

УДК 616.314-001.4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННОЙ ФОРМОЙ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ЗУБОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**Смердина Ю.Г., Смердина Л.Н., Тё Е.А.***Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, e-mail: 582998@mail.ru*

Сложность лечения пациентов с патологической стираемостью зубов обусловлена необходимостью комплексной терапии на основе междисциплинарного подхода. Клиническая картина локализованной стираемости зубов зависит от степени выраженности, формы стираемости и глубины поражения твердых тканей зубов. Формы поражения (горизонтальная, вертикальная, смешанная) зависят от вида прикуса. Представлен клинический случай комплексного лечения пациентки со смешанной формой локализованной патологической стираемости зубов, осложненной дефектами зубных рядов и вторичным дистальным сдвигом нижней челюсти. Методы лечения выбирались с учетом группы пораженных зубов, формы и степени их стираемости, наличия дефектов в зубных рядах и вторичных деформаций. На ортодонтическом этапе лечения изготовлен временный съемный пластиночный протез, который перекрыл стертые зубы, восстановил целостность зубных рядов и правильное положение нижней челюсти. После окончания активного этапа ортодонтического лечения и адаптационного периода утраченная высота и ширина твердых тканей зубов восстановлена литыми штифтовыми вкладками и металлокерамическими коронками. Нормализация анатомо-функционального оптимума зубочелюстной системы завершена изготовлением частичного съемного протеза с зубодесневыми кламперами. Игнорирование предварительной ортодонтической подготовки с использованием только протетических методов лечения не способствует восстановлению анатомо-функциональных параметров зубо-челюстной системы.

Ключевые слова: локализованная патологическая стираемость зубов, комплексное лечение, ортодонтическая подготовка, протезирование зубов

TREATMENT OF PATIENTS WITH MIXED FORM OF LOCALIZED PATHOLOGICAL ABRASION OF TEETH (CASE REPORT)**Smerdina Yu.G., Smerdina L.N., Tyo E.A.***Kemerovo State Medical University, Kemerovo, e-mail: 582998@mail.ru*

Treatment for pathological tooth abrasion is complicated by the necessity of a combined therapy based on the interdisciplinary approach. Clinical presentation of a localized tooth abrasion is constituted by degree of its manifestation and its form, as well as the depth of hard tissue affection. Abrasion mode (horizontal, vertical or mixed) depends on the bite type. Presented is a clinical case of the complex treatment for a mixed localized pathological tooth abrasion complicated by dentition defects and a distal shift of the lower jaw. The treatment methods were chosen based on the dental group, abrasion form and degree, dentition defects and secondary deformations. Orthodontically, a temporary removable laminar denture was manufactured to cover the worn-down teeth, restore dentition integrity and correct the low-jaw position. The active orthodontics and adaptation period completed, the lost height and width of hard tooth tissues were restored using cast pin insets and ceramic-metal crowns. Anatomical and functional optimum of the maxillo-dental system was attained by a removable partial denture with dentogingival clamps. Inadequate preliminary orthodontic preparation using only prosthetic modes hinders the anatomical and functional restoration of the teeth/jaw system.

Keywords: mixed localized pathological tooth abrasion, complex treatment, orthodontic preparation, dental prosthesis

Актуальность проблемы обусловлена сложностью лечения пациентов с патологической стираемостью вообще и особенно пациентов со смешанной формой локализованной патологической стираемости, так как этим пациентам требуется сложное комплексное лечение.

Цель исследования: на конкретном клиническом случае показать этапы комплексного лечения пациентки со смешанной формой локализованной патологической стираемости.

Материалы и методы исследования

Пациентке Т., 49 лет, со смешанной формой локализованной патологической стираемости проводилось ортодонтическое, хирургическое и терапевтическое лечение, предварительная подготовка полости рта к протезированию.

Протезирование включало изготовление культовых штифтовых вкладок, металлокерамических коронок, съемных пластиночных протезов.

Результаты исследования и их обсуждение

Лечение пациентов с любыми формами локализованной патологической стираемости проходит в несколько этапов в соответствии с клиническими проявлениями.

Клиническая картина локализованной стираемости меняется при различных видах стираемости и состоянии прикуса.

Если имеется прямой контакт передних зубов (прямой прикус), то возникает горизонтальная форма локализованной стираемости. И при отсутствии дефектов зубных рядов такая форма не приводит к изменению

ям внешнего вида и функции височно-нижнечелюстных суставов.

Параллельно с укорочением коронок зубов происходит увеличение альвеолярных отростков, что способствует сохранению окклюзионных контактов всех зубов при любых степенях поражения.

Глубокое перекрытие верхними зубами нижних (глубокий прикус) приводит к вертикальной форме стирания. Причем чаще стирается вестибулярная поверхность нижних резцов и клыков. У верхних резцов стирается небная поверхность. В совокупности происходит уменьшение толщины коронок, что приводит к их отлому. На подобную форму стирания указывает М.Г. Бушан [1].

