

ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ



Ортодонтическое лечение — это сложный комплекс мероприятий направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстной системы. Количество людей, которые нуждаются в ортодонтическом лечении, увеличивается с каждым годом. Поэтому, чтобы оказать качественную помощь пациентам и максимально удовлетворить их потребности и пожелания, врачи-ортодонты пополняют свои знания, посещая лекции, мастер-классы, курсы, конгрессы, выставки.

21 октября 2013 года в Киеве в конференц-центре Olympic Hall состоялась лекция профессора Андрея Центнера на тему: «Ортодонтическое лечение взрослых пациентов».

Профессор Андрей Центнер (Германия) учился на стоматологических факультетах Самарского, Боннского и Ливерпульского университетов, закончил последний в 1987 г. со степенью BDS. В 1988—1992 гг. следовала аспирантура и защита со степенью PhD при Ливерпульском университете, в 1992—1995 гг. — ординатура-специализация в ортодонтии при университете Майнц, в 1998 г. — защита докторской диссертации со степенью Dr habil. С 2001 г. — член Королевского Колледжа Хирургов Англии. 2001—2011 гг. — финансовый директор Европейского Ортодонтического Общества. С 2003 г. — профессор ортодонтии в Амстердамском Академическом Центре Стоматологии (АСТА). С 2006 г. — член Ассоциации Ортодонтов Эдварда Энгля. С 2006 г. параллельно с профессурой в Амстердаме — руководитель частной ортодонтической клиники в Дюссельдорфе.

В рамках многочасовой лекции были освещены следующие темы:

1. Демографические и социально-психологические аспекты ортодонтического лечения взрослых пациентов.
2. Развитие прикуса и аномалий во взрослом возрасте.
3. Особенности диагностики и планирования лечения.
4. Принципы и клинические примеры полного и частичного лечения, обсуждение хода комбинированной хирур-

гическо-ортодонтической коррекции сложных аномалий и ортодонтической подготовки к протезированию.

5. Ортодонтические возможности в пораженном пародонте и при проблемах с височно-нижнечелюстным суставом.

6. Современная технология и биомеханические аспекты.

7. Благоприятные эффекты ортодонтического лечения.

Теперь мы более подробно расскажем о каждом пункте.

I. Особенности и социально-психологические аспекты ортодонтического лечения взрослых пациентов.

Статистика по нуждающимся в лечении пациентам говорит о том, что у 2/3—3/4 взрослых США и Западной Европы имеется ортодонтическая патология: скученность зубов или, наоборот, наличие щелей, глубокий или открытый прикус, повороты зубов вокруг своей оси и другое.

Причины, по которым пациенты ранее не обращались за помощью очень разные: опасения боли и дискомфорта, неосознание ортодонтических возможностей, предубеждения относительно методов лечения.

Но со временем взгляды на все меняются, осознание проблемы и доступ к информации увеличивает количество взрослых пациентов. Чаще обращения связаны с эстетическими проблемами, нарушением функции жевания, откусывания и дисфункцией ВНЧС, а также подготовка к протезированию или реставрациям.

Возрастное развитие аномалий представляет собой совокупность первичной аномалии (генетические и местные факторы развития), осложнения первичной аномалии и вторичную аномалию. Важную роль в лечении взрослых пациентов играют возрастные изменения. Так остеопороз, накопления бифосфонатов, замедление метаболических процессов, отсутствие зубов антагонистов, пародонтит несколько усложняют ортодонтическое лечение. У пожилых людей изменяется соотношение челюстей, уменьшается высота нижней трети лица, нижняя челюсть несколько смещается



кпереди. Также мы сталкиваемся с последствиями удаления зубов: наклон, поворот вокруг оси, неадекватные межзубные контакты, окклюзионная травма, атрофия костной ткани в месте удаления.

Учитывая вышесказанное, необходимо собрать как можно больше информации для оптимальной диагностики аномалии: жалобы пациента и информации для оптимальной диагностики аномалии: жалобы пациента и его ожидания, данные об общем состоянии здоровья, состоянии тканей пародонта и ВНЧС, фотографии, модели, рентгеновские снимки (панорамные, прицельные, ТРГ).

Лечение следует разделить на обязательное и факультативное. Так к обязательному относится: удаление, профилактика и парадонтологическое лечение, основное терапевтическое лечение и временные реставрации, эндодонтия. В свою очередь факультативное лечение включает: пародонтальную хирургию, имплантацию, ортопедическое лечение, гнатологические капы, ортодонтическую хирургию и прочее.

