

УДК 616.314.26–007–089.23–77

*Р. С. Назарян, Ю. Ю. Ярославская, А. С. Огурицов, А. К. Комаров**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии*

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА

Планирование ортодонтического лечения врачом-ортодонтом должно проводиться комплексно, с максимальным прогнозированием результатов лечения и применением мультидисциплинарного подхода. Хирургическое лечение должно планироваться совместно ортодонтом и хирургом с четким осознанием того, что основная задача оперативного вмешательства заключается в облегчении проведения ортодонтического лечения.

Целью нашей работы было планирование основных видов хирургических вмешательств при различных зубочелюстных аномалиях у пациентов разного возраста. В зависимости от вида патологии и хирургического вмешательства, которое необходимо проводить перед ортодонтическим лечением, было выделено четыре группы пациентов: с короткой уздечкой верхней и нижней губы и мелким преддверием полости рта; со сверхкомплектными зубами и одонтомами; с ретинированными постоянными зубами; пациенты, требующие установки микроимплантов для проведения ортодонтического лечения.

Проведенные исследования пациентов с различными зубочелюстными аномалиями показали, что наиболее эффективным методом лечения является мультидисциплинарный подход со слаженной одновременной работой хирурга-стоматолога и ортодонта. Это позволяет значительно ускорить проводимое лечение и добиться поставленных результатов в более короткие сроки. Продолжение исследований в данном направлении является перспективным.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, хирургия в ортодонтии, френулопластика, ретинированные зубы, микроимпланты.

Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий и деформаций зубочелюстной системы является одной из важных проблем современной стоматологии. Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) четко представлены среди стоматологических заболеваний и имеют выраженную тенденцию к увеличению частоты распространённости. По данным различных авторов, они составляют от 60 до 80% и приобретают все более тяжелые формы [1].

Планирование ортодонтического лечения врачом-ортодонтом должно проводиться комплексно, с максимальным прогнозированием результатов лечения и применением мультидисциплинарного подхода [2]. Лечение зубочелюстных аномалий должно быть индивидуальным и зависеть от возраста пациентов, этиологии и клинической формы аномалии и сопутствующей патологии [3]. Основное внимание при этом должно уделяться профилактическим мероприятиям, направленным на устранение или уменьшение необходимости хирургических вмешательств при различных ЗЧА. Однако в некоторых ситуациях операции избежать невозможно [4]. В таких случаях хирургическое лечение должно планироваться совместно ортодонтом и хирургом

с четким осознанием того, что основная задача оперативного вмешательства заключается в облегчении проведения ортодонтического лечения.

Целью нашей работы было планирование основных видов хирургических вмешательств при различных зубочелюстных аномалиях у пациентов разного возраста.

Материалы и методы

На кафедре стоматологии детского возраста, детской челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ХНМУ специалистами кафедры проводится лечение всех групп зубочелюстных аномалий у пациентов различных возрастов. В зависимости от вида патологии и хирургического вмешательства, которое необходимо проводить перед ортодонтическим лечением, было выделено четыре группы пациентов:

1. С короткой уздечкой верхней и нижней губы и мелким преддверием полости рта (80 человек).
2. Со сверхкомплектными зубами и одонтомами (38 человек).
3. С ретинированными постоянными зубами (18 человек).
4. Пациенты, требующие установки микроимплантов для проведения ортодонтического лечения (11 человек).

