

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Am. J. Orthodontics, May 1962,
Volume 48, Number 5,
p.361-366.*

**Lawrence G. Alexander, A. B., D.M.D., профессор
Школа медицины Университета Бостона, кафедра стоматологии. Lynn, Mass**

Периодически врач-ортодонт сталкивается с проблемой, которая, после рассмотрения всех возможных вариантов, требует нестандартного лечения. Для него является привычной практикой лечение пациентов с психологической травмой по поводу их внешности. Однако, когда помимо этой психологической проблемы, у пациента аномалия прикуса, для лечения которой из-за ее серьезности, возраста пациента и, принимая во внимание значимость времени лечения, нельзя применить «классические» методы, врач вынужден принимать наиболее эффективный план лечения. Данный клинический случай — пример такого решения.

Клинический случай

История и общая клиническая картина. Пациентка — 19-ти летняя девушка. Ее медицинская история не была причиной ее дефекта. У нее были неправильное глотание и привычка облизывать верхнюю губу, а язык в состоянии покоя лежал на нижних резцах. У пациентки было затруднено дыхание через нос из-за искривленной перегородки. Она не могла сомкнуть плотно губы и дышала через рот.

Немаловажным был и психологический фактор. Несмотря на то, что интеллект у нее был выше среднего, и она была студенткой школы искусств, она жаловалась на отсутствие личной жизни. Она была одинока и несчастна и призналась, что так было еще с раннего детства. Она обратилась к стоматологу с просьбой удалить все ее верхние зубы и сделать ей протез.

Диагноз. Осмотр лица (рис. 1) показал, что ее профиль был сильно выпуклым за счет выдающегося носа и выступающей верхней губы. Нижняя губа была вывернута, супраментальная борозда глубокая. Губы были разомкнуты и напряжены, а подбородок выглядел скошенным.

Телерентгенография с использованием челюстно-лицевого угла и отношения нижнечелюстная плоскость-затылок (Margolis) выявили следующее:

Краниоскелетный анализ (рис. 2А). Черепно-лицевой угол в точке nasion составлял 68,5 градусов (среднее значение $72,8 \pm 2,36$), что указывало на то, что нижняя челюсть в передне-

заднем направлении расположена достаточно правильно относительно основания черепа. Нижнечелюстная плоскость, если провести ее назад, соединялась с затылком под углом -7 градусов от линии, касательной к основанию, назад от foramen magnum (рис. 2А). Это было веское указание на вертикальное несоответствие развития. В литературе было показано, что на морфологическом уровне нижнечелюстная плоскость людей с пропорциональными чертами лица касается основания затылка или располагается под ним [1].

Зубо-черепно-лицевой анализ. Резцово-нижнечелюстной угол составил 91,5 градусов, но коронки и практически центральные резцы нижней челюсти располагались впереди лицевой линии. В пропорциональном

лицевом скелете и при ортогнатическом профиле, по крайней



Рис. 1. А. Фотографии до лечения. В. Фотографии после лечения, ринопластики и имплантации подбородка. С. Фотографии через год после лечения

мере статистически, резцово-нижнечелюстной угол составляет 90 ± 3 градуса, но было показано, что лицевая линия проходит через язычную поверхность коронок нижнечелюстных резцов или лежит впереди них [1]. Центральные резцы в данном случае находились под прямым углом к плоскости нижней челюсти, но нижняя челюсть неправильно располагалась относительно черепа. Другими словами, резцы находились в правильном положении в подлежащей кости, но сама кость (нижняя челюсть) недостаточно правильно располагалась относительно лицевого скелета. Наблюдалась протрузия верхнечелюстных резцов: линия,

проходящая вдоль их длинных осей, пересекала линию основания черепа под углом 111 градусов. Сами зубы располагались впереди лицевой линии.

