

## ПРОВЕДЕНИЕ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОМПЕНСАЦИИ III КЛАССА, ОСЛОЖНЕННОГО МНОЖЕСТВЕННОЙ АДЕНТИЕЙ, У ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ

Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области, в частности несращения верхней губы и неба в разных комбинациях, представляют собой сложную проблему для теоретической и практической медицины. Частота распространения данных пороков зависит от многих экзо- и эндогенных факторов и в мире составляет от 0,1 до 5,35 случаев на 1000 новорожденных [1, 2]. В Украине средний показатель частоты рождения ребенка с такими пороками равен 1,11—1,25 на 1000 новорожденных (1:800—900) [3].

Ортодонтическая помощь является обязательным компонентом комплекс-

ной реабилитации ребенка с врожденным пороком челюстно-лицевой области, без которого невозможно достигнуть полноты восстановления функции пораженной анатомической области. Частым осложнением у больных, перенесших радикальную ураностафилопластику, является недоразвитие скелетного остова верхней челюсти и как результат — формирование зубоальвеолярной аномалии III класса по Энгля. По мнению Р.Н. Федотова (2010), такой тип аномалии является показанием к отрогнатическому хирургическому ее устранению с последующей ортодонтической реабилитацией, по-

скольку сама ортогнатическая операция не позволяет полностью устранить вышеупомянутую проблему [4]. Как показывает практика, пациенты с такой аномалией крайне неохотно соглашались на выполнение ортогнатического вмешательства в виду его сложности, травматичности и последующего длительного реабилитационного периода. В таких случаях современные технологии ортодонтического лечения являются выгодной альтернативой частичной или полной компенсации присутствующей аномалии.

Частой проблемой для ортодонта при лечении пациентов с врожденными несращениями верхней губы и неба является первичная адентия в области дефекта альвеолярного отростка.

По данным О.С. Чуйкина (2009), первичная адентия, как генетически обусловленное заболевание, поражает от 2 до 5% населения [5]. По данным Shroeder D.C. et al. (1975), первичная адентия постоянных зубов на верхней челюсти у больных с врожденными дефектами альвеолярного отростка встречалась в 40% случаев, в то время, как в здоровой популяции частота данного заболевания составляла около 6,25% [6]. Рентгенологическое обследование больных с врожденными сквозными несращениями верхней губы, альвеолярного отростка и неба, проведенное Д.С. Козловым и соавт. (2005), показало отсутствие закладки бокового резца на стороне поражения у 52% больных и первичную адентию рядом расположенного клыка в 13% случаев [7].

Таким образом, сложное задание — компенсация зубоальвеолярной деформации по типу Энгля III при дефиците зубов на верхней челюсти, — может быть поставлено перед практикующим врачом довольно часто.

Пациент Б. А., 20 лет (рис. 1, 2) в раннем возрасте был прооперирован по поводу левостороннего полного комбинированного несращения губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Ортодонтическое лечение ранее не проводилось.



Рис. 1.



Рис. 2.

Диагноз: состояние после хейло- и ураностафилопластики, зубоальвеолярный и скелетный III Класс (обратная сагиттальная щель до 11 мм), осложненный двусторонним перекрестным прикусом, сужение и деформация в.ч., множественная первичная адентия 12, 22, 15, 25 зубов.

От каких-либо хирургических вмешательств пациент отказывался, поэтому было принято решение ортодонтически провести зубоальвеолярную компенсацию. С целью минимизировать возможное увеличение костного дефекта несращения, дополнительные скелетнорасширяющие аппараты не использовали.

В исходном состоянии коронковая часть 21 зуба была разрушена, периапикально имелся очаг воспаления, I степень подвижности, и он подлежал удалению. Однако, для увеличения опоры, на период ортодонтического лечения 21 зуб решено было временно сохранить.

Была установлена брекет-система на в.ч. и н.ч., проведена коррекция зубных дуг



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.

(рис. 3). Длительное время ортодонтическими дугами производилось расширение верхнего зубного ряда, а также использование межчелюстных эластиков (перекрестного прикуса и по III классу).

Период активного лечения составил 30 месяцев (рис. 4). После снятия брекет-системы на нижнюю челюсть был установлен несъемный ретейнер, для 13, 11, 23 зубов изготовлены литые штифтовые культевые вкладки. После повторной оценки состояния 21 зуба было решено его сохранить (подвижность зуба и рентгенологически периапикальные изменения исчезли).

