

Осарчук Н.А., Авдєєв О.В., Осарчук Є.В.

РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ, ХІРУРГІЧНИХ І ОРТОПЕДИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У НАДАННІ ОРТОДОНТИЧНО ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ УРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬО ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧНИХ, ХІРУРГІЧНИХ І ОРТОПЕДИЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У НАДАННІ ОРТОДОНТИЧНО ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ІЗ УРОДЖЕНИМИ НЕЗРОЩЕННЯМИ ВЕРХНЬО ГУБИ ТА ПІДНЕБІННЯ – У статті проаналізовано клінічний випадок і запропоновано варіант комбінованого методу лікування (терапевтичний, хірургічний, ортопедичний, ортодонтичний) пацієнтів із уродженими незрошеннями верхньої губи і піднебіння, у яких спостерігаються залишкові дефекти піднебіння після ураностафілопластики.

РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ, ХИРУРГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА – В статье проанализирован клинический случай и предложен вариант комбинированного метода лечения (терапевтический, хирургический, ортопедический, ортодонтический) пациентов с врожденными несращениями верхней губы и неба, в которых наблюдаются остаточные дефекты неба после ураностафилопластики.

THE ROLE OF THERAPEUTICAL, SURGICAL AND ORTHOPEDICAL METHODS OF TREATMENT IN THE GIVING ORTHODONTICAL HELP THE PATIENTS WITH NATIVE DEFECTS OF UPPER LIP AND PALATE – In this article the authors analyze the clinical case and suggest the variant of the combined methods of treatment (therapeutical, surgical, orthopedical and orthodontic) of patients with native pathologies of upper lip and palate, which have the residual defects of palate after uranostaphyloplastics.

Ключові слова: ретенований зуб, брекет, вторинна деформація, гнатична аномалія оклюзії, хейлопластика, ураностафілопластика, комплексне лікування.

Ключевые слова: ретенированный зуб, брекет, вторичная деформация, гнатическая аномалия окклюзии, хейлопластика, ураностафилопластика, комплексное лечение.

Key words: retentive tooth, bracket, secondary deformation, gnathic anomaly of occlusion, chalyoplastics, uranostaphyloplastics, complex treatment.

ВСТУП Усіх лікарів стоматологічно практики об'єднує прагнення до естетичного і функціонального успіху. Головною складовою успішного лікування в сучасних умовах є не рівень професіоналізму одного лікаря, а кваліфікація команди спеціалістів різного профілю, тому що якісне лікування пацієнта з складною патологією можливе тільки при взаємодії лікарів-стоматологів різних спеціальностей – хірургів, терапевтів, ортопедів та ортодонтів. Процес ортодонтично реабілітації пацієнтів із уродженими незрошеннями верхньої губи та піднебіння є дуже трудомістким і довготривалим. Анатомічні та функціональні порушення у таких пацієнтів проявляються з перших днів життя, тому ортодонтичне лікування повинно проводитися з моменту народження, а весь період лікування поділяється на етапи згідно з проведенням планових хірургічних втручань [3]. На жаль, уранопластика може закінчитися звуженням верхньощелепно дуги за рахунок рубцювання, або відбувається розходження фрагментів верхньої щелепи.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ортодонтичне лікування уродженої патології у постійному прикусі полягає в обов'язковому використанні сучасних незнімних апаратів – еджуайз-техніки [1]. Вона дозволяє виправити практично будь-які аномалії оклюзії, переміщати неправильно розташовані зуби за умови використання малих ортодонтичних сил. Бімаксиллярного розширення досягають незнімною конструкцією з гвинтом, привареним до бандажних кілець з дотичними балками. В якості опорних зубів використовуються перші моляри і перші премоляри. До особливостей лікування відносять створення місця для різців та інших зубів за рахунок активації гвинта, який розширюється на 8-12 мм.

Ідеально не тільки розширювати зубний ряд, а й досягати зубоальвеолярно протракції верхньої щелепи за допомогою використання лицевої маски. На жаль, комбінувати конструкцію не завжди дозволяють пацієнти – вони дуже часто відмовляються використовувати лицеву маску, а тому сагітальну щілину доводиться зменшувати під час протезування.

Одним із важливих моментів реабілітації пацієнтів є використання ретинованих зубів, шляхом оголення частини коронки ретинованого зуба з подальшим виведенням його за допомогою ортодонтичних дуг в оптимальну оклюзію. Дуже широка варіабельність розташування ретинованих зубів у даній патології суттєво впливає на план, тактику і терміни активного і ретенційного періодів ортодонтичного лікування. У даній роботі ми наводимо приклад клінічного випадку раціонального комплексного підходу в лікуванні пацієнта із уродженим незрошенням верхньої губи і піднебіння, у якого спостерігався дефект піднебіння після ураностафілопластики.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Клінічний випадок. Пацієнт С., 18 років, звернувся в клініку з приводу естетичного недоліку – западання верхньої губи, неправильне розташування верхніх передніх зубів. З анамнезу: зі слів матері пацієнт переніс близько 10 операцій. Жодного підтверджувального документа не збереглося.

Зовнішній огляд. Контури м'яких тканин обличчя в профіль – прямі. Носогубні і підборідна складки незначно виражені. Визначається незначна рубцева деформація верхньої губи зліва.