Анализ гипсовых моделей (рис. 3). Анализ моделей выявил выраженное соотношение моляров по II классу билатерально. Первые моляры нижней челюсти пациентки были удалены еще в раннем возрасте, а вторые моляры заняли свое положение лишь с незначительным мезиальным наклоном. Третьи моляры верхней и нижней челюстей практически полностью прорезались. Фронтальное перекрытие было глубоким (13 мм), но глубокий прикус был средней степени, а

нижнечелюстные резцы не касались слизистой оболочки неба.

Внутриротовые и боковые рентгенограммы челюстей. Рентгенограммы показали большое количество леченных зубов и необходимость в дальнейшей реставрационной работе.

Заключение. Пациентка имела аномалию класса II, 1 подкласса (по Энглю) с достаточно выраженной прогнатией верхней челюсти.

Этиология. У матери пациентки была прогнатия верхней челюсти, которая наблюдалась у большинства членов ее семьи, что ясно показывает наследственный фактор аномалии прикуса пациентки. К этиологическим факторам можно добавить также положение языка и неправильный тип глотания.

План лечения. Учитывая психологический фактор и возраст пациентки, целью

лечения было достичь улучшений в функции и в эстетическом виде в максимально короткий срок.

Удаление зубов было необходимо с целью уменьшить прогнатию. Удаление премоляров не дало бы достаточно места для успешного уменьшения переднего сегмента, пациентка бы осталась с глубоким перекрытием. Более того, удаление премоляров не дало бы быстрого эстетического эффекта. Удаление же шести передних зубов и замена их на протез было бы быстрым решением проблемы, но слишком радикальным и травматичным.

Было принято решение об удалении зубов непосредственно из зоны деформации, и были выбраны верхнечелюстные левый и правый боковые резцы. Удаление этих зубов образует пространство для ретракции центральных резцов и мезиального и лингвального движения клыков. Таким образом, передний сегмент будет состоять из центральных резцов, клыков, с пришлифованными углами, чтобы они выглядели как боковые резцы, и премоляров, которые уже были немного развернуты мезиолингвально так, что они напоминали клыки. Клыки оказались в подходящем месте для того, чтобы быть опорными зубами для консольного мостовидного протеза в случае дальнейших проблем с центральными резцами, в которых были большие пломбы. Если бы эти зубы пришлось когда-нибудь удалить, протезирование было бы относительно легко механически осуществимо и превосходно эстетически. Было сделано моделирование переднего сегмента из воска, чтобы выяснить, возможно ли воплощение данного плана лечения на практике. В изменении нижнечелюстной дуги не было необходимости.

Пациентке посоветовали сделать ринопластику после лечения, иначе нос казался бы еще более выступающим. Также необходим был имплантат подбородка, который визуально удлинил бы нижнюю челюсть.

На верхние вторые моляры, первые моляры, вторые премоляры и центральные резцы были фиксированы брекететы, а верхние боковые резцы были удалены. На круглые трубки на вторых молярах верхней челюсти припасовывали лицевую дугу Оппенгейма.

