

## ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ ИЛИ ЧАСТИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВЕРХНЕЙ МИКРО- И (ИЛИ) РЕТРОГНАТИЕЙ

*Иванов С.Ю., Кантаева М.В., Гюева Ю.А.*

*Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии, кафедра ортодонтии и детского протезирования, г. Москва*

Планирование реабилитационных мероприятий у взрослых пациентов с полной или частичной вторичной адентией.

Проблема стоматологической и социальной реабилитации больных с полной или частичной адентией до сих пор остается актуальной проблемой современной стоматологии. Несмотря на достижения имплантологии, полная реабилитация таких пациентов (имплантация и протезирование) с восстановлением функции и эстетики основывается в большой степени на интуиции врача, данные клинического и ортопантомографического исследования. Большие проблемы возникают при решении вопроса о выборе метода лечения таких больных, а именно: нуждаются ли они в протезировании с применением имплантатов, либо необходима костнопластическая операция. Даже если решен вопрос о необходимости оперативного вмешательства, следует вопрос об его объеме: операция «винирная» пластика или остеотомия верхней или нижней челюстей. У больных с полной или частичной вторичной адентией, осложненной отсутствием окклюзионных контактов наблюдается снижение межальвеолярной высоты, сопровождающееся западением верхней губы, выраженностью носогубных складок и опущением углов рта. Создается «старческое» выражение лица. Так как клиническая картина при такой патологии в основном соответствует клинической картине при мезиальной окклюзии, при обследовании наших больных мы использовали методики, применяемые в ортодонтии.

**Цель исследования:** определить диагностическую ценность квадрилатерального анализа по Di Paolo и «Wits»-числа при планировании комплексного лечения больных с полной или частичной адентией, осложненной верхней микро- и (или) ретрогнатией.

**Материал и методы исследования:** обследовано 10 взрослых пациентов с полной и частичной вторичной адентией, осложненной верхней микро- и (или) ретрогнатией. Проведено клиническое обследование и анализ телерентгенограмм головы, выполненных в боковой проекции в состоянии физиологического покоя и с восковыми шаблонами с окклюзионными валиками в центральном соотношении челюстей. Применены методы Di Paolo и «Wits»-анализ. Анализ боковых ТРГ головы проводили по методу Di Paolo. Данное исследование позволяет определить не только нарушения гармонии нижней части лицевого отдела черепа, но и определить степень этого нарушения и его локализацию, а, следовательно, и пути восстановления этой гармонии. Основу квадрилатерального анализа составляют 4 параметра:

1. Длина апикального базиса верхней челюсти;
2. Длина апикального базиса нижней челюсти;
3. Передняя высота нижней части лица;
4. Задняя высота нижней части лица.

В норме длина апикального базиса верхней челюсти равна таковой нижней челюсти и составляет полусумму передней и задней высот гнатической части лицевого отдела черепа.

"Wits"-анализ по Jacobson (1975), позволяет определить степень нарушения взаиморасположения передних точек апикальных базисов челюстей. В норме это число по данным автора составляет  $\pm 1$  мм.

**Терапевтическая задача** при лечении пациентов с полной или частичной адентией, осложненной верхней микро- и (или) ретрогнатией состоит в восстановлении функции жевания – изготовление условно-съёмного балочного протеза с опорой на имплантаты и улучшение эстетики.

Основываясь на данных комплексного обследования, в том числе данных квадрилатерального анализа боковых ТРГ головы, выполненных с привычным положением нижней челюсти в состоянии физиологического покоя определяется степень дисгармонии гнатической части лицевого отдела черепа: увеличение или удлинение базисов челюстей относительно полусуммы его высот. Учитывая то, что протезирование невозможно без увеличения высоты гнатической части, следует повторить исследование с восковыми шаблонами с окклюзионными валиками. В тех случаях, когда апикальные базисы равны между собой, этих данных бывает достаточно для определения объема оперативного вмешательства: на сколько необходимо увеличить длину апикальных базисов – разница между полусуммой высот и их длиной.

В тех случаях, когда апикальные базисы не равны между собой, этих данных недостаточно, так как оперативное вмешательство включает изменение (увеличение и (или) уменьшение) длины одного из апикальных базисов – разница между полусуммой высот, их длиной, а также разница в величине базисов.

В таких случаях необходимо провести следующие построения. На боковой ТРГ головы, выполненной с восковыми шаблонами с окклюзионными валиками по методу Di Paolo определяется положение окклюзионной плоскости и «Wits»-анализ: определение степени нарушения взаиморасположения передних точек апикальных базисов челюстей. Исходя из величины «Wits»-числа, опираясь на данные Гюевой Ю.А. (1991), определенные у пациентов с мезиальной окклюзией, можно выбрать основной метод решения поставленной задачи: если «Wits»-число меньше или равно -5, то достаточно изготовления полного съёмного пластиночного протеза; при «Wits»-числе от -5 до -11 – изготовление условно-съёмного балочного протеза с опорой на имплантаты; при значении «Wits»-числа от -11 и более – предварительная реконструкция альвеолярного отростка – операция

«винирная пластика» с последующей имплантацией и протезированием или (в очень тяжелых случаях) – реконструктивные операции на челюстях.