

УДК 616.314-76-77

В. С. Кузь

КОНСТРУКТИВНЕ РОЗВ'ЯЗАННЯ ПРОБЛЕМИ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ РІЗНИХ ФОРМ ВТОРИННИХ ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Часткова відсутність зубів – поширена патологія зубощелепної системи, яка, на думку багатьох авторів, є причиною виникнення деформацій зубних рядів і прикусу.

Порушення неперервності зубних рядів викликає їх перебудову, яка виникає спочатку в ділянці дефекту, а потім поширюється на весь зубний ряд к цілому. В основі таких перебудов лежить вертикальне переміщення зубів, які позбавлені антагоністів, нахил зубів у бік дефекту.

Частота виникнення зубощелепних деформацій досі привертає увагу багатьох дослідників. У літературі є досить різні дані про поширеність патології що, ймовірно, обумовлено не тільки термінами спостережень, а й і багатьма іншими фізіологічними і соціальними чинниками. Так, Г. П. Смальщенко [5] визначив виникнення деформацій у 20,75% пацієнтів після видалення зубів, а Н. І. Карпенко [7] наводить цифру 78,6%, зазначаючи при цьому її збільшення в старших вікових групах. А. Г. Гаджієв [6] виявив подібну патологію в 52% обстежених, А. М. Фарух [9] вважає, що наявність односторонніх кінцевих дефектів у 97,3% супроводжується вторинними деформаціями. Аналогічні розбіжності виявляються і в працях інших іноземних авторів (Hiidenkari T., Parvinen T., Helenius H.) [10].

Отже, суперечливі дані джерел спеціальної літератури спонукають до подальшого вивчення цього питання.

Клінічна картина при вторинних деформаціях досить різноманітна. Для встановлення діагнозу в клініці користуються класифікаціями В.

А. Пономаревой [8] та Е. И. Гаврилова [1].

В. А. Пономарева [8] у своїй класифікації розглядає переміщення зубів тільки у вертикальній площині і виділяє дві форми.

Перша форма характеризується тим, що одночасно з висуненням зуба спостерігаються помітне збільшення альвеолярного відростка без резорбції кісткової тканини, оголення кореня зуба і утворення пародонтальної кишені.

Друга форма супроводжується атрофією пародонта й оголенням цементу кореня. У цій групі виділяються дві підгрупи: перша характеризується незначним збільшенням альвеолярного відростка при незначній (у межах 1/4) резорбції пародонта; в другій підгрупі збільшення альвеолярного відростка не спостерігається, визначається резорбція тканин пародонта на рівні половини і більше.

Е. И. Гаврилов [1] запропонував класифікацію, яка побудована за морфологічним принципом і складається з шести груп: 1. Зубні ряди, деформація яких відбулася за рахунок вертикального зубоальвеолярного подовження верхніх зубів (одностороннього і двостороннього); 2. Зубні ряди, деформація яких відбулася за рахунок вертикального зубоальвеолярного подовження нижніх зубів (одностороннього і двостороннього); 3. Зубні ряди з деформацією за рахунок взаємного вертикального зубоальвеолярного подовження; 4. Зубні ряди із сагітальним (медіальним або дистальним) зсувом зубів верхньої або нижньої щелеп (одностороннім і двостороннім); 5. Зубні ряди з язиковим, піднебінним або щічним зміщенням зубів; 6. Зубні ряди, де-

формація яких виникла за рахунок комбінованого зміщення зубів (віялоподібне положення передніх зубів, обертання і нахил та ін.).

Для усунення деформацій оклюзійної поверхні запропоновано багато способів, основні з них такі: зішліфовування зміщених зубів та видалення їх; ортодонтичне виправлення положення зміщених зубів; застосування апаратурно-хірургічного методу. Різний підхід до лікування деформацій пояснюється тим, що результати морфологічних досліджень показують істотні відмінності в будові тканин пародонта за різної давності відсутності функціональних навантажень і різних ступенів розвитку деформації.

Укорочення зміщених зубів пропонувалося без депульпування, коли необхідно вкоротити зуби на 1/4 і 1/3 висоти їхньої клінічної коронки. Доведено, що зуби, висунені і нахилені в бік дефекту зубного ряду, після їх депульпації, препарування і вирівнювання зубних рядів стають стійкими.

Переваги перед указаними способами має ортодонтичний метод усунення порушень оклюзійної поверхні. Метод, запропонований А. Я. Катцем [2] і модифікований В. А. Пономаревой [8]. Механізм ортодонтичного переміщення А. Я. Катц [2] розглядав не як занурення зуба, а як наслідок перебудови альвеолярного відростка. Таку перебудову Е. И. Гаврилов [1] назвав корисною, оскільки зберігаються зуби і перебудовуються оклюзійні взаємовідношення.

Проте дані про можливість застосування ортодонтичного способу усунення вертикальних форм деформації досить суперечливі.

В. А. Пономарева [8] вважає можливим застосування ортодонтичного методу при першій формі та першій групі другої форми зубоальвеолярного подовження. Е. И. Гаврилов [1] обмежує показання тільки першою формою за класифікацією В. А. Пономаревой [8]. На думку В. Н. Копейкина [3], при другій формі деформації переважають явища резорбції і лікування методом поетапної дезоклюзії недоцільне, оскільки підвищене функціональне навантаження може викликати посилення процесу атрофії.

Досить широке застосування останнім часом отримав апаратурно-хірургічний метод лікування вторинних деформацій. Метод полягає в комбінуванні хірургічного втручання з ортодонтичним лікуванням. Сенс хірургічного втручання полягає в послабленні кортикальної пластинки щелепної кістки шляхом нанесення перфорації різної конфігурації в кортикальній пластинці та створення зон розм'якшення з подальшим накладанням ортопедичного апарату. Основними показаннями до цього методу служать тяжкі деформації зубощелепної системи і неефективність їх ортодонтичного лікування, вік пацієнта.