Результаты и их обсуждение

Ортодонтическое лечение чаще всего начинается в период раннего сменного прикуса. В этой возрастной группе наиболее часто встречающейся патологией, сопутствующей различным ЗЧА и требующей хирургической коррекции, является короткая уздечка верхней и нижней губы. Спор, в какие сроки проводить операцию френулопластики, среди хирургов-стоматологов разных стоматологических «школ» длится уже не одно десятилетие [5]. Мы придерживаемся мнения, что оптимальный возраст для пластики уздечки верхней губы от 7–8 лет и старше, в период, когда начинается смена зубов фронтального отдела верхней челюсти. Оптимальным является период, когда постоянные центральные резцы уже прорезались хотя бы частично. Это наиболее удачное время для точной оценки степени хирургического вмешательства и выбора методики операции. Кроме того, данный возраст является оптимальным для начала ортодонтического лечения пациентов. Нами используются различные методики френулопластики, выбор которых зависит от степени выраженности патологии. Наиболее часто применяется метод V-образной пластики по Диффенбаху, позволяющий добиться максимальных эстетических результатов при минимальном хирургическом вмешательстве и начать работу ортодонта с пациентом сразу после заживления раны и снятия швов (рис. 1).

Второй группой, требующей хирургического вмешательства перед ортодонтическим лечением, яв-

ляются пациенты со сверхкомплектными зубами и одонтомами. По данным различных авторов, всего 25% сверхкомплектных зубов прорезываются в полость рта, остальные остаются ретинированными и часто препятствуют прорезыванию постоянных зубов. Более 80% сверхкомплектных зубов встречаются на верхней челюсти и 90% из них находятся в ее переднем отделе [6]. Чаще всего сверхкомплектные зубы обнаруживаются в небной части альвеолярного отростка переднего отдела верхней челюсти и могут препятствовать прорезыванию верхних резцов. Пациенты данной группы обращаются к ортодону в возрасте 8–9 лет, когда родители замечают, что не происходит прорезывания одного или нескольких постоянных зубов в положенные сроки. В таких случаях необходимо провести операцию по удалению сверхкомплектного зуба до начала ортодонтического лечения (рис. 2).

К третьей группе относятся пациенты с ретинированными клыками верхней и нижней челюсти, требующих одномоментного хирургического и ортодонтического лечения. В практику внедряются и усовершенствуются различные методики комбинированного одномоментного лечения. В отличие от предыдущих групп пациентов при данной патологии лечение начинают ортодонты, задачей которых является создание необходимого пространства для постановки ретинированного зуба в зубной ряд. И только после этого хирург открывает зуб для фиксации на него ортодонтического элемента.



Рис. 1. Пациентка Е., 6 лет.

А — до операции; Б — вторые сутки после операции; В — через 5 мес после ортодонтического лечения

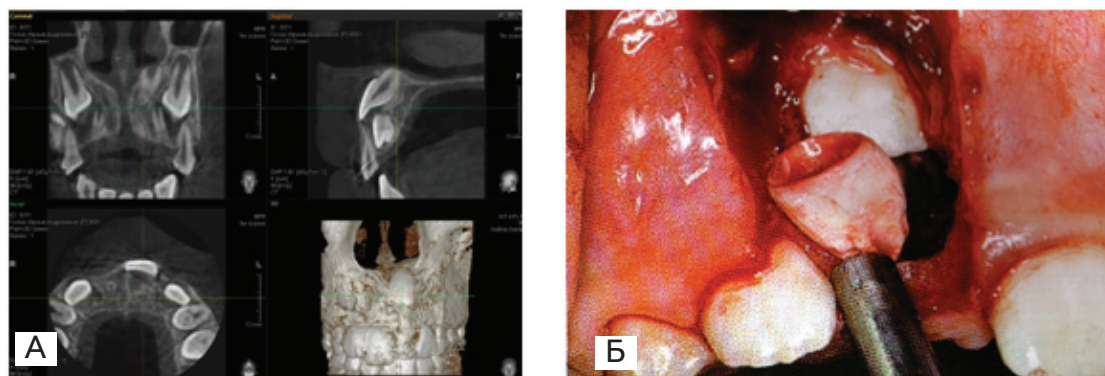


Рис. 2. Пациентка И., 9 лет. Сверхкомплектный зуб и ретинированный постоянный резец.
 А — компьютерная томография (отмечается небное расположение сверхкомплектного зуба);
 Б — удаление сверхкомплектного зуба, открытие коронки ретинированного резца
 (ортодонтическая кнопка фиксирована к коронке резца сразу после операции)

