

ПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ З ВРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ВИКОРИСТАННЯМ КОРЕНЕВО-КУКСОВИХ ВКЛАДОК

Олійник Г.В.

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Олійник М.Ю.

Стоматологічний медичний центр
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Хворим із вродженими незрошеннями верхньої щелепи (ВНВЩ) з нетиповим розміщенням коренів зубів, їх руйнуванні чи супраоклюзії, ми пропонуємо застосовувати вкладки, виготовлені непрямим методом. Замість видалення цих зубів доцільно використовувати їх як опору для незнімних конструкцій, за необхідності змінивши напрямок коронкової куksi при виготовленні коронково-кореневої вкладки. Коренево-куксові вкладки дають можливість використати корені зубів зруйнованих каріозних процесом, розташованих у супрапозиції або під кутом до решти як опори під мостоподібні конструкції. Непрямий метод виготовлення коренево-куксових вкладок дає змогу на моделі здійснити моделювання найбільш оптимальних напрямків коронкових частин вкладок і використати їх у подальшому для якісної і повноцінної реабілітації пацієнтів з ВНВЩ.

Ключові слова: вроджені незрошення верхньої щелепи, протетичне лікування, коренево-куксові вкладки.

Постановка проблеми. Хоча пацієнти з ВНВЩП відносно рідко зустрічаються у загальній стоматологічній практиці, це доволі часта вроджена аномалія; приблизно один з кожних 800 народжених живими страждає від цієї патології [14, 18]. Пацієнтам із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння (ВНВЩП) протягом життя надається комплексна стоматологічна допомога. Зубощелепну патологію, що супроводжує ВНВЩП, можливо виправити ортодонтичним лікуванням, результати якого обов'язково повинні бути закріплені ортопедичним протезуванням з використанням максимальної кількості збережених зубів. У зв'язку зі збільшенням обсягу знань стосовно черепно-лицевого росту і розвитку та покращення наслідків хірургічного та ортодонтичного лікування, пацієнти з ВНВЩП мають змогу отримати більш своєчасну і адекватну медичну реабілітацію [15], а відтак, здавалося б, все менше значення матиме протезування. Тим не менше, ортопедичне лікування зберігає надзвичайно важливе місце у комплексі реабілітаційних заходів [5].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Як показали дослідження низки авторів у хворих із вродженими незрошеннями зуби, які межують з ділянкою незрошення, у 87% випадків розташовані в супрапозиції або під кутом до решти зубів [4, 6, 16]. Найчастіше це стосується ікл та центральних різців, які першими уражаються каріозним процесом і є зруйнованими [3, 11, 13]. Корені таких зубів можуть слугувати опорою для незнімних конструкцій при використанні коренево-куксових вкладок [8, 10, 12, 16]. Добре сплановане хірургічне лікування, а згодом і протезування, за умови відсутності або незначного ушкодження інших зубів і тканин пародонта, можуть призвести до відновлення функції та естетики, а відтак і полегшення важкості деформації [1, 4, 5, 6].

Виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми. Для відновлення втраченої частини коронок зубів існують стандартні штитові конструкції, анкерні системи, литі індивідуальні коренево-куксові вкладки, виготовлені як прямим, так і непрямим способами. Для хворих із ВНВЩП при нетиповому розміщенні коренів зубів спосіб їх виготовлення не завжди чітко визначений, то ж ми пропонуємо за таких умов використовувати вкладки, виготовлені непрямим методом.

Мета роботи. Визначити тактику вибору способу виготовлення коренево-куксових вкладок у пацієнтів із вродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння з метою використання зубів, зруйнованих каріозним процесом, розташованих під кутом чи супраоклюзії до решти зубів з метою фіксації на них незнімних ортопедичних конструкцій.

Матеріал і методи дослідження. У процесі надання ортопедичної допомоги пацієнтам із зубо-щелепними аномаліями на ґрунті ВНВЩП при нетиповому розміщенні коренів зубів, їх руйнуванні чи супраоклюзії ми пропонуємо використовувати вкладки, виготовлені непрямим методом. Всього було виготовлено 42 коренево-куксових вкладок, із них зі зміненним напрямком коронкової куksi – 23, що склало 54,8%.