Нужно помнить, что ортодонтическое лечение влияет на пародонт. Не редко оно сопровождается гингивитом и гиперплазией, при активном пародонтите в инфицированных карманах процессы разрушения связочного аппарата ускоряются. Возможно возникновение рецессии и дегистенции в местах истонченной десны при вестибулярном перемещении зубов. Поэтому, нужно помнить, что пациенты с заболеванием пародонта требуют особого внимания.

Обязательным является обучение правильному уходу за гигиеной полости рта, подбор дополнительных средств гигиены и контроль здоровья полости рта. На период активного пародонтита проведение ортодонтического лечения не рекомендуется, а в бесконтрольной ситуации заболевания совсем прекращается.

Ученые отмечают незначительное влияние ортодонтического лечения на пародонт, минимальное разрушение связочного аппарата. Но в свою очередь высокую корреляцию между наличием аномалии и заболеванием пародонта, прямопропорциональную зависимость между степенью тяжести аномалии и тяжестью пародонтита.

Во избежание осложнений и ухудшения ситуации заболевания, следует проводить тщательное обследование пародонта и выявления пациентов с повышенным риском, подбор профессиональной профилактической программы, обучение их гигиены полости рта и обязательный контроль. При постановке брекет-системы предпочитают трубки, а не кольца, при необходимости осуществляют трансплантацию десны.

К основным целям ортодонтического

лечения в прикусе с пораженным пародонтом мы можем отнести установление зубов в положение, способствующее более идеальным методам терапии, протезирования или имплантации; удаление участков накопления налета, установка наклона зубов с передачей нагрузки по оси.

Показаниями к лечению в прикусе с пораженным пародонтом являются: глубокий травматический прикус, протрузия резцов на верхней челюсти, несмыкаемость губ, тяжелая окклюзионная травма и подвижность зубов, предвзвешенные контакты в центральном соотношении и значительные функциональные смещения нижней челюсти, значительное несоответствие между центральным соотношением и центральной окклюзией, а также неблагоприятное расположение опорных зубов для протезирования и неблагоприятное соотношение длины коронки и длины корня зуба.

При лечении взрослых пациентов мы сталкиваемся с проблемой отсутствия роста челюстей и старения тканей, биомеханическими сложностями в перемещении зубов при пораженном пародонте. Поэтому рекомендуется частичная коррекция с ограниченным перемещением зубов.

Перед ортодонтическим этапом мы должны убедиться в стабильности здоровья полости рта, высокого уровня гигиены, отсутствия активного пародонтита, постоянной связи со специалистом-пародонтологом. В процессе самого лечения интенсивный контроль прогресса ортодонтического исправления и состояния пародонта. После снятия ортодонтической конструкции пациенту необходима «пожизненная» ретенция, после чего можно осуществлять терапевтическое лечение, протезирование, имплантацию.

II. Ортодонтические аспекты комбинированного хирургическо-ортодонтического лечения тяжелых аномалий.

В данном варианте лечения аномалий определяются такие цели, как:

- объемная хирургическо-ортодонтическая коррекция функциональных и эстетических последствий тяжелой челюстно-лицевой аномалии;
- необходимость: невозможность реализации зубоальвеолярной компенсации; зубоальвеолярная компенсация возможна, но эстетически неприемлема, а пациент требует существенных эстетических изменений.

В планирование комбинированного хирургическо-ортодонтического лечения входит:

- систематическое обследование и измерение лицевого скелета, мягких тканей и зубов, придавая особое значение эстетике;

- цефаллометрический анализ и, по возможности, компьютерная симуляция;
- анализ моделей в артикуляторе;
- представления и ожидания пациента;
- достижимость намеченных целей лечения в отношении: решения функциональных и эстетических проблем, воспринимаемых пациентом; достижения средних норм эстетики лица; реализация ортодонтических и хирургических мер; нежелательных эффектов лечения, стабильности и баланса между сложностью лечения и ожидаемым благоприятным исходом.

Фазы лечения:

- консультации и планирование лечения;
- предоперационная ортодонтическая фаза;
- анализ, симуляция операции на моделях, операция, стационарное наблюдение;
- послеоперационная ортодонтическая фаза;
- ретенция и общестоматологическая реставрация.

Целью предоперационной фазы является совместимость зубных дуг в трех плоскостях; эстетика и стабильность результата лечения; эффективная подготовка к операции.

Необходимое предоперационное перемещение зубов:

- исправление и выравнивание;
- расширение верхней зубной дуги;
- ретроклинация верхних резцов;
- проклинация нижних резцов и исправление скученности;
- установка обратной саггитальной щели;
- увеличение щечного торка корней верхних моляров справа и уменьшение слева;
- увеличение щечного торка корней нижних моляров слева и уменьшение справа;
- установление совпадения зубоальвеолярной и скелетной срединных линий на нижней челюсти.

