

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ - ЛЕЧЕНИЕ С БЕЗЭКСТРАКЦИОННОЙ ОРТОДОНТИЕЙ

Предлагаемый клинический случай описывает ортодонтическое лечение девушки, которая потеряла левый центральный резец верхней челюсти в связи с травмой. У пациентки вогнутый профиль, I класс по молярному соотношению справа и II класс по молярному соотношению слева, с небольшой верхнечелюстной ретрузией, передним прямым и задним перекрестным прикусом. Поэтому лечение включало применение быстрого небного расширителя для расширения верхней челюсти в поперечном направлении с целью улучшения соотношения резцов. Коронковую часть клыка слева изменили на форму левого бокового резца. В свою очередь, на левый боковой резец был установлен фарфоровый винир, похожий по форме на левый центральный резец.

ДИАГНОСТИКА И ЭТИОЛОГИЯ

Девушка потеряла левый центральный резец верхней челюсти, когда ей было 8 лет. Пациентка вовремя не обратилась к врачу для лечения травмы. В 14 лет ее стал беспокоить эстетичный вид зубов и профиля лица, она уже хотела ортодонтического лечения. В этом возрасте

Наблюдаемый случай демонстрирует, что лишь ортодонтия может быть использована как метод лечения при отсутствии центрального резца без применения мостовидного протеза или имплантата.

Травматическая потеря резцов в период активных подростковых лет – это серьезная и сложная клиническая ситуация. При планировании ортодонтического лечения различные травмы зубов создают проблемы с долгосрочными прогнозами из-за повышенной частоты стоматологических травм в младенчестве и детстве. Ортодонт часто ведет таких пациентов в связи с сопутствующими признаками патологической окклюзии, такими как смещение срединной зубной линии, передний перекрестный прикус вследствие потери пространства или эктопического

прорезывания соседних зубов.

Альтернативные подходы включают реимплантацию зуба, аутотрансплантацию, применение мостовидного протеза или имплантата во взрослом возрасте и замену ипсилатерального бокового резца на центральный резец после закрытия зубного промежутка. Выбор соответствующего решения при отсутствующем центральном резце верхней челюсти зависит от особенностей каждой конкретной ситуации. Однако успех реимплантации зависит от состояния корня зуба, способности выполнить эндодонтическое лечение и продолжительности отсутствия зуба в лунке. Некоторые зубы, чьи корни не сформировались окончательно, не следует реставрировать.

все постоянные зубы уже прорезались, и зубной промежуток после адентии был полностью закрыт.

При осмотре анфас лицо было симметрично, с хорошим соотношением длин и высоты. Тогда как профиль лица вогнутый, с небольшой ретрузией верхней челюсти

и нормальной вертикальной пропорцией. Никаких признаков или симптомов любого височно-нижнечелюстного расстройства не было отмечено.

Интраорально у нее было соотношение I класса по Энглу с правой стороны моляров и премоляров, и соотношение II класса с левой стороны. Также у нее был передний прямой прикус, перекрестный прикус в боковом отделе в сочетании с сужением верхней челюсти по трансверзали и перекрестный прикус в области правого латерального резца верхней челюсти.

Срединная линия верхней челюсти сдвинута на 2 мм влево относительно срединной линии лица из-за отсутствия центрального резца. Срединная линия нижней челюсти почти совпадает со срединной линией лица. У пациентки также была легкая скученность верхней и нижней челюстей (рис. 1-3).



Рис. 1. Лицо пациента до лечения и интраоральные фотографии.