Глубокий прикус изменяет движение нижней челюсти – шарнирные движения преобладают над вертикальными и трансверзальными.

Подробно о биомеханике височно-нижнечелюстных суставов, их заболеваниях, возникающих при нарушениях прикуса и необходимом лечении, изложено в монографиях В.А. Хватовой [2, 3].

В.А. Хватова отмечает, что функциональными нарушениями височно-нижнечелюстных суставов страдают от 40 % до 60 % населения и что окклюзионные факторы, то есть виды прикуса, играют важную роль в возникновении мышечно-суставной патологии, как нарушающие координированную активность мышц движения нижней челюсти и вовлекающие в патологический процесс все органы зубочелюстной системы и приводящие к формированию синдрома мышечно-суставной дисфункции [2].

В.А. Хватова рекомендует при изменениях в височно-нижнечелюстных суставах применять репозиционные шины (протрузионные, дистракционные), а разобщающие шины использовать в случаях сохранения привычного положения нижней челюсти, но с уменьшением межальвеолярного расстояния [3].

Межальвеолярное расстояние не изменяется при интактных зубных рядах и здоровом пародонте даже при вертикальной локализованной форме патологической стираемости.

Глубокий травмирующий прикус приводит к травмированию слизистой оболочки неба, вторичному дистальному сдвигу нижней челюсти и дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Но при глубоком прикусе реже возникает смешанная форма стирания зубов.

Сочетание вертикальной и горизонтальной форм стирания (смешанная форма) характерно для ортогнатического прикуса.

Пациентам, имеющим локализованную патологическую стираемость зубов, обязательно должна проводиться ортодонтическая подготовка с целью перестройки альвеолярных отростков и создания места для восста-

новления анатомической величины и формы стертых зубов. Только после этого возможно ортопедическое лечение. При необходимости проводится терапевтическое лечение [4].

И.С. Рубинов обосновал возникновение рефлексов жевательной мускулатуры на воздействие разобщающих капп при ортодонтической подготовке пациентов. Им отмечено взаимодействие миостатического рефлекса, возникающего при растяжении жевательной мускулатуры, с рефлексом пародонто-мускулярным [5].

При проведении ортопедического лечения с восстановлением стертых зубов необходимо восстанавливать анатомическую форму таким образом, чтобы она не нарушала целостность зубочелюстной системы и обеспечивала стабильную окклюзию.

Ортопедическое лечение проводится в зависимости от степени стирания зубов с применением прямых реставраций, культовых штифтовых вкладок, металлокерамических, литых и пластмассовых коронок.

Дефекты зубных рядов восполняются несъемными и съемными конструкциями.

Иллюстрацией вышеизложенного может служить клинический пример лечения пациентки Т., 49 лет [5].

Пациентка Т. жаловалась на неудовлетворяющий ее внешний вид: углубление носогубных и подбородочной складок, западение губ, уменьшение размеров передних зубов и изменение их цвета, сложности при пережевывании пищи и дискомфорт при общении с людьми. Постоянно находилась в психоэмоциональном напряжении.

Пациентка удаляла зубы в течение пятнадцати лет, но никогда не обращалась за ортопедической помощью, а несколько лет назад обратилась к стоматологу-терапевту по поводу стертых верхних передних зубов.

Стоматолог-терапевт реставрировал передние зубы фотокомпозитом. Пациентку реставрация не удовлетворила и, более того, у нее появились болевые ощущения в жевательных мышцах и в височно-нижнечелюстных суставах.

Кроме перечисленного пациентка заметила, что перестали быть видимыми нижние передние зубы и они полностью перекрываются верхними зубами.

При внешнем осмотре подтверждается то, на что и сама пациентка обратила внимание.

Осмотр полости рта показал отсутствие большого количества зубов: правого третьего моляра, правого второго моляра, правого второго премоляра, правого первого премоляра, левого первого премоляра, левого второго моляра, левого второго премоляра, левого третьего моляра на верхней челюсти и на нижней челюсти правого и левого первых моляров.



Рис. 1. Состояние зубных рядов и прикуса до лечения

Верхние резцы и клыки имеют горизонтальную и вертикальную патологическую стираемость II степени. Прикус глубокий (рис. 1).

Межальвеолярная высота уменьшена на 4 мм, так как разница между расстоянием нижней трети лица в состоянии относительного физиологического покоя и расстоянием нижней трети лица в окклюзии составляет 6 мм.

Диагноз.

Локализованная патологическая стираемость верхних резцов и клыков II степени, декомпенсированная. Частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях. Вторичный дистальный сдвиг нижней челюсти.

Проведенное лечение было длительным и включало четыре этапа.

1 этап. Санация полости рта – удален верхний первый моляр слева.