У пацієнтів зі значним нахилом різців та ікл (>12°) і зміщенням аномалійного зуба більшим за 1 мм зберегти пульпу живою і шляхом препарування та протезування виправити положення зуба неможливо. В таких випадках необхідно депульпувати аномалійно розташований зуб, зрізати його коронку і виготовити литу коренево-куксову вкладку, змінивши кут нахилу осі куksi до осі кореня до 15° або зміщення її в бік до 1,5 мм [5].

Для виготовлення суцільнолитого мостоподібного протеза куksi відпрепарованих зубів повинні бути паралельними. При повороті центральних різців понад 30°, а бічних різців понад 50° необхідно такі зуби депульпувати і виготовити литі коренево-куксові вкладки з правильним розташуванням куksi у зубному ряді або її нахилом чи зміщенням у відповідний бік. Підготовка коренів зубів під вкладки здійснюється за загальноприйнятою методикою, опісля в положенні центральної оклюзії отримується одномоментний подвійний відбиток С-силіконом. Якщо виготовляються кілька вкладок одномоментно, а корені зубів розміщені під абсолютно різними кутами, використання модельних беззолних докореневих штифтів є неможливим через небезпеку деформації відбитка під час його виведення з порожнини рота. У таких випадках відбиток отримується тільки коригувальною масою, введеною в порожнину кореня з допомогою каналонаповнювача.

Результати дослідження. Хоча кожен випадок протетичного лікування зазначених хворих є унікальним і не повторює один одного, основні етапи і результат лікування пацієнтів ми вирішили представити на такому прикладі (рис. 1).

Пацієнтка К.А., 1986 р.н., мед. карта № 22562. Діагноз: двобічне наскрізне незрощення губи і піднебіння. У 2 міс. Віці зроблено двобічну хейлопластику, у 13 р. – повторна операція – ураностафілопластика. У 16 р. повторна операція – остеопластика альвеолярного відростка авто трансплантатом, у 19 р. – 4 операція: Корекція губи та носа. Звернулася за ортопедичною допомогою 24 р. Об'єктивно: на верхній

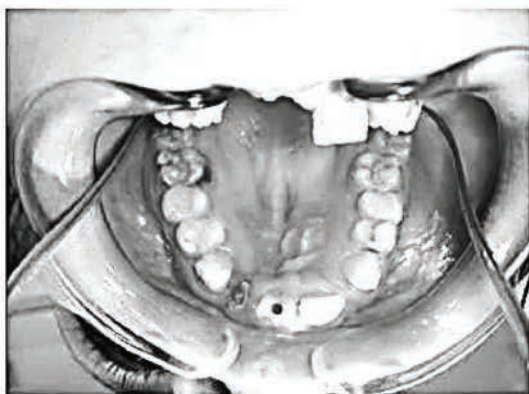
щелепі наявні післяопераційні рубці, дефект зубного ряду верхньої щелепи, відсутність 1.2 в ділянці незрощення, дефект коронки 4.6, відсутність між-оклюзійних контактів. На поверхні більшості зубів, особливо верхніх, ознаки гіпоплазії емалі. Структура твердих тканин змінена. Зі слів пацієнтки відомо, що перед ортодонтичним лікуванням колір і стан твердих тканин зубів були значно кращими (без видимих



Вигляд ротової порожнини до лікування



Панорамна рентгенограма до лікування



Вигляд ротової порожнини після препарування зубів під коренево-куксові вкладки



Отриманий відбиток С-силіконом



Виготовлені коренево-куксові вкладки



Коренево-куксові вкладки зафіксовані в порожнині рота

Рис. 1. Пацієнтка К.А. Вкладки для відновлення коронкової частини та зміни нахилу 12 і 11 зубів)

змін). Знято діагностичні моделі для вирішення майбутнього плану ортопедичного лікування. Зуби 1.2 та 1.1 девіталізовано та ендодонтично проліковано. Зуб 1.2, який розміщений у ділянці незрощення під кутом до оклюзійної поверхні та решти зубів і займає площу по ширині значно більшу, ніж потрібно та нерівномірну з дефектом в ділянці 2.2, відмодельовано фотополімерним матеріалом.

