

ОПЫТ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АНОМАЛИЯХ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ У ВЗРОСЛЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА

Л.П. Набатчикова, О.В. Кондракова

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

С целью уточнения целесообразности ортодонтического лечения у взрослых пациентов с заболеванием пародонта со значительной атрофией и резорбцией кости было принято 15 человек. Среди них было 11 женщин и 4 мужчины от 40 до 80 лет. Лечение таких пациентов возможно проводить на эджуайс-технике с применением слабых сил. После ортодонтического лечения показано шинирование зубов, зубочелюстное протезирование. Обязателен диспансерный учёт у врача-стоматолога.

Некоторые авторы [Лебеденко З.Ф., 1956; Schubak Ph. et al., 1976] считают, что ортодонтическое лечение показано в любом возрасте, при различных формах заболеваний пародонта. Другие, [Гаврилов Е.И., Щербаков А.С., 1984] высказывают сомнения в целесообразности его проведения и полагают, что пораженный пародонт не следует подвергать дополнительной нагрузке, обусловленной действием аппаратов. Допускается перемещение зубов в начальных стадиях пародонтоза, но вряд ли оно целесообразно при пародонтите, поскольку при данной патологии отсутствуют явления репарации костной ткани. Поэтому зубы, перемещенные в новое положение, не закрепляются вследствие замедления образования новой кости.

В большинстве работ, посвященных этой проблеме, ортодонтическое лечение при воспалительных заболеваниях пародонта допускается, различаются лишь суждения о способах его проведения. На основании данных предшествующих исследований [Величко Л.С., 1979; Artun J., Urbye K.S., 1988], ортодонтическое устранение нарушения окклюзии возможно лишь при отсутствии в пародонте воспалительных явлений, подвижности зубов в пределах 1 степени, резорбции костной ткани альвеол не более 1/2.

Ортодонтическое лечение у взрослых с патологией пародонта целесообразно начинать в ранних стадиях процесса и в случаях, когда есть уверенность в том, что после ортодонтического лечения перемещаемые зубы будут воспринимать окклюзионную нагрузку в более благоприятных условиях, чем до него. Недопустимо форсированное ортодонтическое лечение, так как процессы построения костной ткани у таких пациентов несколько отстают от процессов резорбции [Гаврилов Е.И., Щербаков А.С., 1984; Иванов В.С., 1989]. Одной из ошибок является слишком позднее ортодонтическое лечение, при наступлении тяжелых патологических изменений в тканях пародонта. Ортодонтическое лечение показано при легкой и средней тяжести пародонтита и пародонтоза в стадии ремиссии. В противном случае, оно может привести к тяжелым необратимым деструктивным изменениям в тканях пародонта [Vollmer W.H. et al., 1975].

Однако часто пациенты мечтают о красивой улыбке после устранения зубочелюстных аномалий, пытаются максимально сохранять свои зубы.

Была поставлена цель уточнить целесообразность ортодонтического лечения, сохранения зубов у взрослых пациентов при заболеваниях пародонта при значительной атрофии и резорбции кости.

Материалы и методы

Было принято 15 пациентов с аномалией зубов и пародонтитом тяжёлой степени. Среди них были 11 женщин и 4 мужчин от 40 до 80 лет.

Лечение проводилось совместно со стоматологами-терапевтами.

У всех было проведено ортодонтическое лечение эджуайс-техникой. Средний срок лечения составил 2 года. После чего использовались несъёмные конструкции ретенционных аппаратов.

Ортодонтическое лечение таких пациентов является частью комплексного лечения. Были предприняты попытки ортодонтического лечения пациентов в период снижения функциональной активности зубочелюстной системы, так как по данным стоматологов-терапевтов, прогноз заболеваний пародонта тесно связан с возрастом пациента (Данилевский Н.Ф., Магид Е.А. и соав., Иванов В.С.). Патологический процесс в пародонте у молодых прогрессирует быстрее, чем у пожилых. Обширные бифуркационные поражения, глубокая смешанная деструкция костной ткани, глубина пародонтальных карманов 6-8 мм, подвижность 2-3 степени при пограничных состояниях у пациентов с сопутствующими заболеваниями приобретают большое значение (принимая решение об удалении зубов)

Результаты и их обсуждение

В начале ортодонтического лечения стремились к сохранению всех зубов на период ортодонтического лечения с целью равномерного распределения жевательного давления, снижения хронической перегрузки пародонта, сохранения места для дальнейшего шинирования и замещения отсутствующих зубов путём протезирования. Лечение проводилось совместно с пародонтологом. Ортодонтическое лечение осложнялось вторичной адентией у всех пациентов. У таких пациентов высота альвеолярного отростка и его плотность определяют устойчивость зуба. Убыль более 50 % костной ткани, ее неравномерная деструкция являются неблагоприятным фактором для сохранения зубов и для ортодонтического лечения. Его прогноз при расположении очага деструкции в межкорневой области моляров верхней и нижней челюстях хуже по сравнению с поражением других участков пародонта.

