

Таким образом, суммируя все плюсы и минусы каждого из использованного нами метода, мы считаем, что при ортопедическом лечении пациентов с повышенной стираемостью твердых тканей зубов самым эффективным, удобным и безопасным является механический метод ретракции десны с использованием силиконовых колпачков.

Литература

1. Макеева И. М. Методы изоляции рабочего поля в стоматологии. М.: МЕД-пресс-информ, 2007; 25-30.
2. Трезубов В. Н., Мишнев Л. М., Сапронова О. Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии. С.-П., 2007; 4: 525-526.
3. Lehmann K. M.: Abformung und Modellherstellung in Hupfauf L, Hrsg.: Praxis der Zahnheilkunde, Bd. 5. Urban & Schwarzenberg.

Повышенная стираемость твердых тканей зубов: варианты специальной подготовки к протезированию

И. Ю. Гринькова

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

Резюме

Повышенная стираемость твердых тканей зубов зачастую сопровождается значительными морфо-функциональными изменениями в челюстно-лицевой области, коррекцию которых иногда невозможно провести без специальной подготовки. Специальные мероприятия проводятся терапевтом, хирургом, ортопедом-стоматологом, а также ортодонтом по протетическим показаниям. Для правильного планирования специальной подготовки необходимо хорошо представлять все возможные варианты, уметь выбрать наиболее эффективные методы. В настоящей статье рассмотрены некоторые варианты специальной подготовки при различных формах повышенной стираемости твердых тканей зубов, приведен клинический пример использования специальной подготовки полости рта у пациентки с повышенной стираемостью твердых тканей зубов.

Ключевые слова: *повышенная стираемость твердых тканей зубов, специальная подготовка.*

Подготовка больного к протезированию — комплекс предварительных мероприятий, проводимых перед ортопедическим лечением, включающий в себя общую и специальную подготовку. Под общей подготовкой подразумевается комплекс оздоровительных мероприятий — профилактика обострений хронических соматических заболеваний и купирование тревожного состояния перед протезированием, санация полости рта. Специальные мероприятия проводятся терапевтом, хирургом, ортопедом-стоматологом, а также ортодонтом по протетическим показаниям [5]. Повышенная стираемость твердых тканей зубов зачастую сопровождается значительными морфо-функциональными изменениями в челюстно-лицевой области, коррекцию которых иногда невозможно провести без специальной подготовки, которая требует дополнительного времени, материальных вложений, душевных и физических сил врача и пациента. Для правильного планирования специальной подготовки необходимо хорошо представлять все возможные варианты, уметь выбрать наиболее эффективные

методы и что не менее важно — мотивировать пациента на предварительное лечение. В настоящей статье рассмотрены некоторые варианты специальной подготовки при различных формах повышенной стираемости твердых тканей зубов.

При генерализованной декомпенсированной и субкомпенсированной форме повышенной стираемости твердых тканей зубов происходит увеличение межокклюзионной высоты в состоянии физиологического покоя, уменьшение высоты нижней трети лица в окклюзии, нарушаются взаимоотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Для диагностики указанных состояний используют основные и дополнительные методы исследования.

При внешнем осмотре обращают внимание на пропорциональность лица, углубление носогубных и подбородочных складок, измеряют разницу между высотой физиологического покоя и окклюзии. Наиболее распространенным клиническим методом определения межальвеолярной высоты является анатомо-функциональный. Для этих целей на лицо наносят две точки: у основания перегородки носа и наибо-

И. Ю. Гринькова — к. м. н., доцент.

лее низкой точкой подбородка и дважды проводят измерения: в центральной окклюзии (h окк.) и физиологическом покое (h ф.п.). В норме разница между этими измерениями составляет 2-3 мм.

h окк — h ф.п. = 2-3 мм.

В качестве дополнительных методов исследований используется ортопантомограмма, сделанная в положении центральной окклюзии. При декомпенсированной и субкомпенсированной форме повышенной стираемости твердых тканей зубов меняется положение головки нижней челюсти: от основания заднего ската суставного бугорка она перемещается вверх и назад, что сопровождается перестройкой миотатического рефлекса: увеличивается амплитуда сокращения жевательной мускулатуры, нижняя челюсть смещается медиально или дистально [2].

Согласно данным литературы, при увеличении разницы высоты покоя и окклюзии до 8-10 мм реконструкция зубных рядов проводится одномоментно [3]. Если эти две величины отличаются более чем на 8 мм, то требуется проведение специальной ортопедической подготовки направленной на перестройку миотатического рефлекса. Суть такой подготовки состоит в постепенном привыкании жевательной мускулатуры к новым условиям функционирования: уменьшению амплитуды сокращения. С этой целью используются лечебные (зубные и зубодесневые) шины из пластмассы. Одномоментное разобщение зубных рядов по данным различных авторов должно составлять не более 2-5 мм каждые 1-1,5 месяца [2, 3]. За это время происходит полная адаптация к новой высоте. При необходимости дальнейшего повышения окклюзии проводят очередное наложение пластмассы на лечебно-диагностические аппараты и опять выжидают 3-4 недели.