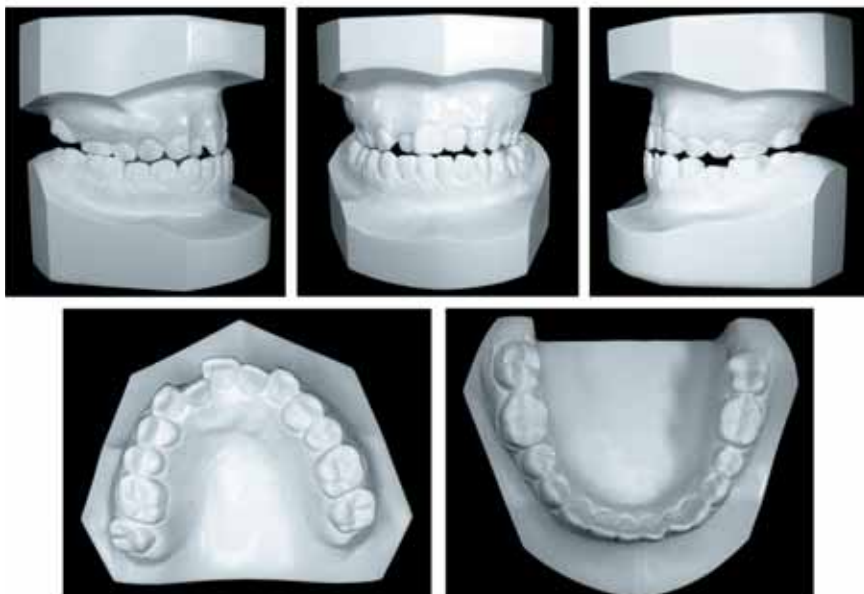
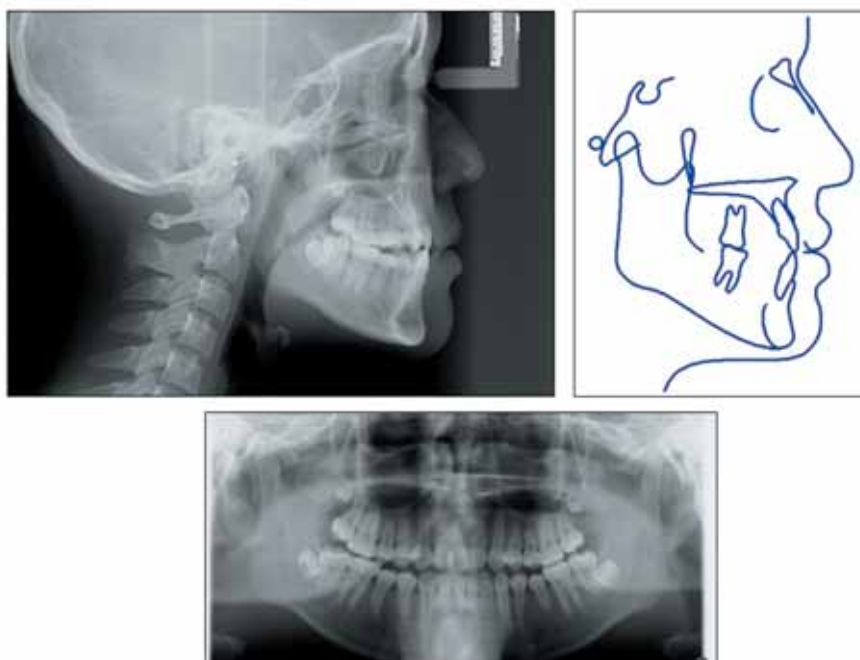


Рис. 2. Сделанные по слепкам зубов модели до лечения.



ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

Основными задачами лечения было восстановить нормальный вид группы передних зубов верхней челюсти и установить приемлемую окклюзию, несмотря на отсутствие центрального резца. Другими важнейшими задачами было провести протракцию и расширение верхней челюсти для исправления данного недоразвития верхней челюсти и перекрестного прикуса в боковом отделе. Желательно также было получить правильный прикус в переднем отделе. Дополнительные задачи – устранить скученность и провести коррекцию срединной линии верхней челюсти.

Рис. 3. Предварительная боковая цефалогрaмма, рисунок и панорамный снимок.

ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Соответственно было предложено 2 варианта лечения. Первый вариант включал в себя увеличение длины зубной дуги и создания места для отсутствующего центрального резца, чтобы восстановить пространство с применением мостовидного протеза или имплантата. Второй вариант включал ортопедическое и ортодонтическое лечение, в том числе быстрый небный расширитель верхней челюсти в попе-

речном направлении с лицевой дугой с другой стороны для исправления ретрогнатии верхней челюсти и переднего перекрестного прикуса. Левый латеральный резец можно использовать как центральный резец, а левым клыком можно заменить боковой резец. Таким образом, не будет необходимости в установке моста или имплантата. Этот вариант казался наиболее благоприятным, поскольку

возможность создания пространства для применения моста была затруднена из-за наклона передних зубов и вертикального типа роста челюстей у пациентки. Его использование, скорее всего, увеличило бы время лечения.

