

УДК 616-053.3/4:616-007.272.314

**КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА УСТРАНЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ
ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ПОДРОСТКОВ****Водолацкий В.М., Водолацкий М.П., Туманян С.М.***ГБОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»,
Ставрополь, e-mail: postmaster@stgma.ru*

Изменение внешнего вида лица и формирование выраженных функциональных нарушений у больных с мезиальной окклюзией зубных рядов представляет один из наиболее сложных зубочелюстных деформаций и требует последовательного выполнения лечебных мероприятий с участием врача ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. В процессе клинического, антропометрического, морфометрического и рентгенологического обследования у 88 пациентов были обнаружены 5 вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов в двух (47) и трех плоскостях (38). Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата. Результаты комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов дают основание положительно оценить эффективность разработанной реабилитационной программы. Важным условием, определившим успех лечения больных с такой тяжелой деформацией зубочелюстной системы, какой является мезиальная окклюзия зубных рядов, являлось скоординированное участие ортодонта и челюстно-лицевого хирурга в до- и послеоперационной ортодонтической аппаратной коррекции, проведении хирургического вмешательства, профилактики кариозного поражения зубов и ретенции достигнутого результата.

Ключевые слова: мезиальная окклюзия, брекет-система, плоскостная остеотомия, комплексное лечение, аномалия зубов

**COMPLEX PROGRAM REMOVALS MESIONAL BY OCCLUSION
OF DENTAL ROWS FOR TEENAGERS****Vodolatsky V.M., Vodolatsky M.P., Tumanjan S.M.***The Stavropol state medical academy, Stavropol, e-mail: postmaster@stgma.ru*

The change of original appearance of person and forming of the expressed functional violations for patients with the mesional occlusion of dental rows present one of the most difficult tooth-gnatic deformations and requires successive implementation of curative measures with participation the doctor of ortodont and maxillufacial surgeon. The aim of work was an increase of efficiency of treatment of patients with the mesional occlusion of dental rows. In the process of clinical, anthropometric, morphometric and roentgenologic inspection for 88 patients were found out 5 variants of mesional occlusion of dental rows in two (47) and three planes (38). The program of treatment of patients with mesional included to the occlusion of dental rows- and postoperative orthodontic apparatus treatment, surgical treatment, prophylaxis of carious defeat of teeth and retenthion of curative result. The results of holiatry of patients with the mesional occlusion of dental rows ground positively to estimate efficiency of the worked out rehabilitation program. By an important condition, defining success of treatment of patients with such heavy deformation of the dentognatic system, what is mesional occlusion of dental rows, there was the coordinated participating of ortodont and maxillufacial surgeon in to- and postoperative orthodontic apparatus correction, realization surgical interference, prophylaxis of carious defeat of teeth and retenthion of the attained result.

Keywords: mesional occlusion, breket-system, plane osteotomiya, complex treatment, anomaly of teeth

Изменение внешнего вида лица и формирование выраженных функциональных нарушений у больных с мезиальной окклюзией зубных рядов представляет один из наиболее сложных для лечения вариантов зубочелюстной деформации. Устранение комплекса структурных нарушений зубочелюстной системы, формирующихся при данной деформации, требует последовательного выполнения лечебных мероприятий с участием врача ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Явный недостаток в литературных источниках внимания к особенностям лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов, ограничивает возможность устранения одной из наиболее сложных деформаций зубочелюстной системы [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Материалы и методы исследования

Результаты работы основаны на показателях обследования и лечения 88 больных 14–19-летнего возраста.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

В процессе клинического, антропометрического, морфометрического и рентгенологического обследования у 88 пациентов были 5 вариантов мезиальной окклюзии зубных рядов в двух (47) и трех плоскостях (38). Зубочелюстная деформация в сагитальной и орбитальной плоскостях за-

ключалась в формировании у 13 больных мезиальной и глубокой резцовой окклюзии зубных рядов. Мезиальная окклюзия сочеталась с вертикальной дизоокклюзией у 27 пациентов. Аномалия окклюзии в сагиттальной и горизонтальной плоскостях имела характер мезиальной и перекрестной окклюзии зубных рядов у 7 больных. Деформация в сагиттальной, орбитальной и горизонтальной плоскостях была представлена у 18 пациентов мезиальной, перекрестной и глубокой резцовой окклюзией зубных рядов. Мезиальная и перекрестная окклюзия в сочетании с вертикальной дезоокклюзией отмечалась у 20 больных. Результаты проведенного обследования установили у всех пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса увеличение размеров нижнечелюстной дуги (нижней макрогнатии).