Критерием восстановления высоты прикуса будут являться следующие признаки:

- разница между высотой нижнего отдела лица в физиологическом покое и центральной окклюзии должна составить 2-3 мм;
- совпадение средних линий верхней и нижней челюстей;
- исчезновение неприятных ощущений в области височно-нижнечелюстного сустава или жевательных мышц;
- правильное взаимоотношение элементов ВНЧС.

Для анализа последнего критерия, необходимо провести регистрацию высоты прикуса. Для этих целей могут быть использованы несколько методов: электромиография, ультразвукометрические приборы, фонетические пробы и т. д. [4, 6]. Информативным и доступным методом является рентгенологическое ис-

следование — ОПТГ в прикусе, при наличии в полости рта прикусных валиков на жестком базисе или аппарата, на котором происходило лечение. На рентгенограммах ВНЧС головки нижней челюсти должны располагаться симметрично у оснований задних скатов суставного бугорка (см. цв. вкладку рис. 1 и 2).

Компенсированные формы повышенной стираемости твердых тканей зубов характеризуются отсутствием изменений высоты нижней трети лица при генерализованных формах или сохранением контактов между зубами-антагонистами в области пораженных зубов при локализованных формах за счет вакатной (заместительной) гипертрофии альвеолярного отростка. Изменений соотношения элементов ВНЧС не происходит, но значительно нарушается эстетика: маленькие клинические коронки зубов располагаются на мощных альвеолярных отростках, что особенно заметно при улыбке. Возникает серьезная проблема: отсутствие достаточного места для ортопедических конструкций, позволяющих восстановить естественную анатомическую форму пораженных зубов. Задача, решаемая врачом на подготовительном этапе в этой ситуации: добиться обратной перестройки гипертрофированного альвеолярного отростка. В этой ситуации используется метод постепенной дезокклюзии. Суть метода состоит в перестройке гипертрофированного участка за счет создания на нем локального повышения давления. Клинические результаты лечения проявляются в виде появления разобщения между зубами-антагонистами в месте перегрузки, т.е. компенсированная форма переводится в декомпенсированную. Такое состояние можно назвать искусственно созданным открытым прикусом. Для постепенной дезокклюзии используются съемные и несъемные накусочные каппы. Их располагают, как правило, в передних отделах челюстей (см. цв. вкладку рис. 3).

Однако этот метод подготовки занимает много времени, не всегда эффективен и поэтому дополняется хирургическими вмешательствами (компактостетомией).

Стабильно хорошие результаты могут быть получены проведением специализированной ортодонтической подготовкой. В этом случае для перемещения отдельных зубов используется техника сегментарной дуги (интрузионная механика) или перемещение зубов происходит за счет опоры на ортодонтические мини имплантаты — ортопланты (см. цв. вкладку рис. 4) [1, 7].

В некоторых случаях создание места под конструкции и хорошие эстетические результаты могут быть получены не перестройкой высоты альвеолярного отростка, а укорочени-

ем края десны в апикальном направлении. Это достигается специализированной хирургической подготовкой — гингивэктомией, с непосредственным наложением временных конструкций, формирующих фестончатый край маргинальной десны (см. цв. вкладку рис. 6). Необходимой предпосылкой для такого вмешательства является наличие глубокой (4-5 мм) зубодесневой борозды. Иссекается 2-3 мм маргинальной десны и сохраняется глубина борозды до 2 мм без нарушения эпителиального прикреплени.

Создание благоприятных условий для протезирования при компенсированной генерализованной форме повышенной стираемости достигается последовательной дезокклюзией. Методика заключается в постепенном разобщении зубных рядов сначала в переднем отделе челюсти, а затем поочередно в боковых отделах с одной и другой стороны. При разобщении зубов зазор в боковых отделах не должен превышать 1 мм. Созданное перегрузкой альвеолярного отростка место сохраняется за счет временных конструкций. Можно сказать, что, проводя специальную подготовку методом последовательной дезокклюзии, переводят генерализованную компенсированную форму в декомпенсированную.