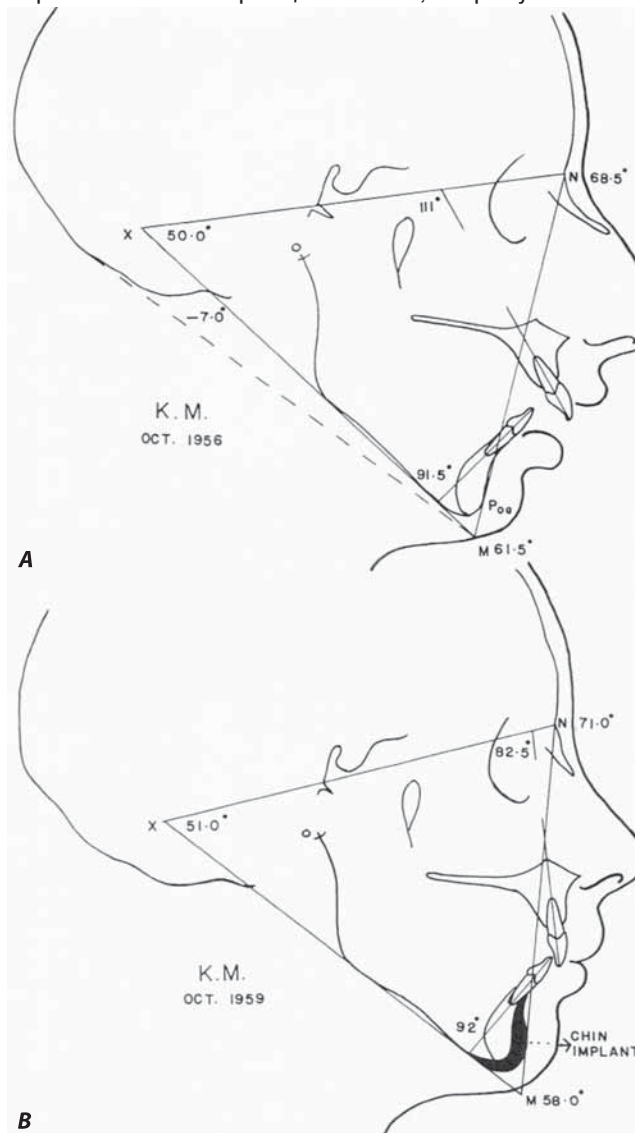


Рис. 2. А. Обрисовка боковой телерентгенограммы головы пациентки до лечения. Отношение нижнечелюстная плоскость/затылок (М-ОСС) показывают вертикальное несоответствие развития. В. Обрисовка боковой телерентгенограммы после лечения и имплантации подбородка. Обратите внимание на влияние на краниофациальный угол и улучшение положения резцов относительно лицевой линии