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении несъемной и съемной аппаратуры, предусмотренной традиционными методиками, а также эджуайс-техники на основе брекет-систем отечественных и зарубежных фирм производителей. Коррекция зубных рядов осуществлялась техникой прямой дуги (straight-wire technique) системы Roth.

С целью профилактики кариеса зубов до начала ортодонтического лечения осуществлялась четырехкратная аппликация зубов фторлаком с интервалом в 5–7 дней. На протяжении всего периода ортодонтического лечения проводилась контролируемая чистка зубов фторсодержащими зубными пастами.

Увеличение нижней челюсти, обуславливающее формирование мезиальной окклюзии зубных рядов, требовало включения в программу лечения больных хирургической коррекции размеров нижнечелюстной дуги.

Собственная методика оперативного уменьшения размеров нижней челюсти проводилась внутриротовым доступом и заключалась в проведении плоскостной остеотомии в области угла и ветви (рис. 1).

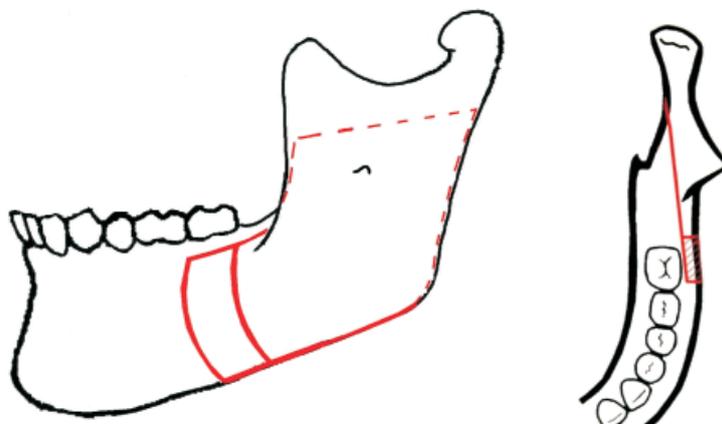


Рис. 1. Методика оперативного устранения нижней макрогнатии

Показанием для ортодонтического лечения до проведения хирургического вмешательства у больных с мезиальной окклюзией зубных рядов являлось устранение аномального положения зубов и восстановление анатомической формы зубных дуг (рис. 2).

Устранение наклона нижних фронтальных зубов в дооперационном периоде обеспечивало возможность формирования в процессе костнопластической операции межрезцового угла в пределах 130° и восстановление окклюзионных контактов между резцами.

Ортодонтические аппараты, применяемые на этапе дооперационного устранения деформации зубных рядов, в ряде случаев использовались для проведения межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей неподвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов после костнопластической операции.

Расщепление челюсти по плоскости в отличие от поперечного пересечения позволяет избежать повреждения сосудисто-нервного пучка, обеспечивает благоприятные условия для консолидации костных

фрагментов и создает возможность для устранения сочетанных форм нарушения окклюзии зубных рядов. Проведение двусторонней плоскостной остеотомии в области угла и ветви нижней челюсти в процессе хирургического лечения позволяло устранить аномалию окклюзии зубных рядов практически при всех ее вариантах. Расщепление нижней челюсти по плоскости давало возможность свободно перемещать срединный фрагмент челюсти вперед, вверх и вниз, сохраняя контакт между костными фрагментами. Достигнутая при

этом подвижность тела челюсти с нижним зубным рядом обеспечивала восстановление окклюзионного соотношения зубных рядов, нарушенного в сагитальной, горизонтальной и орбитальной плоскостях. Выполнение хирургического вмешательства внутриротным доступом исключало формирование операционных рубцов на коже, обеспечивая высокий косметический результат лечения. Осложнений, связанных с проведением хирургического вмешательства, не наблюдалось в ближайший и отдаленный периоды времени.