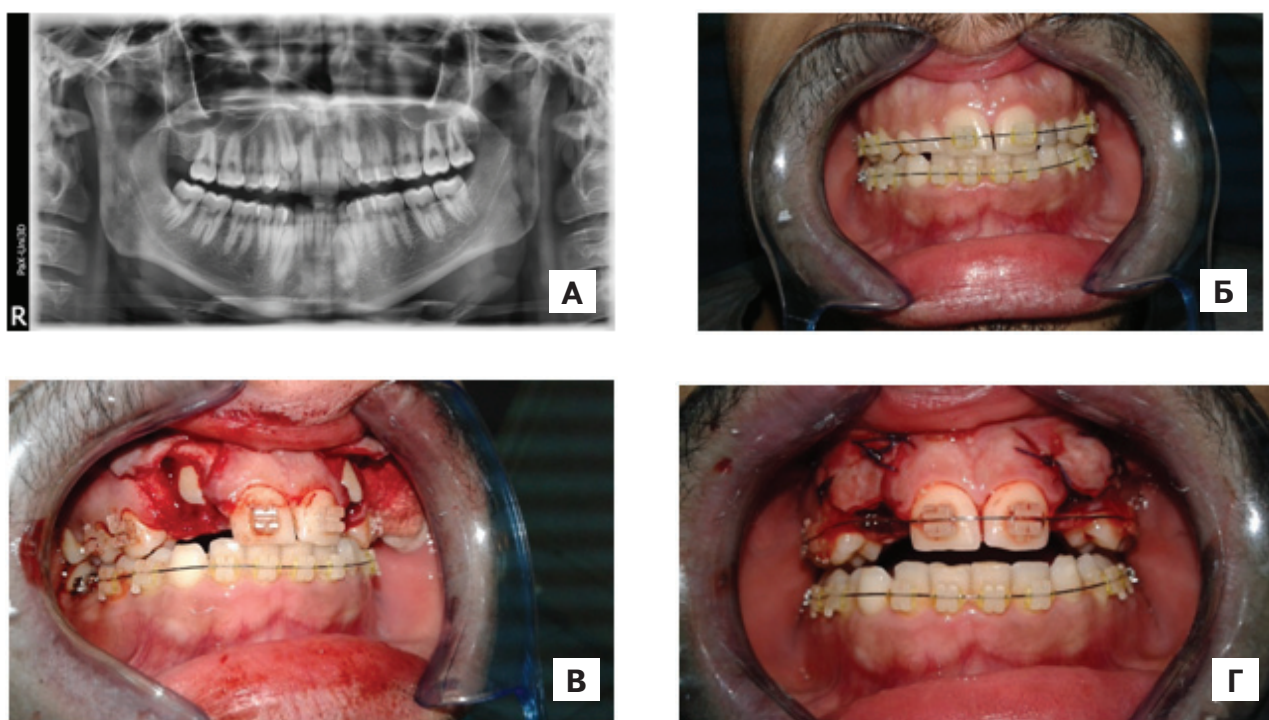


Рис. 3. Пациент Ф., 20 лет. Ретинированные клыки верхней и нижней челюсти. Первичная адентия латеральных постоянных резцов верхней челюсти. А — ортопантомограмма; Б — внешний вид пациента после фиксации брекет-системы; В — хирургический этап лечения (выкроены и отслоены слизисто-надкостничные лоскуты, удалены молочные латеральные резцы и клыки; обнажены коронки ретинированных клыков); Г — после фиксации ортодонтических кнопок на коронки клыков, слизисто-надкостничные лоскуты уложены на место, раны ушиты викрилом

В своей работе мы используем традиционные методики, предложенные Жан-Мари Корбандо и Антонио Патти [4] (рис. 3).