Після оцінки стану зубів, розміщення дефекту, можливості зміщення центральної лінії вирішено виготовити коренево-куксові вкладки на 1.2 та 1.1 зуби. Залишено вітальними 1.3, 2.1 і 2.3 зуби. На медіальній поверхні вкладки зуба 1.1 зроблено уступ на 1,5 мм для майбутнього зміщення центральної лінії вправо і рівномірного розподілу ширини фронтальної групи зубів. Коренево-куксова конструкція зуба 1.2 змінила напрям під кутом, що дало можливість проводити препарування решти вітальних зубів. Попередньо був знятий відбиток альгінатом, відлита модель і на моделі проводилося препарування зубів під тимчасову пластмасову конструкцію. До початку препарування вітальних зубів вкладки (специфічної конструкції) вже були зафіксовані у порожнині рота на склоіономерний цемент; і пластмасова конструкція тимчасових зубів також була виготовлена, що дало можливість вирішити проблему знаходження місця для двох 2|2 зубів.

Далі проводили оцінку вигляду пацієнтки при зміщенні центральної лінії вправо, необхідно було щоб вона співпадала із загальною центральною лінією обличчя, вибрати колір і майбутню форму фронтальної групи зубів. Після попередніх приготувань під місцевою провідниковою анестезією проведено препарування фронтальної групи зубів 32|13 та 6|зуба, на який також виготовлялась коренево-куксова конструкція, яка змінювала просторове розміщення коронкової частини із нахиленою орально в розміщену по оклюзійній поверхні форму зубного ряду без будь-яких нахилів, щоб можна було якісно відновити цілісність нижнього зубного ряду.

Після необхідного препарування зубів яснову пластмасову конструкцію зразу ж припасували в роті та уточнювали нетоксичною пластмасою, після затвердіння якої залишки забирали, обробляли та полірували. Знімали відбитки силіконовими (полівінілсиліконовими) масами з верхньої та нижньої щелеп та дентаблоки.

Наступний етап – припасування та перевірка каркасу. Під час нього здійснюється вибір кольору, візуальне уточнення протетичної площини, напрямку зміненої центральної лінії, а також уточнення внутрішньої поверхні металокерамічного каркасу коригуючою масою. Після напикання керамічної маси проводимо заключну примірку конструкції в ротовій порожнині.

Список літератури:

1. Макеєв В. Ф. Литые культовые вкладки и стандартные активные штифтовые конструкции в сравнительном аспекте / В. Ф. Макеєв, В. А. Годованый, А. И. Годована [и др.] // Современная стоматология. – 2006. – № 2 (34). – С. 144-149.
2. Макеєв В. Ф. Аналіз оперативних втручань у хворих з природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння / В. Ф. Макеєв, Г. В. Олійник, Ю. Ю. Олійник // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 3. – С. 30-33.
3. Макеєв В. Ф. Клініка, діагностика та концептуальні основи ортопедичних заходів у комплексному лікуванні дефектів та деформацій зубо-щелепної системи хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння: автореф. дис. на здобуття вчен. ступ. доктора мед. наук: спец. 14.01.22 / В. Ф. Макеєв – Одеса 2008. – 32 с.
4. Макеєв В. Ф. Ортопедична реабілітація хворих з дефектами та деформаціями зубо-щелепної системи, зумовленими незрощеннями піднебіння В. Ф. Макеєв // Дентальні технології. – 2007. – № 4. – С. 88-91.
5. Макеєв В. Ф. Ортопедичні заходи у комплексному лікуванні та реабілітації хворих з незрощеннями верхньої губи та піднебіння / В. Ф. Макеєв // Український стоматологічний альманах. – 2008. – № 1. – С. 31-33.
6. Макеєв В. Ф. Штифтові конструкції в ортопедичній стоматології. Частина 2. Модифіковані гвинтові штифтові конструкції та литі коренево-куксові вкладки. Експериментально-клінічне дослідження / В. Ф. Макеєв, В. О. Годованый, О. Я. Судова [та ін.] // Новини стоматології. – 2001. – № 4 (29). – С. 14-19.
7. Олійник Г. В. Морфофункціональні особливості деформацій зубощелепної системи у хворих з вродженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння та методи їх лікування в постійному прикусі [Текст]: автореф. дис. на здобуття