Рис. 2. Аппаратурная коррекция формы верхнего зубного ряда на этапе подготовки больного к оперативному устранению нижней макродантии

Ортодонтическое лечение в послеоперационном периоде включало, наряду с предотвращением смещения фрагментов

нижней челюсти при помощи съемного аппарата и направляющих пелотов, восстановление формы зубных рядов и формиро-

вание между ними естественных окклюзионных взаимоотношений.

Наличие мезиальной окклюзии при сочетанной форме нарушения соотношения зубных рядов определяло целесообразность использования в ретенционном периоде головной шапочки и подбородочной пращи с резиновой тягой.

Ретенция достигнутого результата на завершающем этапе устранения аномалии окклюзии зубных рядов у детей и подростков

в течение 12–18 месяцев исключала вероятность развития рецидива деформации зубочелюстной системы.

Включение в программу комплексного лечения больных с сочетанной аномалией окклюзии зубных рядов костнопластической операции на челюстных костях с целью устранения их деформации в сагиттальной плоскости определяло достижение быстрого и благоприятного результата (рис. 3, 4).



а



б

Рис. 3. Больная Д. 15 лет до (А) и после (Б) комплексного устранения мезиальной и перекрестной окклюзии в сочетании с вертикальной дизокклюзией зубных рядов



а



б

Рис. 4. Телерентгенограммы больной 15 лет до (А) и после (Б) комплексного устранения мезиальной и перекрестной окклюзии в сочетании с вертикальной дизокклюзией зубных рядов

Заключение

Результаты комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов дают основание положительно оценить эффективность разработанной реабилитационной программы. Важным условием, определившим успех лечения больных с такой тяжелой деформацией зубочелюстной системы, какой является мезиальная окклюзия зубных рядов, являлось скоординированное участие ортодонта и челюстно-лицевого хирурга в до- и послеоперационной ортодонтической аппаратурной коррекции, проведении хирургического вмешательства, профилактики кариозного поражения зубов и ретенции достигнутого результата.

Список литературы

1. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии / В.М. Безруков, В.И. Гунько. – М., 2000. – Т. 2. – С. 246–276.
2. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно – лицевой области. – М., 1999. – 444 с.
3. Гиоева Ю.А. Лечение пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов // Ортодонтия. – 2004. – № 2. – С. 12–20.
4. Слабковская А.Б. Ортодонтическая подготовка к хирургическому лечению пациентов с гнатическими аномалиями / А.Б. Слабковская, А.Ю. Дробышев, Н.С. Дробышева // Достижения ортодонтии, ортопедической и общей стоматологии по специальности и ее преподаванию: сб. тр. – М., 2005. – С. 286–287.
5. Федотов С.Н. Хирургическое лечение нижнеймикрогнатии / С.Н. Федотов, О.С. Федотов. – Архангельск, 2006. – 262 с.
6. Bailey, L.J. Surgical Class III treatment long – term stability and patient perceptions of treatment outcome / L.J. Bailey, H.L. Duong, W.R. Proffit // Int. J. Adult Orthod. Orthognath.Surg. – 1998. – Vol. 13. – P. 35–44.
7. Baccetti, T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face – mask therapy / T. Baccetti, J.S. Mc Gill, L. Franchi // Am. J. Orthod. Dentofac.Orthop. – 1998. – Vol. 113. – P. 333–343.
8. Da Silva Filho, O.G. Early treatment of the Class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protraction/O.G. Da Silva Filho, A.C. Magro, L. CapelozzaFilho// Am. J. Orthod. Dentofac.Orthop. – 1998. – Vol. 113. – P. 196–203.