В итоге хотим отметить, что специальная подготовка пациента к протезированию при компенсированной генерализованной форме повышенной стираемости является очень сложным процессом, не всегда позволяющим добиться желаемого результата. Это связано с рядом факторов: наличием противопоказаний к последовательной дезокклюзии (наличие хронических очагов инфекции в периапикальных тканях, пародонтиты, заболевания ВНЧС), длительностью лечения, требуется особенно много душевных и физических сил врача и пациента. Кроме того, по данным литературы [2] использование этого традиционного метода лечения эффективно только в молодом возрасте. В силу указанных причин, чаще всего специализированная подготовка проводится только во фронтальном отделе челюстей. В боковых отделах место для будущих протезов чаще всего создается за счет завышения межжюккюзионной высоты, что приводит к дискомфорту, а иногда и дисфункциональному синдрому ВНЧС. Таким образом, вопрос об эффективной подготовке к протезированию пациентов с генерализованной компенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов остается открытым и требует дальнейшего изучения.

Приводим пример специальной подготовки при лечении локализованной субкомпенси-

рованной формы повышенной стираемости твердых тканей зубов 1-2 степени.

Пациентка X. 49 лет обратилась в стоматологическую клинику по поводу изменения формы и цвета зубов. Из-за имеющегося эстетического недостатка пациентка стала редко улыбаться и смеяться.

Объективно: лицо округлой формы, симметричное, носогубные складки глубокие. Свободное межжюккюзионное расстояние равно 8 мм. Тип улыбки — альвеолярный. Зубные ряды нижней челюсти имеют включенные дефекты. Альвеолярные отростки в переднем отделе верхней челюсти умеренно гипертрофированы. Передние зубы верхней и нижней челюсти стертые на 1/2 высоты коронки, находятся в контакте (см. цв. вкладку рис. 5).

Восстановление высоты нижней трети лица проводилось на временных конструкциях под контролем ОПТГ в положении центральной окклюзии. Однако при клиническом осмотре обнаружен дефицит места для эстетических реставраций в переднем отделе. Для устранения проблемы проведена специальная хирургическая подготовка — гингивэктомия в пределах четырех резцов верхней челюсти с последующим наложением временных конструкций из пластмассы Structur (см. цв. вкладку рис. 6).

После заживления мягких тканей выполнена постоянная реконструкция зубных рядов металлокерамическими конструкциями в боковом отделе и керамическими в переднем отделе верхней челюсти. Зубы нижней челюсти (анатомическая форма, цвет и положение зуба 4.2.) восстановлены прямыми композитными винирами из композитного материала «Gradia» (см. цв. вкладку рис. 7). Результаты протезирования оценены положительно. Пациентка поставлена на диспансерный учет.

Литература

1. Герасимов С. Н. Ортодонтическое лечение взрослых пациентов. С.-Петербург, 2004.
2. Каламкаргов Х. А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. М.: МИА, 2004.
3. Ортопедическая стоматология. Под редакцией В. Н. Колейкина. М.: «Медицина», 2001.
4. Смол Б. Диагностика и лечение повышенного стирания зубов. Панорама ортопедической стоматологии, №1, 2007 с 2-6.
5. Трезубов В. Н., Мишнев Л. М., Сапронова О. Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии. С.-Петербург, 2007.
6. Mahony D. Восстановление физиологического вертикального размера окклюзии у пациентов с глубоким прикусом. Новое в стоматологии №1, 2007; с.56-64.
7. Park, Nyoo-Sand. Ортодонтическое лечение с использованием микроимплантатов: клиническое применение микроимплантатной опоры. Новое в стоматологии №2, 2007. с.54-82.

Рисунки к статье И. Ю. Гриньковой
«Повышенная стираемость твердых тканей зубов: варианты специальной
подготовки к протезированию», стр. 112.



Рисунок 1.

ОПТГ в прикусе у пациента с генерализованной декомпенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов. Восстановленная высота удерживается восковыми валиками. Видно симметричное расположение головок нижней челюсти у оснований задних скатов суставного бугорка



Рисунок 2.

ОПТГ в прикусе у пациента с генерализованной декомпенсированной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов. Результат протезирования. Высота прикуса удерживается металлокерамическими и керамическими конструкциями. Правильное взаимоотношение элементов сустава: суставные головки нижней челюсти располагаются у оснований задних скатов суставного бугорка



Рисунок 3.

Разобшающая каппа для переднего отдела верхней челюсти у пациентки с компенсированной генерализованной формой повышенной стираемости твердых тканей зубов



Рисунок 4.

Ортоплянты в полости рта



Рисунок 5.

Вид зубных рядов до лечения. В переднем отделе верхней челюсти альвеолярный отросток гипертрофирован, клинические коронки передней группы зубов значительно стерты

Рисунок 6.

Вид зубных рядов после гингивэктомии и наложения временных конструкций



Рисунок 7.

Реконструированные композитными винирами зубы нижней челюсти у пациентки с повышенной стираемостью твердых тканей