Обговорення. ВНВГП є одними з найпоширеніших вроджених аномалій. Зареєстрована захворюваність незрощеннями верхньої губи і піднебіння 2 на 1000 живонароджених в Японії і від 1,25 до 1,43 на 1000 в США, в Україні – 1,6 1000 [7, 16]. Не дивлячись на неодноразові оперативні втручання, що їх переносять хворі на ці вроджені вади, у них згодом дуже часто спостерігаються патології прикусу, деформації зубних рядів, відсутність бічних різців в ділянці незрощення [2, 7].

Виправити таку патологію можливо ортодонтичним лікуванням, результати якого обов'язково повинні бути закріплені ортопедичним протезуванням за використання максимальної кількості зубів, навіть зруйнованих каріозним процесом, які можуть бути опорою для незнімних конструкцій. Видалення таких зубів з медичної точки зору не можна визнати раціональним, а більш доцільним є їх використання в якості опори незнімних конструкцій, у разі необхідності змінивши напрямок коронкової кукси при виготовленні коронково-кореневої вкладки [7].

Коренево-куксові вкладки дають можливість використати корені зубів зруйнованих каріозних процесом, розташованих у супрапозиції або під кутом до решти як опори під мостоподібні конструкції у хворих із вродженими незрощеннями губи та піднебіння при нетиповому розміщенні коренів зубів. Саме для цього ми пропонуємо використовувати вкладки, виготовлені непрямим методом, виходячи з клінічної ситуації та кутів нахилу коренів зубів [1, 6, 9]. Такий підхід пов'язаний також і з тим, що у зв'язку з тривалим терміном і складнощами ортодонтичного лікування у таких пацієнтів, особливо дорослого віку, частина з них віддає перевагу видаленню неправильно розташованих зубів. На нашу думку і за нашим досвідом видалення таких зубів з медичної точки зору не можна визнати раціональним, а більш доцільним є їх використання в якості опори незнімних конструкцій, у разі необхідності змінивши напрямок коронкової кукси при виготовленні коронково-кореневої вкладки [9, 17, 19]. Це дає змогу технікові на моделі змодельовати найбільш оптимальні напрями коронкових частин вкладок і використати їх для якісної і повноцінної реабілітації хворих із вродженими незрощеннями губи та піднебіння естетичними суцільнолитими мостоподібними конструкціями [3, 8].

Висновки. Непрямий метод виготовлення коренево-куксових вкладок дає змогу техніку на моделі здійснити моделювання найбільш оптимальних напрямків коронкових частин вкладок і використати їх у подальшому для якісної і повноцінної реабілітації пацієнтів із ВНВГП естетичними суцільнолитими мостоподібними конструкціями.