В результате проведенного лечения достигнуто прямое резцовое соотношение, значительное расширение зубной дуги верхней челюсти, появились множественные окклюзионные контакты, были созданы условия для полноценного протезирования.

Рис. 5 — внешний вид после протезирования. Изготовлен металлокерамический мостовидный протез с опорой на 13, 11, 21, 23 зубы, одновременно выполняющий ретенционные функции. Для большей эстетичности и долгосрочной стабильности предлагалось включить в конструкцию 14 и 24 зубы.

Данный клинический случай показывает широту ортодонтических возможностей для коррекции даже таких выраженных деформаций зубных дуг и нарушений прикуса у пациентов с вторичными деформациями челюстно-лицевой области после устранения врожденных пороков верхней губы и неба. Проведенный вариант устранения деформации может быть выгодной альтернативой для пациентов с вышеописанной проблемой, которым или недоступно, или не может быть проведено ортогнатическое хирургическое вмешательство.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белякова С. В., Фролова Л. Е., Загирова А. Ф. и др. Врожденные пороки развития лица и челюстей у детей. // Стоматология. — 1996. — № 1. — С. 61–64.
2. Золотарева Е. Ю. Анатомо-физиологические особенности зубочелюстной системы у детей с расщелиной верхней губы, твердого и мягкого неба. Автореф. дис. канд. мед. наук. Воронеж, 2006. — 35 с.
3. Харьков Л. В., Яковенко Л. М., Чехова И. Л., Хірургічна стоматологія дитячого віку: Підручник. К.: Книга-плюс. — 2003. — 480 с.
4. Федотов Р. Н. Планирование и тактика ортогнатического хирургического лечения пациентов после хейло- и уранопластики. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. — 25 с.
5. Чуйкин О. С. Прогнозирование первичной адентии с применением молекулярно — генетического анализа. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2009. — 29 с.
6. Schroeder D. C., Green L. J. Frequency of Dental Trait Anomalies in Cleft, Sibling, and Noncleft Groups // Journal of Dental Research. — 1975. — Vol. 54, № 4. — P. 802–807.
7. Козлов Д. С. Нарушение сроков прорезывания постоянных зубов фронтального отдела верхней челюсти при врожденной расщелине верхней губы и неба/Д. С. Козлов, Е. Ю. Золотарева, М. М. Татаринцев, Е. А. Алферова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Современные направления теоретической и практической медицины». — Воронеж, 2005. — С. 125–127.

На вопросы отвечает

**Т. Р. Закалата**

Ассистент кафедры детской стоматологии

Винницкого государственного медицинского университета им. Н. И. Пирогова

## ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

**Закономерно ли, что недоразвитие верхней челюсти всегда сопровождается только вертикальным ростом?**

Это зависит от генотипа пациента. Иногда главную роль играют вредные привычки, в результате формируется готическое небо. Может формироваться перекрестный прикус, хотя проблема перекреста в суженной верхней челюсти, если недоразвитость во фронтальном отделе формирует открытый прикус, слабая круговая мышца рта. При лечении несъемной аппаратурой нужно помнить, что прикус закроется, но большого перекрытия не будет. Такие фронтальные зубы не имеют большой основы. В таких случаях лечение с гиперкоррекцией может лишь навредить.

**Если использовать БНР, имеет ли значение в дальнейшем прописи брекетов? Какие брекеты лучше использовать?**

Принципиально не имеет значения. Все зависит от возможностей пациента и знаний доктора. После быстрого расширения небного шва происходит расширение верхней зубной дуги, что ведет к вторичному расширению на нижней дуге. На нижней зубной дуге изменяется торк нижних зубов, происходит вертикальное выравнивание, и для поддержки этих положительных изменений целесообразнее использовать брекеты с торком 0 или +6 на нижних клыках.

**Если в анамнезе есть аллергия на никель, подскажите, как можно провести лечение на несъемной аппаратуре быстро и эффективно, ведь при выраженном дефиците места лечение на скрученных стальных дугах это очень долго.**

Хорошей альтернативой может служить ТМА-сплав титана и молибдена. Не вызывает аллергии, пожалуй, один-единственный недостаток — высокий коэффициент трения. Ситуация упрощается при использовании самолигирующих брекетов, соответственно сокращается количество посещений и сроки лечения. Круглая ТМА-дуга заменяет несколько стальных, прямоугольные и квадратные ТМА-дуги — менее агрессивная альтернатива тем же стальным дугам. Это позволяет раньше реализовать значение торка и ангуляции, прописанных в брекетах. Сплав ТМА и сталь не вызывают аллергии.