2 этап. Изготовление временного частичного съемного пластиночного протеза на верхнюю челюсть для установления нижней челюсти в центральную окклюзию с восстановлением межальвеолярной высоты.

Пациентка пользовалась протезом семь месяцев, из них активный период продлился три с половиной месяца.

Этот этап можно назвать ортодонтическим, а любое ортодонтическое лечение состоит из активного периода и ретенционного, или адаптационного.

В начале активного периода ортодонтического лечения (первую неделю) пациентка отмечала неприятные ощущения, боль в области жевательной мускулатуры, в области височно-нижнечелюстных суставов. Неприятные ощущения прошли через неделю. Остальное время активного периода

ортодонтического лечения проходило без осложнений и неудобств.

На рис. 2 состояние полости рта пациентки, которая устанавливает нижнюю челюсть в правильное положение без протеза.



Рис. 2. Состояние полости рта после активного этапа ортодонтического лечения

3 этап. Адаптационный период.

Адаптационный период продолжается не меньше активного периода ортодонтического лечения. В данном случае адаптационный период составил также три с половиной месяца.

Во время адаптационного периода депульпированы верхние клыки, боковые резцы, центральные резцы справа и слева.

4 этап. Протезирование.

Как уже отмечалось, верхние резцы и клыки имеют горизонтальную и вертикальную патологическую стираемость II степени. Смешанная форма стираемости боковых и центральных резцов требует восстановления за счет моделировки культовых литых штифтовых вкладок. Поэтому

боковые и центральные резцы обработаны под металлокерамические коронки, старые реставрации удалены, каналы распломбированы на 1/2 длины корня, в полости рта проведена моделировка из воска культевых литых штифтовых вкладок, надкорневая часть которых восстанавливала высоту и ширину твердых тканей коронок зубов, утраченную в результате патологической стираемости.

После окончания моделировки восковые композиции культевых литых штифтовых вкладок извлечены из полости рта. Воск заменен на металл, культевые литые штифтовые вкладки обработаны, припасованы и зафиксированы в полости рта (рис. 3).

Следующий этап ортопедического лечения заключался в изготовлении металлокерамических коронок на верхние клыки, боковые резцы, центральные резцы справа и слева.

Клыки обработаны, а резцы дообработаны под металлокерамические коронки, сняты оттиски, определена центральная окклюзия, изготовлен и припасован металлический каркас, определен цвет коронок, проведена облицовка каркаса керамикой,

припасовка коронок в полости рта, глазурирование и фиксация металлокерамических коронок на верхние клыки, боковые резцы, центральные резцы справа и слева.

После того, как были изготовлены несъемные конструкции (культевые литые штифтовые вкладки, металлокерамические коронки), дефекты зубных рядов восстановлены частичным съемным пластинчатым протезом с зубодесневыми кламперами на верхнюю челюсть из термопласта (рис. 4).

В последнее время в клинике ортопедической стоматологии широкое применение получили термолабильные полимеры под общим названием «Термопласты». Физико-механические свойства термопластов, эстетичность (отсутствие в полости рта металлических включений) позволяют использовать их при дефектах зубных рядов.

На рис. 5 показано состояние полости рта пациентки со смешанной формой локализованной патологической стираемости зубов, дефектами зубных рядов и вторичным дистальным сдвигом нижней челюсти до и после комплексного лечения.



Рис. 3. Этапы восстановления утраченной высоты и ширины твердых тканей зубов литыми штифтовыми вкладками



Рис. 4. Состояние зубных рядов и прикуса после изготовления металлокерамических коронок и частичного съемного протеза с зубодесневыми кламперами



Рис. 5. Состояние полости рта до и после комплексного лечения смешанной формы локализованной патологической стираемости, осложненной дефектами зубных рядов и вторичным дистальным сдвигом нижней челюсти

Выводы

Лечение смешанной формы локализованной патологической стираемости возможно только после проведения ортодонтической подготовки.

Игнорирование предварительной ортодонтической подготовки с использованием только протетических методов лечения, не способствует восстановлению анатомо-функционального оптимума.

Методы лечения выбираются в зависимости от группы пораженных зубов, формы и степени их стираемости, наличия дефектов в зубных рядах и вторичных деформаций.

Список литературы

1. Бушан М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения. Кишинев: Штиинца, 1979. 183 с.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. 296 с.
3. Хватова В.А., Чикунов С.О. Оклюзионные шины (современное состояние проблемы). М.: МИГ «Медицинская книга», 2012. 56 с.
4. Терапевтическая стоматология: учебник для студентов, обучающихся по специальности «Стоматология» / под ред. проф. Е.В. Боровского. М.: Медицинское информационное агентство, 2011. 800 с.
5. Смердина Ю.Г., Смердина Л.Н., Тё Е.А. Патологическая стираемость твердых тканей зубов: пособие для врачей. Кемерово, 2016. 108 с.