Нами разработан и внедряется в практику метод одномоментного комплексного хирургического и ортодонтического лечения вестибулярно расположенных ретинированных клыков [7]. Особенностью метода является максимальное открытие коронки зуба для удобства крепления ортодонтического элемента, однако с сохранением прикрепления слизистой в области шейки зуба для получения в дальнейшем хорошего эстетического результата десневого контура после перемещения клыка в зубную дугу. Предложенный хирургический метод позволяет фиксировать ортодонтические элементы непосредственно сразу после хирургического этапа лечения, не дожидаясь заживления раны (рис. 4).

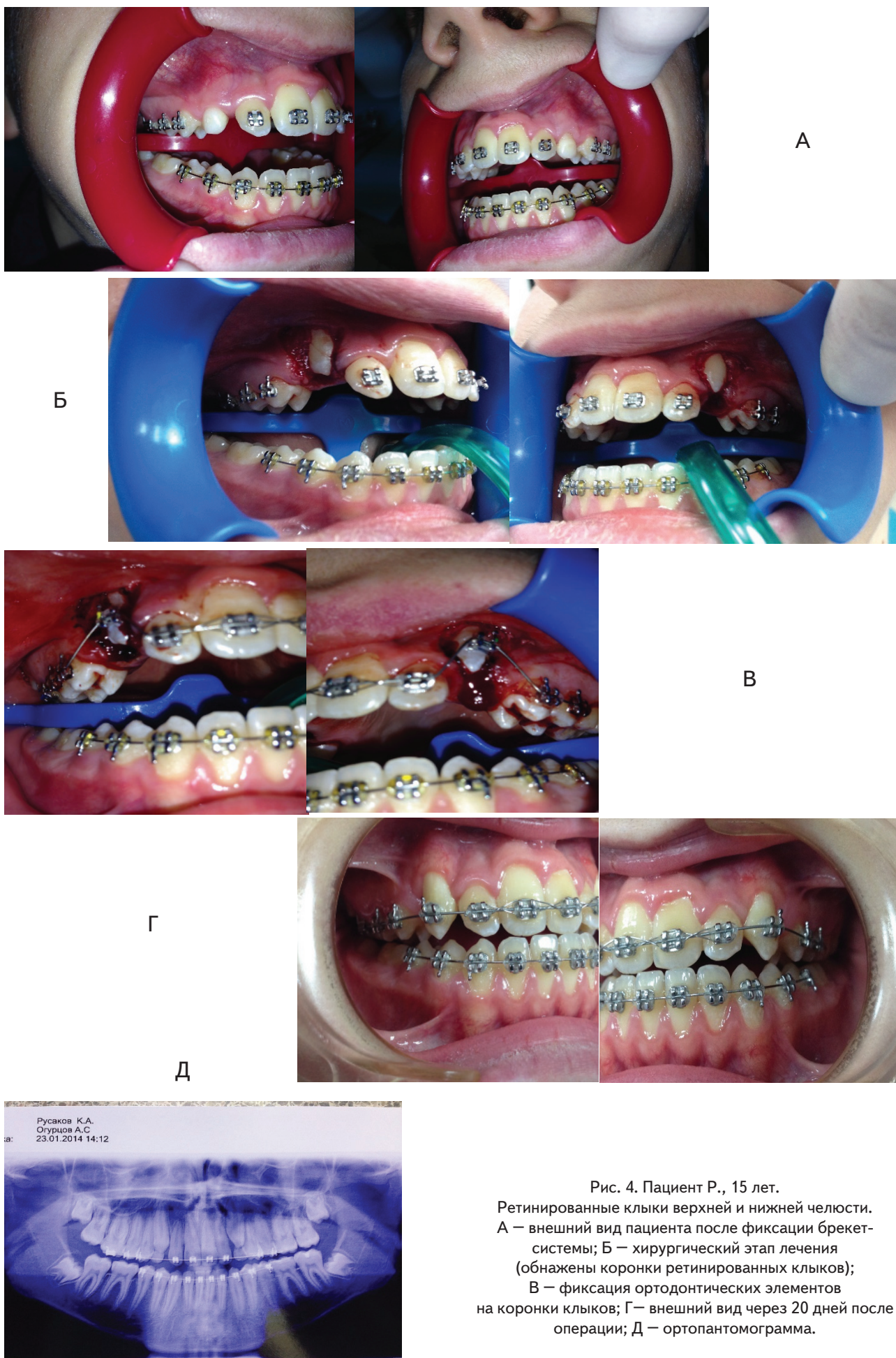
К четвертой группе относятся пациенты с различными ЗЧА, которым при проведении ортодонтического лечения необходима установка микроимплантов.