Стремились сохранить даже зубы с поражением 2-3 степени. После комплексного лечения, завершающегося шинированием, такие зубы могут быть использованы для образования достаточно устойчивых блоков, способных воспринять приходящее на них жевательное давление, или они могут служить опорой для съёмного зубного протеза. С увеличением подвижности зубов при заболеваниях пародонта уменьшается возможность их сохранения. Подвижность зубов влияет на выраженность воспаления тканей, окружающих зуб. Если подвижность зуба достигает 3 степени, прогноз сомнителен, особенно в тех случаях, когда верхушка корня погружена в костной ткани по её высоте равной 3-5 мм.

Отсутствие регулярного и правильного ухода за полостью рта отягощает течение воспалительных заболеваний пародонта.

Осложняют заболевания пародонта инфантильное глотание, нарушенное жевание, нарушения артикуляции языка с окружающими тканями, что может приводить к образованию травматического узла и патологической миграции зубов.

Для таких пациентов характерна следующая клиническая картина: пастозность десен с явлением застойной гиперемии, кровоточивость, наличие пародонтального кармана глубиной более 6 мм. Наличие налет, зубного камня. Подвижность зубов 2-3 степени. Смещение зубов, травматическая окклюзия и артикуляция.

На ОПТГ: определяется деструкция межзубной перегородки более 1/2 длины корня, расширение периодонтальной щели, выраженные признаки остеопороза. Выявляется как горизонтальная так и вертикальная резорбция межальвеолярных перегородок с образованием костных карманов.

Было наиболее эффективным применение эджуайс-техники. Ортодонтическое лечение начали после устранения воспалительных явлений в тканях пародонта и санации полости рта. Практически у всех пациентов после начала ортодонтического лечения отмечали обострение пародонтита, не смотря на применение слабых сил. На период ретенции достигнутых результатов ортодонтического лечения использовали несъёмные шины. При этом могли использоваться удаленные после ортодонтического лечения зубы в результате сохраняющегося очага воспаления или «потерянные» в результате нашего вмешательства зубы с целью косметического восстановления.

Выводы

1. Ортодонтическое лечение аномалии положения зубов у взрослых пациентов с заболеванием пародонта может быть проведено на эджуайс –технике с применением слабых сил. В отдельных случаях при атрофии костной ткани более 50%.

2. После ортодонтического лечения показано шинирование зубов. Предпочтительнее отдавать несъёмным конструкциям и ретейнерам.

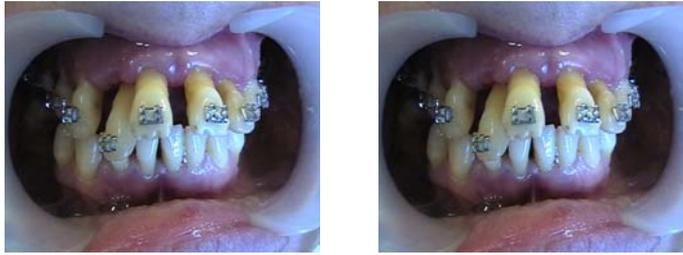
3. По окончании лечения необходимо зубочелюстное протезирование для устранения функциональной перегрузки оставшихся зубов.

4. Пациенты должны находиться на диспансерном учёте у врача-ортодонта и пародонтолога с целью своевременного оказания помощи.

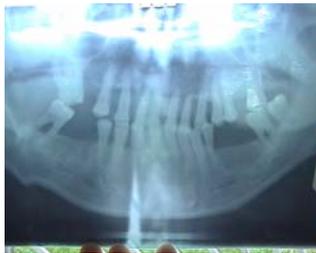
Клинический пример пациента Ч.40 лет.



Характерная внешность при аномалии положения, зубных рядов, дистоокклюзии.



Пародонтальная патологическая миграция зубов



Атрофия и резорбция костной ткани, характерная для тяжёлой степени пародонтита.



В процессе лечения были «потеряны» и удалены зубы. Использование брекет-системы.



Ретенционный период. Несъемное шинирование. На месте боковых резцов верхней челюсти с целью восстановления эстетики использованы зубы самого пациента(удаленные, запломбированные).

Пациент по окончании лечения



Клинический пример. Пациент А., 42г.

До начала ортодонтического лечения.



ОПТГ.



По окончании ортодонтического лечения.



EXPERIENCE OF ORTHODONTIC TREATMENT IN THE CASES OF ABNORMAL POSITION OF TEETH AMONG GROWN-UPS WITH PERIODONTIUM

L.P.Nabatchikova, O.V.Kondrakova

To make more peruse the necessity of orthodontic treatment among grown-ups with periodontium with the significant atrophy and bone resorption 15 were examined. Among them there were 11 women and 4 men in the age of 40-80 years. It is possible to treat patient with help of edgewise-technic with the usage of low forces. After orthodontic treatment the splinting of teeth and tooth replacement should be done. It is necessary to visit orthodontist for prophylactic medical examination.