К особенностям предоперационной ортодонтической подготовки относятся выбор брекетов и дуг, исправление и выравнивание, коррекция положения резцов, трансверзальная совместимость зубных дуг. При выборе брекетов необходимо учитывать их видимость: щечные прикрепления при применении лингвальной техники, хрупкость керамических брекетов. При использовании 22 паза — дуги 14 или 16 NiTi, 16x22 NiTi, 19x25 NiTi, 21x25 стальные или ТМ «операционные» дуги с крючками. При выборе 18 паза — дуги 14 или 16 NiTi, 16x22 NiTi, 17x25 NiTi, 17x25 стальные «операционные» дуги с крючками. Исправление и выравнивание происходит как и в обычном ортодонтическом лече-

нии. Уделяется внимание особенностям выравнивания кривой Шпея: предоперационное установление жалаемого вертикального положения резцов; послеоперационное выравнивание в боковом сегменте при II классе; высота вторых верхних моляров при II классе; высота резцов при переднем открытом прикусе. При коррекции положения резцов учитывается декомпенсация (установление нормального наклона резцов); удаляемые премоляры («обратный» образец удаления зубов); межчелюстная тяга («обратный» расчет опоры). При трансверзальной совместимости зубных дуг учитываются: необходимость в расширении верхней зубной дуги; установление совпадения зубоальвеолярной и скелетной срединных линий; оптимальный торк в боковых сегментах.

Цели послеоперационной фазы — устранение предварительных контактов и предотвращение смещений нижней челюсти; стабилизация скелетной коррекции и установление окклюзии. В эту фазу входит: удаление шплинта и операционных дуг, легкая вертикальная межчелюстная тяга, при необходимости физиотерапия, вертикальное установление окклюзии, создание идеальной окклюзии, снятие аппаратуры и ретенция.

До начала предоперационной фазы могут применяться другие лечебные меры: основное терапевтическое и пародонтальное лечение, удаление третьих моляров, лечение дисфункции ВНЧС. А по завершению послеоперационной фазы — высококачественное протезирование и эстетическая реставрация.

III. Ортодонтическая подготовка к протезированию.

К принципам лечения Андрей Центнер относит:

- планирование и проведение пародонтального лечения ортодонтической подготовки и протезирования в группе специалистов;
 - границы ортодонтического лечения: отсутствие роста и старения тканей; биомеханические сложности перемещения зубов в пораженном пародонте;
 - предпочтение частичной коррекции с ограниченным перемещением зубов.
- Показаниями к ортодонтической подготовке являются:
- веерообразное расположение резцов, несмыкаемость губ, отсутствие резцового ведения;
 - глубокое резцовое перекрытие, травма десны;
 - неблагоприятное для протезирования расположение опорных зубов и щелей, отсутствие параллельности корней;
 - неблагоприятное соотношение длины коронки и длины корня зуба;
 - неадекватные контуры и дефекты де-

сен и кости;

- окклюзионная травма при переднем перекрестном прикусе с псевдо-классом Ш;
- контакты-помехи в центральном соотношении и выраженные функциональные смещения;
- тяжелая окклюзионная травма и подвижность зубов;
- значительное несоответствие между центральным соотношением и центральной окклюзией;
- отсутствие вертикальной стабильности.

Перед ортодонтическим этапом необходимо осуществить:

- стабильное установление здорового состояния пародонта специалистом-пародонтологом: высший уровень гигиены; отсутствие активного пародонтита; в идеальном случае письменное «разрешение» на ортодонтическую коррекцию;
- при активном пародонтите отложение или перерывы ортодонтического этапа и направление к пародонтологу.

Во время ортодонтического этапа осуществляется интенсивный контроль прогресса ортодонтической коррекции и состояния пародонта. Контролируются биомеханические сложности: отсутствие роста и старения тканей; предпочтение частичной коррекции и ограниченному перемещению зубов; низкие механические силы и повышенное соотношение момента к силе.

А после ортодонтического лечения рекомендуется и осуществляется «пожизненная» ретенция; терапия, протезирование, имплантация; инструкция против агрессивной чистки зубов.

На лекции профессор Центнер поделился большим количеством клинических примеров ортодонтического лечения как в целом, так и перед протезированием, а также варианты комбинированного хирургическо-ортодонтического лечения пациентов.

По окончании лекции каждый участник получил сертификат и имел возможность лично пообщаться с профессором. Андрей Центнер с охотой и радостью отвечал на поставленные вопросы, обсуждал случаи из практики в ортодонтии и делился бесценной информацией и опытом.

В завершении хотелось бы выразить отдельную благодарность организатору данной лекции за вложенный труд и уделенное время — СП Промед, благодаря которому мы имеем возможность посещать всевозможные ортодонтические мероприятия, одним из которых является лекция профессора Центнера.