Учитывая все эти факторы, мы обсудили возможные варианты лечения с родителями пациентки, и затем решились на выполнение второго варианта плана.



Рис. 4. Фотографии в процессе небного расширения и использования лицевой дуги.



Рис. 5. Лицо после лечения и внутриротовые фотографии.

ПРОГРЕСС ЛЕЧЕНИЯ

Лечение было начато с быстрого небного расширителя и лицевой дуги, чтобы произвести протракцию верхней челюсти вниз и вперед и развернуть верхнюю челюсть в поперечном направлении. Мы зафиксировали дугу 0.022*0.028 в брекет-систему, установленную ранее на нижнюю челюсть (рис. 4). Лицевую дугу применяли от 12 до 14 часов на ночь, 1 кг силы. Эластики III класса использовали в дневное

время.

По истечению 5 месяцев была достигнута достаточная резцовая сагиттальная щель. Начальное выравнивание проводилось никель-титановыми дугами, далее создавалось пространство, чтобы получить место для коррекции срединной зубной линии и восстановления верхнего левого латерального резца, чтобы заменить центральный резец. Коронковой части

левого клыка верхней челюсти была тщательно придана необходимая форма бокового резца. Вертикальные межчелюстные эластики использовались около 8 недель до получения удовлетворительного смыкания зубов. Активное лечение было завершено после 23 месяцев; аппаратуру сняли и зафиксировали ретейнеры Хоули для ретенции.

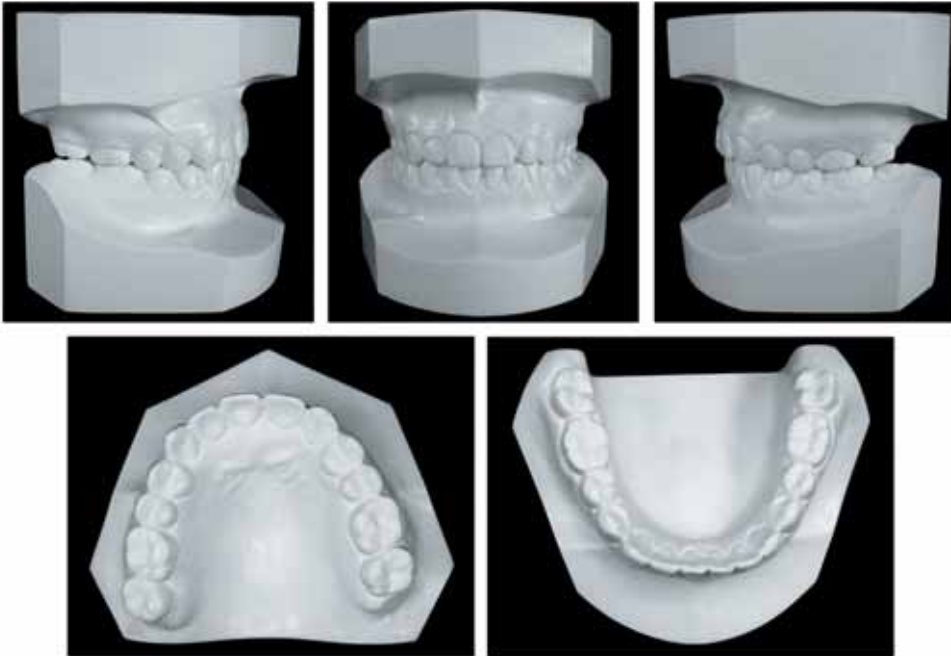


Рис. 6. Сделанные по слепкам зубов модели после лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Если судить по улыбке, то мы воссоздали идеальный размер зуба. Передний край десны был нивелирован, фарфоровый винир использовался для создания левого латерального резца верхней челюсти и трансформирования его в центральный резец. Верхний левый клык был отпрепарирован и преобразован в ипсилатеральный боковой резец (рис. 5-8).

Были ликвидированы дефициты длины и ширины зубной дуги верхней челюсти интраорально, достигнуто удовлетворительное расположение зуба относительно прикуса, уменьшился перекрестный прикус. Справа остался I класс молярного соотношения, слева был получен II класс клыкового соотношения. Верхняя губа пациентки резко увеличи-

лась. Пациентка и ее родители были довольны конечным результатом. Лечение завершено без применения мостовидного протеза или имплантата.

