

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ПРИКУСА ПЕРЕД ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

А. Г. Романенко, Т. И. Коваленко, В. П. Алмаев

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав.—проф. Л. М. Демнер) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

В ортопедические кабинеты стоматологических поликлиник часто обращаются больные, у которых наряду с дефектами зубных рядов имеются деформации зубных рядов и аномалии прикуса. Мы дифференцируем зубочелюстные аномалии и деформации, подразумевая под первыми врожденные и приобретенные в раннем возрасте отклонения от нормального развития зубочелюстной системы, а под вторыми — приобретенные после формирования постоянного прикуса. В повседневной практике подобные деформации устраняют протезированием, при этом конструкцию протеза приспособляют к имеющемуся прикусу [1, 5].

В таких случаях дефекты зубных рядов замещаются, но деформации остаются, то есть полного восстановления функции зубочелюстной системы не происходит, что часто является причиной травматической окклюзии [2, 4, 6, 8].

Ортодонтическая подготовка перед протезированием была проведена у 97 человек (женщин — 69, мужчин — 28) в возрасте от 22 до 57 лет. У каждого больного были сняты слепки для изготовления диагностических моделей до и после лечения, произведены рентгенография зубов, подлежащих перемещению; фотографирование лица, зубных рядов, диагностических моделей больных; мастикациогрaфия по С. И. Рубинову; электромиография жевательных мышц. Наблюдения продолжались до 5 лет.

Выравнивание окклюзионной плоскости у 38 больных при вертикальной форме деформации зубных рядов проводили погружением зубов в альвеолярные отростки съемными пластинками с повышением высоты прикуса. По нашему мнению, для повышения высоты прикуса (ориентир — состояние покоя) лучше постепенно изменять межальвеолярное расстояние, то есть проводить перестройку миотатического рефлекса.

Изменения зубных рядов в вертикальном направлении варьировали от незначительного смещения зубов в сторону отсутствующих антагонистов (у 27 больных) до образования пролежней на слизистой оболочке противоположного альвеолярного отростка (у 11). Форма вертикального перемещения также была различной: у 17 человек старшего возраста мы обнаружили только выдвижение зубов в сторону отсутствующих антагонистов, у 6 в возрасте 22—27 лет — зубоальвеолярное выдвижение в сторону дефекта и у 15 человек того же возраста — сочетание вертикального перемещения зубов с зубоальвеолярными выдвижениями.

Форма вертикального перемещения зависела от возраста больного и от срока, прошедшего после удаления зубов. Одновременно с выравниванием окклюзии дефекты зубных рядов замещали бюгельными или пластиночными протезами. Для лучшей фиксации и правильного распределения жевательной нагрузки во всех случаях применяли опорно-удерживающие кламмеры. Высоту прикуса увеличивали постепенно наложением быстротвердеющей пластмассы на искусственные зубы или накусочные площадки через каждые 2 нед в течение 6 мес — 1 года в зависимости от выраженности деформации и ориентации на субъективные ощущения больного.

Из 38 человек, имеющих вертикальную деформацию зубов и зубных рядов, у 32 изучены движения нижней челюсти до лечения, в процессе и после него при помощи мастикациогрaфии по С. И. Рубинову. Зубы, лишённые антагонистов, независимо от тяжести вертикального перемещения блокируют движения нижней челюсти, которые сводятся лишь к опусканию и подъему, что нарушает возможность растирания пищи, и она только раздавливается.

Анализ мастикациограмм до лечения больных с вертикальными перемещениями зубов показал удлинение жевательного периода в целом и фазы адаптации в частности. Жевательные волны были аритмичными, неравномерными, петли смыкания находились на разном уровне, обладали раздавливающими движениями нижней челюсти, появлялись аритмичные петли смыкания. После лечения существенно уменьшилось время одного периода жевания, сократилось количество жевательных движений, жевательные волны стали ритмичными, равномерными.

Адаптация к новому состоянию при повышении высоты прикуса, по данным электромиографии, происходит в среднем в течение 10 — 14 дней.