- наук. ступеня канд. мед. наук: [спец.] 14.01.22 «Стоматологія» / Г. В. Олійник; МОЗ України, Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Львів, 2012. – 17 с.
8. Олійник Г. В. Особливості надання ортодонтичної допомоги хворим з природженими незрощеннями верхньої губи і піднебіння в дорослому віці / Г. В. Олійник // Український стоматологічний альманах. – 2006. – Т. 3, № 1. – С. 42–43.
 9. Олійник Г. В. Використання коренево-куксових вкладок (ККВ) як опори для незнімних ортопедичних конструкцій при лікуванні пацієнтів із вродженими незрощеннями верхньої губи та піднебіння (ВНВГП) / Г. В. Олійник, А. Ю. Олійник, М. Ю. Олійник // XV конгрес СФУЛТ: матеріали, м. Чернівці, 16–18 жовт. 2014 р./ гол ред. С. Нечаїв. – Чернівці; Київ; Чикаго: [б. в.], 2014. – С. 343.
 10. Секлетов Г. А. Ортодонтическое и протетическое лечение тортопозиции 21 зуба, супрапозиции 21 зуба у пациента с левосторонней расщелиной верхней губы и неба / Г. А. Секлетов // Стоматология. – 2003. – № 3. – С. 52–54.
 11. Фоменко И. В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с врожденной односторонней полной расщелиной верхней губы и неба: автореф. дис. на соискание учён. степени д-ра мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / И. В. Фоменко. – Волгоград, 2011. – 39 с.
 12. Яковенко Л. М. Комплексне лікування первинних та вторинних деформацій верхньої губи, піднебіння при їх двобічних незрощеннях: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматологія» / Л. М. Яковенко. – Київ, 2004. – 39 с.
 13. Akcam A. M. D. Evaluation of 3-dimensional tooth crown size in cleft lip and palate patients / A. M. D. Akcam, T. U. Toygar, L. Ozer [et al.] // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 2008. – Vol. 134, № 1. – P. 85–92.
 14. Hickey A. J. Prosthodontic and psychological factors in treating patients with congenital and craniofacial defects / A. J. Hickey, M. Salter // The Journal of Prosthetic Dentistry. – 2006. – Vol. 95 (5). – P. 392–396.
 15. Kawakami S., Yokozeki M., Horiuchi S., Moriyama K. Oral rehabilitation of an orthodontic patient with cleft lip and palate and hypodontia using secondary bone grafting, osseo-integrated implants, and prosthetic treatment / S. Kawakami, M. Yokozeki, S. Horiuchi [et al.] // Cleft Palate–Craniofacial Journal. – 2004. – Vol. 41 (3). – P. 279–284.
 16. Mossey P. A. Cleft lip and palate / P. A. Mossey, J. Little, R. G. Munger [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 374, № 9703. – P. 1773–1785.
 17. Reisberg D. J. Prosthetic rehabilitation of patients with clefts / D. J. Reisberg // Clin Plast Surg. – 2004. – Vol. 31. – P. 353–360.
 18. Vojvodic D. The cleft palate patient: a challenge for prosthetic rehabilitation-clinical report / D, Vojvodic V. Jerolimov // Quintessence International. – 2001. – Vol. 32 (7). – P. 521–524.
 19. Zhou W. Tooth lengths of the permanent upper incisors in patients with clefts lip and palate determined with cone beam computed tomography / W. Zhou, W. Li, J. Lin [et al.] // Cleft Palate Craniofac J. – 2013. – Vol. 50. – P. 88–95.

Олійник Г.В.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Олійник М.Ю.

Стоматологический медицинский центр

Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОРНЕВЫХ КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДОК

Аннотация

Больным с врожденными несраращениями верхней челюсти с нетипичным размещением корней зубов, их разрушении или супраокклюзии, мы предлагаем применять вкладки, изготовленные косвенным методом. Вместо удаления этих зубов целесообразно использовать их в качестве опоры для несъемных конструкций, при необходимости изменив направление коронковой культи при изготовлении коронковой корневой вкладки. Корневые культевые вкладки позволяют использовать корни зубов разрушенных кариозным процессом, расположенных в супрапозиции или под углом к остальным в качестве опоры под мостовидные конструкции. Косвенный метод изготовления корневых культевых вкладок позволяет на модели осуществить моделирование наиболее оптимальных направлений коронковых частей вкладок и использовать их в дальнейшем для качественной и полноценной реабилитации пациентов с врожденными несраращениями верхней губы и неба.

Ключевые слова: врожденные несраращения верхней челюсти, протетическое лечение, корневые культевые вкладки.

Oliinyk H.V.

Danylo Halytsky Lviv State Medical University

Oliinyk M.Yu.

Dental Medical Centre,

Danylo Halytsky Lviv State Medical University

PROSTHETIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL CLEFT MAXILLA USING STUMP DENTAL INLAYS

Summary

We propose patients with congenital clefts of upper jaw and atypical placement of tooth roots, their destruction or supraocclusion, to use inlays, made using an indirect method. Instead of removing these teeth, it is advisable to use them as a prop for their fixed structures, if necessary, changing the direction of the crown stump in the manufacture of crown-root inlays. Stump dental inlays enable stump of the roots of teeth destroyed by caries process located in supraposition or at an angle to the rest as a support in prosthetic design. Indirect method of manufacturing stump dental inlays enables to make a simulation model of the optimal areas of coronal parts of inlays and use them in the future for quality and full rehabilitation of patients with clefts.

Keywords: congenital clefts, prosthetic treatment, stump dental inlays.