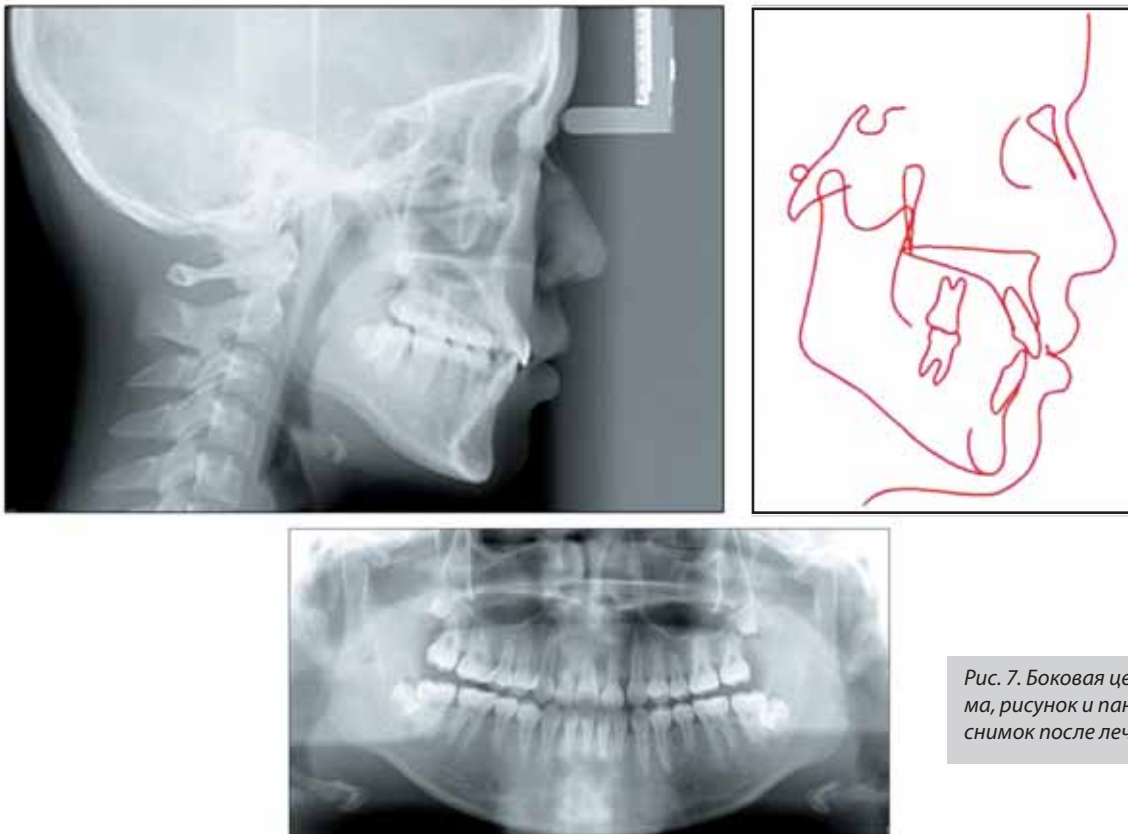


Рис. 7. Боковая цефалограма, рисунок и панорамный снимок после лечения.

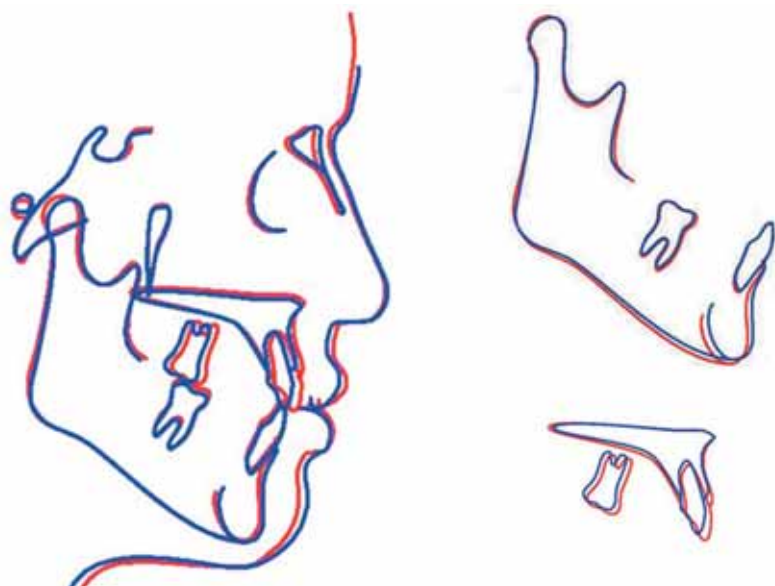


Рис. 8. Отслеживание изменений по рисунку.

