

## ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ АДЕНТИЕЙ

Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев

В настоящее время адентия является достаточно распространённой аномалией, составляя согласно данным эпидемиологических исследований от 0,3 до 10,0%, а по обращениям в клинику – до 28,5% (С. И. Криштаб и соавт. 1982; Ф. Я. Хорошилкина, К. И. Суворова, 1976; Н. В. Бондарец, 1990; С. И. Дорошенко, 1991, 2008; Т. В. Шарова, Г. И. Рогожников, 1991; С. И. Триль, 1992; В. Aasheim, В. Ogaard, 1993; G. Vona et al. 1993; A. Kupietzky, M. Houpt, 1995 та ін.).

В специальной литературе научные исследования посвящены преимущественно клинике, диагностике и лечению частичной адентии. Что касается множественной и полной адентии, то эти вопросы остаются недостаточно изученными. Как раз для множественной и полной адентии характерна так называемая «триада» (три «а») симптомов, а именно: адентия – отсутствие зачатков зубов, атрихия – отсутствие волос и ангидроз – отсутствие потовых желез. Комплекс этих симптомов является доказательством наличия системной эктодермальной патологии, при которой поражаются все производные эктодермы (Н. В. Бондарец, 1991; Я. Коминак и соавт., 1968; W. Schalk – van der Weide et al. 1993 и т. д.). Выраженность этих признаков зависит от тяжести заболевания.

Основным методом лечения адентии, особенно множественной и полной, у детей является зубное протезирование, преимущественно съёмными конструкциями. Однако особенности полости рта таких пациентов (не-

доразвитие или отсутствие альвеолярных отростков, плоское нёбо с резко выраженным торусом, мелкое преддверие и дно полости рта, отсутствие экватора на зубах (при множественной адентии зубы имеют коническую или шиповидную форму) создают неблагоприятные условия для фиксации съёмных протезов.

Предложенные некоторыми специалистами способы фиксации протезов, в частности изготовление металлических коронок с выраженным экватором на опорные зубы и кламмерной фиксацией, имеют свои недостатки, а именно: создают неадекватную функциональную нагрузку на зубы, ухудшают эстетику лица. Кроме этого, остроконечная форма альвеолярного гребня и атрофированная слизистая оболочка полости рта с тонким подслизистым слоем неспособны амортизировать жевательное давление. Поэтому дети чаще отказываются пользоваться съёмными зубными протезами.

Исходя из вышеперечисленного, **целью** исследования стало повышение эффективности ортопедического лечения детей с множественной адентией путём разработки рациональных и адекватных способов фиксации съёмных протезов.

### Материал и методы исследования

Нами осмотрено и взято на ортопедическое лечение 39 детей с множественной адентией в возрасте от 7 до 17 лет, которые обратились в клинику по поводу зубного протезирования. Клини-

ческое обследование проводили по общепринятым методикам с использованием дополнительных методов исследования (ортопантомография, телерентгенография, биометрия диагностических моделей и т. д.).

### Результаты исследований и выводы

Нами было обследовано 39 детей с адентией в возрасте от 7 до 17 лет, которые обратились по ортопедическую помощь в клинику. Все пациенты были разделены на 3 группы с учётом формы адентии (согласно классификации С. И. Дорошенко, Ю. И. Бабаскина), а именно: 1 группа – 26 детей с частичной адентией; 2 группа – 12 детей с множественной адентией, 3 группа – 5 детей с полной адентией и множественной адентией на одной из челюстей. Особое внимание уделялось выявлению наследственности данной аномалии, количеству отсутствующих зубов. Шиповидная и конусовидная форма зубов, преимущественно фронтальных, наблюдалась почти у всех детей с множественной адентией. Всем пациентам с адентией изготавливали съёмные пластиночные протезы по оттискам, полученным индивидуальными ложками. Нами был разработан «Способ протезирования детей с множественной адентией и конической формой зубов» (патент на полезную модель №24736 от 10.07.2007 г.), который заключался в изготовлении съёмного протеза из пластмассы, внутренняя поверхность которого покрывалась слоем силиконовой массы.