У порожнині рота: прикус постійний з наявністю 53, 52, 63 зубів, співвідношення перших постійних молярів – І клас за Енглеєм, тортоаномалія 15, 45 зубів, адентія 11, 21, 13, 23 зубів, супраоклюзія 43 зуба. Гострий середній карієс 16, 26, 31, 32, 36, 41, 42, 12, 22 зубів. Рухомість 12 і 22 зубів II ступеня.

Вивчення діагностичних моделей щелеп показало, що довжина переднього відрізка верхньої зубно дуги менша за нижню на 5 мм, сагітальна щілина – 7 мм, верхня зубна дуга в ділянці іклів і премолярів звужена на 5 мм.

На ортопантомограмі спостерігається ретенція 13 і 23 зубів, рудименти двох зубів в ділянці лемеша. Корені 12 і 22 зубів не покриті кістковою тканиною.

План лікування.

1. Санація порожнини рота шляхом лікування каріозних зубів, використовуючи сучасні композитні матеріали світлового твердіння.

2. Нормалізація ширини верхньої зубно дуги незнімною конструкцією – піднебінним бюгелем Квад-хелікс протягом 6 місяців.

3. Фіксація брекет-системи на верхню і нижню щелепи (паз брекета 0,16, дуга Ni-Ti 0,16 зафіксована у верхні брекети, дуга Twist-Flex у нижні брекети).

4. Створення місця для постановки 13 зуба в зубну дугу шляхом екстракції 53, 52, 12 зубів. Створення місця для постановки 43 зуба в зубну дугу шляхом використання розкриваючої пружини на нижній брекет-системі.

5. Хірургічне відкриття коронки 13 зуба з фіксацією на зубі ортодонтичного зачіпного елемента, за допомогою якого провести витягування 13 зуба в зубну дугу протягом 4 місяців [2].

6. Хірургічне видалення піднебінно розташованого 23 ретинованого зуба і рудиментів двох зубів в ділянці лемеша, 22 і 12 зубів.

7. Створення неперервного зубного ряду шляхом нормалізації оклюзійних контактів, міжальвеолярно висоти, ліквідації горбкових контактів в бокових відділах.

8. Ретенція отриманого результату на першому етапі шляхом зв'язування всіх брекетів на верхній та нижній щелепі двома суцільними металічними лігатурами протягом 12 місяців, на другому етапі – за допомогою Essix-апарата на нижній щелепі і мостоподібно металокерамічно конструкції на верхній щелепі з опорами на 15, 14, 13, 63, 24, 25 зубів.



Рис. 1. Початок ортодонтичного лікування. Фіксація брекет-системи на верхній і нижню щелепі.

У процесі активного ортодонтичного лікування (рис. 1, 2) досягнуто значного покращання форми, розмірів і взаємовідношення зубних дуг, естетики обличчя. Вивчення діагностичних моделей щелеп після лікування показало, що сагітальна щілина – 1 мм, вестибулярні поверхні верхніх різців контактують з оральними поверхнями нижніх різців. Нижні різці перекривають верхні на 2 мм (рис. 3).

Естетичний ефект досягли шляхом відтворення у мостоподібному протезі анатомічно форми різців, ікол і премолярів верхньої щелепи, а також змодельовані штучні ясна в ділянці фронтального дефекту альвеолярного відростка (рис. 4).



Рис. 2. Хірургічне відкриття коронки 13 зуба з фіксацією на зубі ортодонтичного зачіпного елемента.



Рис. 3. Ретенційний період.



Рис. 4. Essix-апарат на нижній щелепі і мостоподібна метало-керамічна конструкція на верхній щелепі.

ВИСНОВОК Наведений приклад показує, що відсутність правильного хірургічного підходу в постнатальний період і відсутність подальшого ортодонтичного диспансерного спостереження призвели до формування вторинно деформації [4]. Кваліфіковане ортодонтичне лікування в період активного росту змогло би покращити максилло-мандибулярне співвідношення, створило би умови для можливо корегуючо пластики. Ми все ж не змогли досягти ідеальних ознак обличчя, так як це важко створити при гнатичній аномалії оклюзії. Однак співпраця різних стоматологів-спеціалістів сприяла досягненню наступних результатів: розширення і створення зубно дуги верхньої щелепи, зменшення сагітально щілини до мінімуму, а також створення умов для остаточного закриття дефекту піднебіння.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арсенина О.И., Стадницкая Н.П. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с ретенированными зубами // Новое в стоматологии. Спец.вып. – 1997. – №1. – С. 32-34.
2. Волчек Д.А., Голубева Г.И., Рабухина Н.А., Оспанова Г.Б. Современные методы обследования пациентов с ретенцией клыков верхней челюсти // Ортодонтия. – 2006. – №1. – С. 24-26.
3. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалий прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО "Медицинское информативное агенство", 2006. – С. 426-466.
4. Шульженко В.И., Верапатвелян А.Ф. Хирургические и ортодонтические мероприятия в комплексной реабилитации детей со сквозным несращением губы и неба. – СПб.:ООО "МЕДИ издательство", 2007. – С. 121-131.