ОБСУЖДЕНИЕ

В данной статье описывается стратегия ортодонтического лечения без применения мостовидного протеза или имплантата для пациентки с травматической потерей центрального резца верхней челюсти. Пациентка была еще ребенком, когда зуб был утрачен, и не обратилась к стоматологу вовремя. Несколько лет спустя, когда она хотела начать ортодонтическое лечение, пространство от недостающего зуба было уже закрыто почти полностью. В этой ситуации лучшим вариантом для решения отсутствующего верхнечелюстного центрального резца было заменить латеральный резец на центральный резец в окончательной окклюзионной схеме. Всего несколько важных шагов гарантируют эстетичный результат.

Во время ортодонтического лечения клыки верхней челюсти должны быть экстрадированы, чтобы напоминать правильное положение десневого края латеральных резцов. В этом случае ортодонт может не брать во внимание режущие края этих зубов в качестве руководства для окончательной установки зубов. Боковые резцы должны быть значительно интрузированы так, чтобы их десневой край совпадал с прилегающим центральным резцом и создавал иллюзию нормального уровня переднего края десны.

Дополнительным преимуществом интрузии бокового резца является легкая реставрация формы зуба во внешний вид центрального. Этот тип восстановления легче, потому что боковые резцы должны быть за контуром режущего края, так врач имеет больше места для работы. Кроме

того, когда латеральный резец заменят на центральный, временная реставрация должна иметь такую мезиальную форму, которая будет соответствовать рядом стоящему центральному. Обычно мезиальная поверхность центральных резцов плоская. Ортодонт должен подвинуть резец достаточно близко к центральному резцу, чтобы суметь правильно восстановить коронку зуба.

В ситуации пациента без центрального верхнего резца существует несколько вариантов для замены отсутствующего зуба. Они имеют свои преимущества и недостатки. Самый консервативный подход для решения такой задачи - это скорейшая реимплантация. Наибольшим преимуществом успешной реимплантации является сохранение альвеолярной кости. Однако, если реимплантированный зуб будет в анкилозе, становится очевидно, что будет трудно провести экстракцию, и это может создать значительный альвеолярный дефект. Вертикальное расхождение даже усиливается, если пациент имеет значительный остаточный рост.

Если очевидно, что реимплантация не лучшее решение, то возможен вариант аутоотрансплантации. Однако пациент должен иметь дефицит длины в зубной дуге, и формирование корня премоляров должно быть развито от половины до двух третей.

Техника удаления и реимплантации корня с коронкой без повреждения окружающих тканей очень трудная, и требует опыта и деликатного подхода.

Если реимплантация и аутоотрансплан-

тация невозможны, типичным решением дефекта зубного ряда является создание временного съемного протеза с пластмассовым зубом в детском периоде, и применение мостовидного протеза или имплантата во взрослом периоде. Это позволит улучшить эстетический вид, речевую и питательную функцию. Однако размещение временного съемного протеза на пространстве без зубов во время перехода от смешанного к постоянному прикусу представляется нецелесообразным, потому что альвеолярный отросток будет узкий и его будет трудно восстановить в будущем мостом или имплантатом. Кроме того, реимплантация или аутоотрансплантация непредсказуемы. Пересаженные зубы имеют переменные долгосрочные прогнозы и могут создать проблему, когда придет время начать ортодонтическое лечение.

Что произойдет у молодых пациентов, если ничего не размещать в месте дефекта? В этом отчете мы получили удовлетворительный результат для пациента, у которого отсутствовал центральный верхний резец, но не искали варианты лечения до того, как дефект был закрыт.

Исходя из этого, мы предлагаем первый вариант стратегии - никакого лечения после травмы, ждем спонтанного закрытия дефекта зубного ряда, а затем используем ортодонтическую терапию, чтобы создать соответствующую позицию зубов и реставрацию во взрослом периоде.