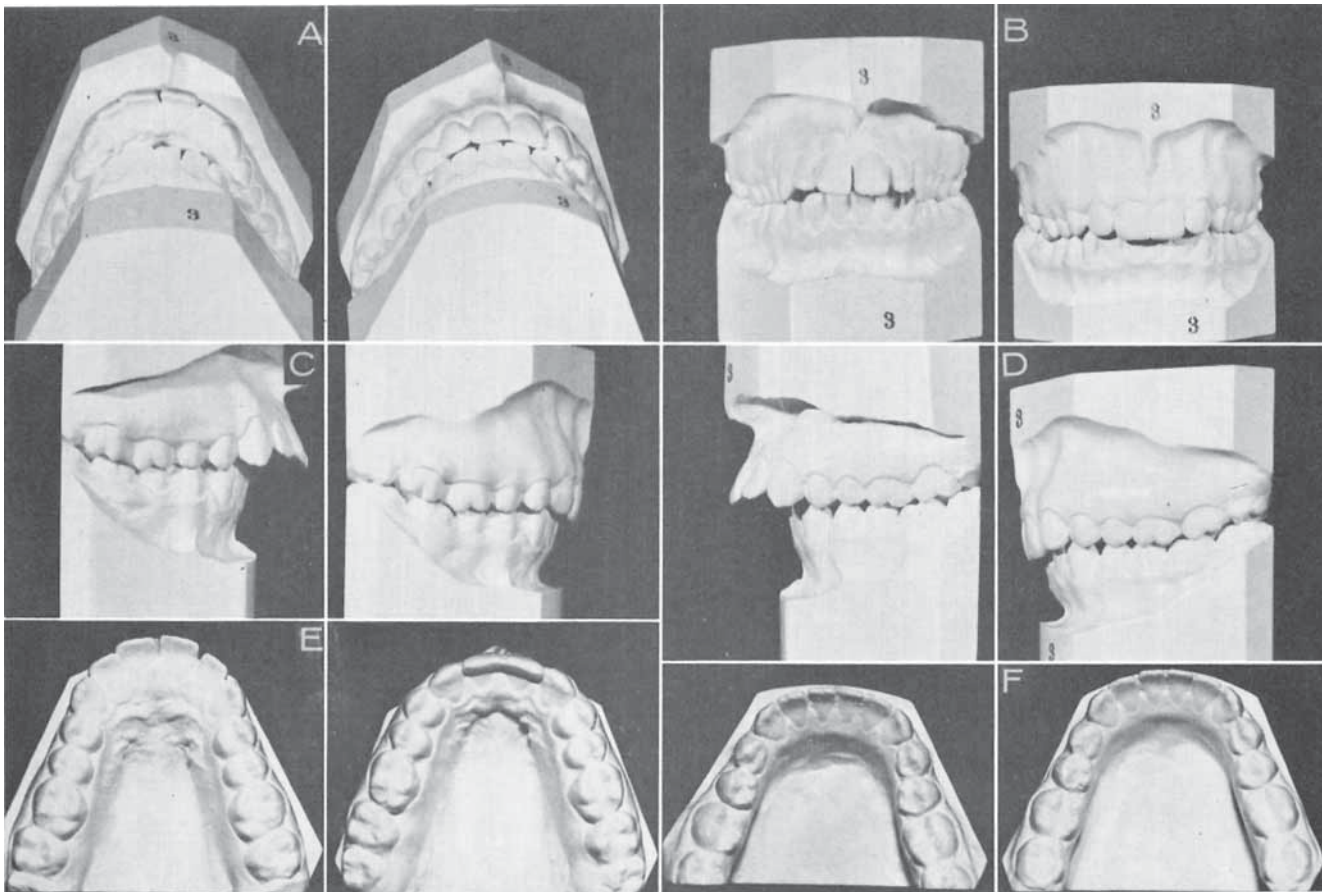


Рис. 3. Гипсовые модели пациентки до (слева) и после (справа) лечения

Верхние центральные резцы были немного перемещены назад с помощью ретракционных петель на легких круглых дугах. Далее использовалась прямоугольная дуга 0.021x0.025 с небным корневым торком для центральных резцов и bull-петлями для ретракции передних зубов в небном направлении. После частичной ретракции верхнечелюстных резцов подвязывались брекеты на клыках. Использовались открывающие пружины между клыками и первыми премолярами на круглой дуге размера 0.020 для мезиального перемещения клыков. Было решено немного повернуть клыки в мезионебном направлении путем помещения мезиального конца лигатурной проволоки под проволочной дугой. Для окончательного выравнивания и позиционирования клыков и центральных резцов использовали

прямоугольную дугу размером 0.021x0.025 с bull-петлями и небным корневым торком для этих зубов. Для лучшего эстетичного вида проводилась шлифовка бугорков клыков.

Прогресс. Пациентку осматривали с интервалом в 2-3 недели, и лечение было закончено приблизительно за 13 месяцев.

Вторичное лечение. Ретейнер Hawley для верхних зубов необходимо было носить днем и ночью на протяжении 9 месяцев, потом его нужно было одевать только на ночь. Дальнейшее наблюдение было прервано, т.к. пациентка вышла замуж за британского физика-ядерщика и они переехали в Англию.

Заключение

Достигнутые результаты. Эстетические изменения были довольно значительны. В зна-

чительной мере помогли ринопластика и имплантат подбородка. Хотелось бы отметить, что в результате имплантации подбородка черепно-лицевой угол увеличился до 71 градуса. А также лицевая линия пересекла лингвальные поверхности коронок нижнечелюстных резцов (рис. 2В).

Благоприятный результат был достигнут за относительно короткий период времени без необходимости удаления большого количества зубов и без необходимости сложной механотерапии.

После лечения. В третий раз диагностические материалы были собраны благодаря доктору Балларду из Лондона. Результаты, полученные в ходе лечения, сохранялись. Согласно последнему отчету, пациентка носила ретейнер время от времени.

Перевод Котюк И.П.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Margolis, H.I.: A Basic Pattern and Its Application in Clinical Orthodontics, Am.J. Orthodontics & Oral Surg. 33: 631-641, 1947; Am. J. Orthodontics 39: 425-443, 1953.