Микроимплантация — это новая технология в ортодонтии, которая позволяет ускорить процесс лечения и достигнуть более точных результатов как с эстетической точки зрения, так и с позиции создания хороших контактов между зубами. Использование микроимплантов сокращает сроки ортодонтического лечения на 25–50%. Применение микроимплантов позволяет

в ряде случаев вообще обойтись без использования брекет-системы или свести число брекетов к минимуму. Микроимпланты зачастую позволяют проводить ортодонтическое лечение без удаления зубов в таких случаях, как большая скученность зубов, перекрестный, глубокий, открытый прикус и других, которые с традиционной точки зрения требуют необходимого хирургического вмешательства. Использование микроимплантов дает более предсказуемый результат и надежность ортодонтического лечения, так как ход лечения больше контролируется врачом и в меньшей степени зависит от пациента [8]. В нашей практике мы используем микроимпланты как одномоментно с лечением брекет-системами, для ускорения сроков лечения (рис. 5), так и самостоятельно для исправления положения отдельных зубов перед подготовкой пациентов к протезированию (рис. 6).

Выводы

Проведенные исследования пациентов с различными зубочелюстными аномалиями показали, что наиболее эффективным методом лечения является мультидисциплинарный подход со слаженной одновременной работой хирурга-стоматолога и ортодонта. Это позволяет значительно ускорить проводимое лечение и добиться поставленных результатов в более короткие сроки. Продолжение исследований в данном направлении является перспективным.



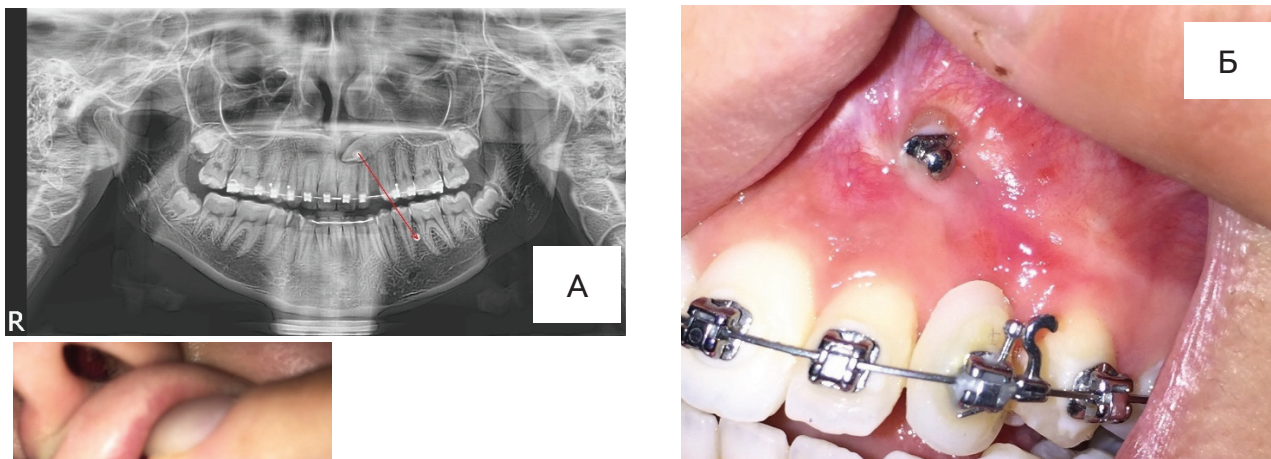


Рис. 5. Пациентка Л., 18 лет. Ретенция, дистопия левого верхнего клыка.