верхнего резца без замены зуба мостовидным протезом или имплантатом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинический результат реставрации бокового резца на центральный резец у нашей пациентки был удовлетворительным. Она была довольна результатом лечения, хотя морфология коронки восстанов-

ленного латерального резца не идеально совпадает с латеральным боковым резцом. Размещение края десны почти правильно. Этот доклад представляет метод лечения при отсутствии центрального

Перевод Любовь Сокур

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Sabri R. Treatment of a unilateral Class II crossbite malocclusion with traumatic loss of amaxillary central incisor and a lateral incisor. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., 2006; №130; pp. 759-770.
2. Bauss O., Röhling J., Schwestka-Polly R. Prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors in candidates for orthodontic treatment. Dent. Traumatol., 2004; №20; pp. 61-66.
3. Kokich V.G., Nappen D.L., Shapiro P.A. Gingival contour and clinical crown length: their effects on the esthetic appearance of maxillary anterior teeth. Am. J. Orthod., 1984; №86; pp. 89-94.
4. Kokich V.G., Crabill K.E. Managing the patient with missing or mal-formed maxillary central incisors. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop., 2006; №129(Supp); pp.55-63.
5. Ongkorahadjo A., Kusnoto B. The use of pre-implantation tooth lengths in the treatment of avulsed teeth. J. Clin. Pediatr. Dent., 2000; №24; pp. 91-95.
6. Kandemir S., Alpoz E., Caliskan M.K., Alpoz A.R. Complete replacement resorption after replantation of maxillary incisors: report of a case. J. Clin. Pediatr. Dent., 1999; №23; pp. 343-346.
7. Bowden D.E., Patel H.A. Autotransplantation of premolar teeth to replace missing maxillary central incisors. Br. J. Orthod., 1990; №17; pp. 21-28.



ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ
«Современная ортодонтия» на 2016 г.

Подписаться на журнал Вы можете во всех отделениях Укрпочты, подписной индекс – 99714

в офисе СП «Промед»:
Украина, 01034, г. Киев, ул. Лысенко, 4а, тел. 0(44) 278-73-64.

либо оплатив 400 грн. за годовую подписку (для Украины) на указанные ниже реквизиты
и сообщив свой адрес по тел. 0(67) 449-31-24

Одержувач: ФО-П Сидоренко Віталій Сергеевич
Код ЄДРПОУ 2641700876
Банк одержувача: ПАТКБ «ПРАВЕКС-БАНК» м. Київ
Р/р 26002799975297
МФО 380838
Призначення платежу: передплата за журнал «Сучасна ортодонтія» за 2016 р.

Подписка в странах СНГ:

Азербайджанская Республика

- ОАО «Гасид», г. Баку, ул. Джавадхана, 21, AZ-1102,
тел.: (994-12) 493-14-06, 493-06-19;
- ПО «Азерметбуатяймы», г. Баку, ул. Джейхуна Гаджибеили, 30,
AZ-1007, тел. (994-12) 440-27-85.

Республика Армения

- ЗАО «Армпечать», г. Ереван, Площадь Сасунци Давида, 2,
375005, тел. (3741) 45-82-00;
- ООО «Пресс-Атташе», г. Ереван, Проспект Маршала
Баграмяна, 45-10, РА-0019, тел. (37410) 270-222.

Республика Молдова

- ГП «Пошта Молдовей», MD-2012, Республика Молдова, г.
Кишинэу, Бульвар Штефан чел Маре, 134, тел. (373-22) 251-213;

- АО «Молдпресса», MD-2012, Республика Молдова, г. Кишинэу,
ул. 31 Август, 85, тел. (373-22) 22-24-33;

- ГУЛ «ПОЧТА ПРИДНЕСТРОВЬЯ», MD-330, Приднестровская
Молдавская Республика, г. Тирасполь, ул. Ленина, 17,
тел.: (373-533) 8-97-09, 8-97-92.

- ТОВ «Vector V-N», MD-2001, Республика Молдова, г. Кишинэу,

Республика Беларусь

Каталог подписки РУП «Белпочта», раздел журналы Украины.
Подписной индекс для индивидуальных подписчиков – 99714,
для предприятий и организаций – 997142.