До функціональних методів лікування вторинних деформацій належить і метод збільшення між-

альвеолярної висоти з перебудовою міостатичного рефлексу, який застосовується при частковій втраті зубів, ускладненій вторинними деформаціями зубних рядів і зниженням висоти прикусу. Цей метод застосовується як самостійно, так і комплексно з іншими методами лікування деформацій. Функціональні методи лікування вторинних деформацій жувального апарату мають широкі показання до застосування. Водночас багато авторів свідчать про тривалі терміни (від 6 до 12 місяців) ортодонтичного лікування вторинних деформацій зубощелепної системи.

У зв'язку з цим привертає увагу низка наших клінічних спостережень цієї патології.

Хвора С., 48 років, звернулася зі скаргами на утруднене пережовування їжі та естетичний недолік в зв'язку з відсутністю зубів у бічних ділянках верхньої та нижньої щелепи. Із анамнезу: зуби видаляли протягом 10 років із приводу карієсу та його ускладнень. По ортопедичну допомогу раніше до лікаря-стоматолога не зверталась. Об'єктивно: обличчя симетричне, носо-губні та підборідна складки виражені помірно, відкривання рота вільне. На огляді порожнини рота відсутні 15, 16, 25, 26, 34, 37 зуб зруйнований на 1/2, пломба в зубі не відновлює його анатомічної форми. У ділянці відсутніх зубів

спостерігається видовження зубів, що втратили антагоністів (24, 27, 35, 36, 46), супраоклюзія до 2 мм. Опорні 15, 17, 24, 27, 33, 35 зуби інтактні. Було прийнято рішення відновити дефекти зубних рядів з одномоментним роз'єднанням прикусу до 2 мм за допомогою незнімних штамповано-паяних комбінованих мостоподібних протезів. Цими конструкціями нам удалося вирівняти оклюзійні співвідношення, відновити функцію жування та усунути естетичний недолік.

Хвора М., 56 років, звернулася зі скаргами на утруднене пережовування їжі в зв'язку з видаленням зубів у бічній ділянці нижньої щелепи з правого боку після оперативного втручання з приводу новоутвору. Об'єктивно: обличчя симетричне, носо-губні та підборідна складки виражені помірно, відкривання рота вільне. На огляді порожнини рота: відсутні - 45, 46, 47, 48, дефект альвеолярного відростка в цій ділянці. Спостерігається зубоальвеолярне видовження в ділянці 15, 16, 17, 18. Міжальвеолярний простір майже відсутній. У даному випадку проведено двохетапне ортопедичне лікування. На першому етапі роз'єдали прикус на 3 мм за допомогою знімної пластинки. Через 4 місяці спостереження: з'явився міжальвеолярний простір для виготовлення часткового знімного пластинкового протеза.

Висновки

Отже, огляд літератури і власні спостереження показали, що для лікування вторинних деформацій зубних рядів є певна кількість методів. Проте вибір їх ґрунтується на анатомо-морфологічному підході з урахуванням ступеня функціональних змін при частковій відсутності зубів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаврилов Е. И. Теория и практика протезирования частичными съёмными протезами / Е. И. Гаврилов. – М. : Медицина, 1966. – 278 с.
2. Катц А. Я. Взаимобусловленность формы и функции при ортопедическом лечении / А. Я. Катц. – Стоматология. – 1937. - №3. – С. 91-94.
3. Копейкин В. Н. Ортопедическая стоматология / В. Н. Копейкин. – М. : Медицина, 1988. – 511 с.
4. Король М. Д. Вторинні деформації зубних рядів / М. Д. Король. – Полтава, 2003. – 104 с.
5. Смальщенко Г. П. Опыт клинической систематики зубочелюстной системы в связи с частичной утратой зубов / Г. П. Смальщенко // Сб. трудов Иркутского мед. ин-та. – Иркутск, 1957. – С 369 – 375.
6. Гаджиев А. Г. Применение мостовидных протезов без препаровки зубов: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук : спец. 14. 01. 22 «Стоматология» / А. Г. Гаджиев. – К., 1966. – 22 с.
7. Карпенко Н. И. Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: дис. . . канд. мед. наук : 14. 01. 22 / Н. И. Карпенко. – Калинин, 1968. – 297 с.

8. Пономарева В. А. Перестройка зубочелюстной системы при образовании зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов и подготовка полости рта к протезированию (клинико-эксперим. исслед.): дис. . . . доктора мед. наук : 14. 01. 22 / В. А. Пономарева. – М., 1968. – 354 с.

9. Фарух А. М. Клиника и протезирование больных с односторонними концевыми изъянами зубных рядов: автореф. дис. на соискание науч. степени канд.

мед. наук : спец. 14. 01. 22 «Стоматология» / А. М. Фарух. – Калинин, 1971. – 18 с.

10. Hiidenkari T. Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south-western Finland / Hiidenkari T., Parvinen T., Helenius H. // Community Dent. Health. – 1996. – Vol. 13, № 4. – P. 215 – 222.

Стаття надійшла

11. 05. 2010 р.

Резюме

В статье освещены вопросы возникновения вторичных деформаций, представлены классификации и возможные методы лечения данной патологии. Представлены случаи с различной клинической картиной, получен положительный терапевтический эффект.

Ключевые слова: вторичные деформации, супраокклюзия, лечение.

Summary

The questions of the origin of the secondary deformations are discussed in the given article. The classifications and possible treatment methods of this pathology are presented. Cases with different clinical presentations are described. Positive therapeutic effect was obtained.

Key words: secondary deformations, supraocclusion, treatment.