А — ортопантомограмма (стрелкой указано направление эластичной ортодонтической тяги от кнопки, фиксированной к коронке клыка, до микроимпланта, фиксированного на нижней челюсти);

Б — внешний вид через 3 нед после операции;

В — через 4 мес после начала лечения; коронка частично прорезалась, замена ортодонтической кнопки на брекет, эластичная тяга к микроимпланту усилена дугой (фото в зеркальной проекции)

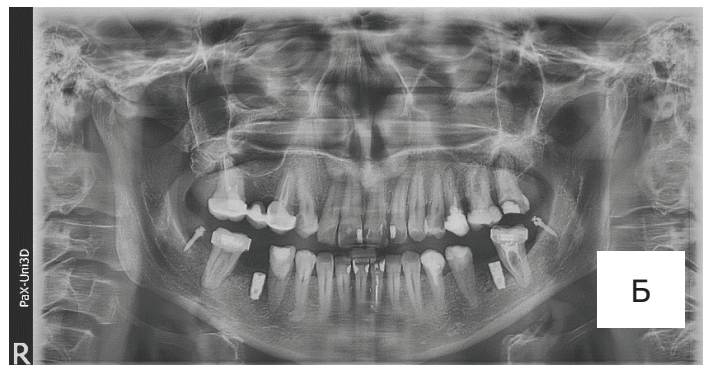
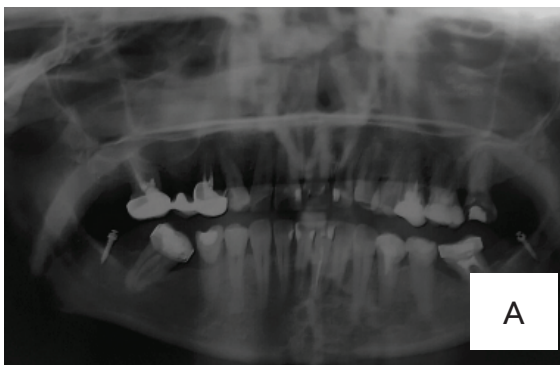
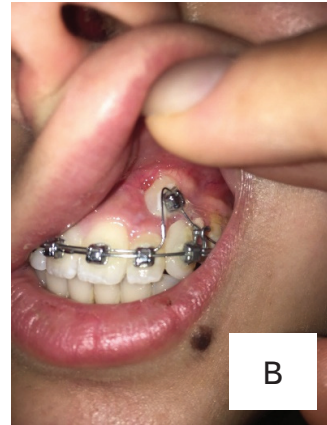


Рис. 6. Пациентка С., 34 года. Частичная вторичная адентия нижней челюсти,

дивергенция вторых нижних моляров. Обратилась в целях ортодонтического лечения перед протезированием.

А — в ретромолярные области установлены микроимпланты, на коронки вторых моляров фиксированы ортодонтические кольца; Б — через 5 мес после начала лечения.

Вторые моляры установлены в правильное положение. Врачом-ортопедом поставлены дентальные импланты