Перемещение отдельных зубов в мезиодистальном направлении проведено у 24 человек, из них у 10 больных — пластинками с рукообразными пружинами, у 4 — пластинками с упругой полудугой и у 10 зубы из небного положения перемещали коронками Катца с наклонной плоскостью. Показаниями к применению небных пластинок с рукообразными пружинами являлись скученность передних зубов при наличии места в зубной дуге из-за удаленных премоляров или моляров по поводу осложненного кариеса. Продолжительность лечения при этом составляла 15—18 нед. Для выведения небо-смещенных клыков и премоляров в зубной ряд мы применяли простой в изготовлении и легко активируемый съемный аппарат — небную пластинку, жевательные поверхности которой были покрыты пластмассой с упругой полудугой из нержавеющей стали диаметром 1,2—1,5 мм [3]. Срок лечения этим методом составил 12—17 нед.

Терапию небного положения передних зубов коронками Катца с наклонной плоскостью проводили при глубоком или среднем перекрытии верхних зубов нижними и при наличии для них мест в зубном ряду (срок лечения — от 3 до 5 нед). Рентгенологическое исследование зубов, подлежащих перемещению, патологических изменений не выявило. В процессе ортодонтической подготовки к протезированию также нередко приходилось перемещать зубы, вылеченные по поводу осложненного кариеса, поскольку их аномальное положение затрудняло или делало протезирование невозможным. При этом обращали внимание на качество пломбирования корневого канала. Противопоказанием к ортодонтическому вмешательству служило наличие патологических процессов периодонта и недостатки в пломбировании корневых каналов.

Перемещение 9 депульпированных зубов в мезиодистальном и сагиттальном направлениях проводили у 6 больных: у 3 из них — пластинкой с рукообразными пружинами (5 зубов) и у 3 больных — в сагиттальном направлении коронками Катца с наклонной плоскостью (4 зуба). Сроки перемещения депульпированных зубов из небного положения в зубной ряд были такими же, как у интактных зубов. Осложнений в процессе лечения и после него не наблюдалось.

Лечение аномалий прикуса в сочетании со вторичной деформацией у взрослых представляет определенную сложность. При интактных зубных рядах у больных с аномалиями прикуса функция жевания в определенной мере обеспечивается. По этой причине взрослые редко обращаются за помощью. Положение резко меняется при образовании дефектов зубных рядов, особенно в боковых отделах. В частности, глубокий прикус при потере боковых зубов часто осложняется травматической окклюзией. Потеря моляров при прогении ведет к образованию травматического синдрома в области зубов, потерявших своих антагонистов или соседей, и влечет за собой дополнительные деформации окклюзионной плоскости. Это в свою очередь изменяет характер движений нижней челюсти, нарушает множественность контактов при различных окклюзиях и способствует образованию артрозов височно-нижнечелюстных суставов.

Прогения была вылечена аппаратом О. М. Башаровой у 12 человек в возрасте от 23 до 42 лет (длительность лечения — от 5 до 6 мес). Глубокий прикус вылечен у 23 человек в возрасте от 22 до 29 лет пластинкой Катца с накусочной площадкой и перекидными кламмерами (длительность лечения — от 8 мес до 1 года).

Полученные результаты свидетельствуют, что ортодонтическое лечение является высокоэффективным при замещении дефектов зубных рядов, осложненных деформацией. Наблюдения продолжительностью до 5 лет выявили нормализацию функции жевательных мышц и жевания. Лечение деформаций зубных рядов и прикуса перед замещением дефектов зубных рядов обеспечивает высокий косметический эффект и исключает образование травматической окклюзии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилов Е. И. Теория и клиника протезирования частичными протезами. М., Медицина, 1973.
2. Демнер Л. М., Елизарова Л. А. Стоматология, 1980, 3.—3. Дубивко С. А., Ахметова Г. Х. и др. В кн.: Клиника и лечение зубочелюстных аномалий. Казань, 1981.—4. Криштаб С. И., Довбенко А. И. Стоматология, 1976, 3.—5. Пономарева В. А. Механизм развития и способы устранения зубочелюстных деформаций. М., Медицина, 1964.—6. Романенко А. Г. В кн.: Клиника и лечение зубочелюстных аномалий. Казань, 1981.—7. Сухарев Г. Т. Стоматология, 1976, 3.—8. Щербakov А. С. Там же, 1976, 5.

Поступила 9 февраля 1984 г.