения взрослых, считая, что после 18—25 лет, вследствие законченного роста челюстей и других костей лицевого скелета, ортопедические мероприятия малоэффективны [1, 3, 7, 8 и др.].

В литературе мы не нашли достаточных данных, касающихся изменений в зубо-челюстной системе у больных с глубоким прикусом при частичной потере зубов. У таких больных, если они длительное время не протезировались, наступает деформация зубных рядов — выдвигаются зубы, лишены антагонистов, уменьшается межальвеолярное пространство и снижается высота нижнего отдела лица. Часто фронтальные зубы нижней челюсти, реже верхней челюсти, травмируют слизистую оболочку полости рта.

Нами обследовано 90 больных с глубоким прикусом при частичной потере зубов в возрасте от 25 до 65 лет.

Для более правильного построения плана протезирования мы разделили обследованных больных на две группы.

В первую группу вошли больные с глубоким прикусом при наличии контакта между фронтальными зубами. Для этой группы характерны следующие признаки: 1) отсутствие режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах с сохранением контакта зубных поверхностей коронок фронтальных зубов верхней челюсти; 2) деформация окклюзионных поверхностей; 3) травма десны у шеек фронтальных зубов на нижней челюсти с вестибулярной стороны (иногда травма слизистой оболочки

неба во фронтальном участке фронтальными зубами челюсти); 4) небольшое снижение высоты нижнего отдела лица.

Во вторую группу включены больные с глубоким прикусом при отсутствии режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах. Для этой группы характерны следующие признаки: 1) отсутствие режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах—режущие края фронтальных зубов нижней челюсти упираются в слизистую оболочку неба; 2) деформация окклюзионных поверхностей; 3) травма слизистой оболочки неба; 4) значительное снижение высоты нижнего отдела лица; 5) резкие изменения контуров нижней трети лица:

В первой группе было 36 больных, из них 14 женщин и 22 мужчины, во второй группе—54 больных, из них 36 женщин и 18 мужчин.

Жалобы больных сводились к затрудненному разжевыванию пищи, травме слизистой оболочки полости рта, подвижности зубов, боли под протезами и косметическим недостаткам. Диагноз ставился на основании клинического обследования, анализа пародонтограммы, измерения высоты нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии и изучения моделей челюстей.

Из 90 обследованных больных проведено комплексное ортодонтическое и ортопедическое лечение у 62 (24 чел. из первой группы, 38 чел. из второй группы).

Ввиду того, что понижение высоты нижнего отдела лица влечет за собой определенные последствия (глоссалгия, невралгия, жжение языка, шелканье, хруст и боли в височно-челюстном суставе и т. д.), протезирование подобных больных должно иметь целью не только восстановление отсутствующих зубов, но и профилактику возможных осложнений.

Учитывая тяжесть поражения, возраст больных, их трудовую деятельность, мы поставили перед собой задачу сохранить максимальное количество зубов, а также сократить сроки протезирования и упростить ортодонтическую аппаратуру.

Ортодонтическое лечение заключалось в создании режуще бугоркового контакта на фронтальных зубах путем сагиттального перемещения нижней челюсти. Для этой цели мы пользовались пластинкой с наклонной плоскостью, которую накладывали на верхнюю челюсть. Эта пластинка являлась направляющей для нижней челюсти и удерживала последнюю в сагиттальном положении. Одновременно создавался режуще-бугорковый контакт между фронтальными зубами верхней и нижней челюсти, восстанавливалась высота нижнего отдела лица и устранялась травма слизистой оболочки полости рта. Кроме того, с помощью пластинки с наклонной плоскостью восстанавливались отсутствующие зубы, а при необходимости пластинку можно было снимать.

В некоторых случаях, помимо пластинки с наклонной плоскостью, мы применяли дополнительную ортодонтическую аппаратуру. Так, при небном наклоне фронтальных зубов верхней челюсти, которые мешали сагиттальному перемещению нижней челюсти, мы пользовались аппаратом Энгля, а при веерообразном расхождении фронтальных зубов

верхней челюсти мы до наложения на нее пластинки с наклонной плоскостью применяли скользящую дугу. Срок пользования последней не превышал 2—3 недели.

Ретенционным аппаратом в обоих случаях служила пластинка с наклонной плоскостью и вестибулярной дугой на верхнюю челюсть, в то же время являясь направляющей для сагиттального перемещения нижней челюсти.