Кроме того, на зубах конической формы формировали искусственный экватор из композита. Заместу силиконовой прокладки осуществляли каждые 4-5 месяцев. Аппаратурная коррекция зубных рядов и прикуса состояла в изменении осевого наклона зубов, мезиодистального их перемещения с целью закрытия явных (в связи с адентией) промежутков или, наоборот, создания последних для замещения дефекта искусственными зубами.

При лечении трем и диастем вначале определяли характер промежутков между зубами, необходимость мезиодистального перемещения зубов и его направления. Измеряли размеры диастемы, определяли наклон коронковой части и корней центральных резцов друг к другу, отдалённость каждого из них от центральной линии, то есть симметричность расположения. При асимметричной диастеме перемещали к центру более отдалённый от нее резец. При наличии трем поступали следующим образом: в зависимости от групповой принадлежности отсутствующего зуба проводили предваритель-

ную коррекцию положения имеющихся зубов в зубном ряду с целью закрытия промежутков или их создания для искусственных зубов. Мезиодистальное перемещение зубов осуществляли с помощью съёмного аппарата с когтеобразными выступами на вестибулярной дуге по С. И. Дорошенко, который одновременно выполнял функцию протеза-аппарата, что особо важно при адентии, особенно множественной.

Ортодонтическое лечение имеющихся аномалий прикуса у пациентов с адентией проводили с учетом вида прикуса. Так, у лиц с дистальным прикусом использовали пластинки на верхнюю челюсть с вестибулярной дугой и наклонной плоскостью Шварца, аппарат Осадчего, аппарат Андресена-Гойпля; у лиц с мезиальным прикусом – аппарат Брюкля, капу Шварца, аппарат Френкеля 3 типа.

Наиболее сложным оказалось аппаратное лечение глубокого прикуса у лиц с множественной адентией, поскольку заметного зубоальвеолярного удлинения в процессе лечения не наблюдалось. Это можно объяснить недо-

развитием альвеолярных отростков. Если и происходили какие-то изменения в вертикальном направлении, то они состояли лишь в супраокклюзии отдельных зубов, а не в зубоальвеолярном удлинении, то есть высота альвеолярных отростков оставалась без изменений. Следовательно, повышение высоты прикуса осуществлялось преимущественно за счет протезирования с предварительной перестройкой миотатического рефлекса.

**Заключение.** Проведённые исследования показали, что разработанные и усовершенствованные нами конструкции съёмных протезов позволяют рационально распределить функциональную нагрузку на опорные зубы и ткани пародонта, улучшить фиксацию зубных протезов за счёт улучшения их адгезии, а также амортизации жевательного давления. Кроме того, получить значительно более высокий эстетический эффект зубного протезирования, а значит, социально реабилитировать детей с тяжелой эктодермальной патологией.

*Дорошенко С. І., Ірха С. В., Черепинський О. А., Стороженко О. В., Стороженко К. В.*

## КОМПЕНСАЦІЯ ДІАСТЕМ КЕРАМІЧНИМИ ВІНІРАМИ

Київський медичний університет УАНМ, м. Київ

**Актуальність теми.** Серед осіб, які звертаються по стоматологічну допомогу, часто зустрічаються пацієнти з різними видами діастем, що становить 15-35% (Луцкая І. К., Новак Н. В. 2006; Goldstein R. E., 1998; Yamamoto M., 1990; Baratieri L. N. 1998; Belser U. C., 1997). Діастеми, особливо великих розмірів, привертають

до себе увагу тим, що негативно впливають на посмішку. Перед вибором оптимального варіанта лікування важливо встановити всі фактори, які б могли вплинути на їх виникнення. До таких факторів належать генетична схильність, наявність надкомплектного зуба між центральними різцями, адентія латеральних різців, пору-

шення розвитку щелеп, надмірне вертикальне перекриття різців, порушення розміру та положення зубів.

Незважаючи на суттєвий науково-технічний прогрес у медицині, постійне впровадження в практику новітніх технологій і методик та вдосконалення відомих, лікування пацієнтів із діастемами