Литература

1. Персии Л. С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. — Изд. 2-е, перераб. — Москва : ООО Ортодент-Инфо, 2006. — 397 с.
2. Дрогомирецька М. С. Мультидисциплінарний підхід у необхідності ортодонтичної підготовки пацієнтів із аномаліями зубощелепної системи / М. С. Дрогомирецька, О. О. Єреська, Р. Павличко // Новітні технології в ортодонтії : зб. наук. праць першого українського ортодонтичного конгресу. — Київ, 2013. — С. 72–75.
3. Дрогомирецька М. С. Аспекти співпраці лікаря-ортодонта зі спеціалістами суміжних спеціальностей для досягнення довготривалого естетичного та функціонального результату лікування / М. С. Дрогомирецька, Т. С. Неспрядько // Новітні технології в ортодонтії : зб. наук. праць першого українського ортодонтичного конгресу. — Київ, 2013. — С. 56–58.
4. Корбандо Ж.М. Хирургическое и ортодонтическое лечение ретинированных зубов / Ж.М. Корбандо, А. Патти. — Москва : Азбука стоматолога, 2009. — 136 с.
5. Харьков Л. В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста / Л. В. Харьков, Л. М. Яковенко, И. Л. Чехова. — Киев : ООО «Книга плюс», 2005. — 479 с.
6. Rajab L. D. Supernumerary teeth: Review of the literature and a survey of 152 cases / L. D. Rajab, M. A. Hamdan // Int. J. Pediatric Dentistry. — 2002. — №12. — P. 244–254.
7. Назарян Р. С. Спосіб лікування вестибулярної поверхневої ретенції іклів / Р. С. Назарян, Ю. Ю. Ярославська, О. С. Огурцов // Патент на винахід № 109228. Бюл. промислова власність № 14. — 2015.
8. Микроимпланты в ортодонтии / Jae-Hyun Sung, Hee-Moon Kyung, Seong-Min Bae и др. — Санкт-Петербург : ООО «Норта», 2006. — 173 с.

Р. С. Назарян, Ю. Ю. Ярославська, О. С. Огурцов, О. К. Комаров

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З АНОМАЛІЯМИ ПРИКУСУ

Планування ортодонтичного лікування лікарем-ортодонтом має проводитися комплексно, з максимальним прогнозуванням результатів лікування і застосуванням мультидисциплінарного підходу. Хірургічне лікування повинне плануватися разом ортодонтом і хірургом з чітким усвідомленням того, що основне завдання оперативного втручання полягає в полегшенні проведення ортодонтичного лікування.

Метою нашої роботи було планування основних видів хірургічних втручань при різних зубощелепних аномаліях у пацієнтів різного віку. Залежно від виду патології та хірургічного втручання, яке необхідно проводити перед ортодонтичним лікуванням, було виділено чотири групи пацієнтів: з короткою вуздечкою верхньої і нижньої губи і дрібним присінком порожнини рота; з надкомплектними зубами і одонтомами; з ретинованими постійними зубами; пацієнти, які потребують установки мікроімплантів для проведення ортодонтичного лікування.

Проведені дослідження пацієнтів із різними зубощелепними аномаліями показали, що найбільш ефективним методом лікування є мультидисциплінарний підхід зі злагодженою одночасною роботою хірурга-стоматолога та ортодонта. Це дозволяє значно прискорити проведення лікування і досягти поставлених результатів у більш короткі терміни. Продовження досліджень в даному напрямку є перспективним.

Ключові слова: зубощелепні аномалії, хірургія в ортодонтії, френулопластика, ретиновані зуби, мікроімпланти.

R. Nazaryan, Yu. Yaroslavskaya, A. Ohurtsov, A. Komarov

MULTIDISCIPLINARY APPROACH IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MALOCCLUSION

Planning of orthodontic treatment the orthodontist should be comprehensive, with a maximum prediction of treatment outcomes and use of a multidisciplinary approach. Surgical treatment should be planned jointly by the orthodontist and the surgeon, with a clear understanding that the primary goal of surgery is to facilitate orthodontic treatment.

The aim of our study was to plan the main types of surgical procedures at different dento-alveolar anomalies in patients of different age. Four groups of patients were distinguished according to the type of pathology and surgery, which should be carried out before the orthodontic treatment: patients with a short frenulum upper and lower lips and small mouth vestibule; patients with supplemental teeth and odontomas; patients with impacted permanent teeth; patients requiring installation microimplants for orthodontic treatment.

Studies of patients with a variety of dento-alveolar anomalies showed that the most effective treatment is a multidisciplinary approach with coordinated simultaneous operation of the surgeon-dentist and orthodontist. This can significantly speed up the current treatment and achieve our results in a shorter time. Continued research in this area is promising.

Keywords: dento-alveolar anomalies, surgery in orthodontics, frenuloplastic, impacted teeth, microimplants.