В тех случаях, когда отсутствовали фронтальные зубы на нижней челюсти, а фронтальные зубы верхней челюсти упирались в десну, изготовлялся пластиночный протез на верхнюю челюсть со специально смоделированными наклонными плоскостями позади крайних жевательных зубов для удержания нижней челюсти в сагиттальном положении.

При наложении пластинки с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть больные только в первые 2—3 дня жаловались на неудобства при жевании и разговоре, что с нашей точки зрения можно отнести за счет привыкания к протезам. Жалоб на болезненные ощущения со стороны жевательных мышц и челюстного сустава больные не отмечали. Через 5—7 дней после наложения пластинки с наклонной плоскостью на верхнюю челюсть мы приступали к протезированию. Протезирование заключалось в изготовлении по показаниям съемных или несъемных протезов со специально смоделированными буграми у крайних зубов на верхней челюсти.

В ряде случаев оставленные одиночные зубы вне контакта, на которые впоследствии по плану предполагалось изготовить окклюзионные накладки, выдвигались до контакта с антагонистами, а те зубы, которые после дезартикуляции не выдвигались до контакта с антагонистами, покрывались каплями с окклюзионными накладками.

В ы в о д ы

1. Применяемая нами методика предварительного ортопедического лечения при протезировании больных с глубоким прикусом и частичным отсутствием зубов является весьма эффективной.

2. Ортодонтическим путем можно исправить контуры нижнего отдела лица, восстановить его высоту, создать условия для протезирования, предупредить или устранить травму слизистой оболочки полости рта.

3. Протезированием закрепляются полученные результаты ортодонтического лечения и восстанавливаются отсутствующие зубы, что приводит к улучшению самочувствия больных и повышению их трудоспособности.

Кафедра ортопедической стоматологии
Московского медицинского стоматологического института,
Кафедра стоматологии
Ереванского медицинского института

Поступило 7/IV 1965 г.

Է. Ա. ԿԻԼԻԿՅԱՆ

ԿԾՎԱԾՔՆԵՐԻ ՄԻ ՔԱՆԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐԻ ՕՐՏՈՌՈՆԻԿ ԲՈՒԺՈՒՄԸ
ՊՐՈՏԵԶԱՎՈՐՈՒՄԻՑ ԱՌԱՋ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հեղինակի կողմից ուսումնասիրվել են խոր կծվածքով և ատամների մասնակի կորուստով 90 հիվանդներ: Կատարվել են մի շարք հետազոտություններ՝ կլինիկական զննում, պարոդոնտոգրամայի վերլուծում, դեմքի շափումներ և ծնոտային մոդելների ուսումնասիրություններ:

Հիվանդների պրոտեզավորումը կատարվել է օրթոդոնտիկ բուժումից հետո: Հեղինակի կողմից առաջարկված պրոտեզավորման այս եղանակը հնարավորություն է տալիս ուղղել դեմքի ստվերագիծը և կանխել բերանախորշի լորձաթաղանթի պրոտեզավորումից առաջացող վնասվածքները: Պրոտեզավորումից հետո բարելավվել է հիվանդների ինքնազգացումը և վերականգնվել նրանց աշխատունակությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ахмедов А. А. Азербайджанский медицинский журнал, 1958, 6, стр. 99.
2. Вакарелов К. Стоматология, 1962, 4, стр. 43.
3. Сапникова М. Д. Сборник тезисов и рефератов научных работ Пермского медицинского института. Пермь, 1958, стр. 124.
4. Слободник Э. Е. Тезисы докладов I межреспубликанской конференции врачей стоматологов по ортодонтической терапии. Рига, 1957, стр. 63.
5. Смертенко А. С. Тезисы докладов I межреспубликанской конференции врачей стоматологов по ортодонтической терапии. Рига, 1957, стр. 69.
6. Ужумецкене И. И. Стоматология, 1961, 4, стр. 72.
7. Adler P. The Prophylaxis of Periodontal Diseases with Special References to the Overstress of Teeth. The Dental magazine and Oral Jopies, 1947, v. 64, 4, 255.
8. Peterson Z. N., Popovich F. Ovebite Adjustment in the Adult Dentition, J. A. D. Ass, 1957, v. 55, 2, 173.