

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В СОЧЕТАНИИ С ПЕРВИЧНОЙ АДЕНТИЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Меziальная окклюзия зубных рядов является сложной полиэтиологической аномалией зубочелюстной системы и характеризуется существенными функциональными и морфологическими нарушениями, которые могут формироваться на уровне зубов и зубных рядов, челюстей и основания черепа. Часто меziальная окклюзия сочетается с обратной резцовой окклюзией или дизокклюзией, прямой окклюзией во фронтальном отделе [1, 3]. При гнатической форме меziальной окклюзии морфометрические особенности лицевого отдела черепа формируются не только в результате сагиттальной дисгнатии, но и из-за положения челюстей по вертикали, сопровождающейся феноменом увеличения антеинклинации окклюзионной плоскости, что и определяет сочетанный характер патологии. Установлен факт значительного роста нижней челюсти и ее передней ротации, что приводит к усугублению меziальной окклюзии [5].

В ряде случаев меziальная окклюзия сочетается с первичной адентией постоянных зубов. Так, при адентии верхних боковых резцов происходит уплощение фронтального сегмента верхнего зубного ряда. При адентии премоляров на верхней челюсти характерно дистальное смещение клыков и дистализация переднего сегмента зубного ряда [4]. Таким образом, первичная адентия усугубляет симптомы меziальной окклюзии и вносит дополнительные трудности в лечение.

### Цель работы

Для определения эффективности алгоритмов лечения мезиоокклюзии, ассоциированной с первичной адентией постоянных зубов, нами был проведен ретроспективный анализ законченных случаев лечения данной категории пациентов.

### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 37 человек, 26 пациентов из них в возрасте от 12 до 18 лет (период окончания роста костей лицевого скелета) и 11 пациентов – старше 18 лет (рост костей лицевого черепа завершен).

У всех пациентов определена скелетная форма меziальной окклюзии зубных рядов (1 степень тяжести по Гиоевой Ю.А.), причем в большинстве случаев (81% пациентов) выявлен факт заинтересованности верхней челюсти – ее микрогнатия и ретропозиция, у 7 пациентов определена нижнечелюстная антепозиция и/или макрогнатия. У всех пациентов определено увеличение межчелюстного угла NL-ML.

Окклюзионно преобладало меziальное смыкание моляров в сагиттальной плоскости (78,4% случаев, 29 пациентов), нейтральное смыкание моляров по Энглу определено у 8 пациентов (21,6% случаев). В боковом



**Халова Ю.С.**

к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, г. Пермь



**Ишмурзин П.В.**

к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера, г. Пермь, ishmurzin\_pav@mail.ru

### Резюме

В статье представлены особенности лечения меziальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с адентией постоянных зубов на верхней и нижней челюсти. В таких клинических ситуациях лечение следует начинать с раскрытия места в зубном ряду и синхронизации размеров зубных дуг, а затем проводить деротацию нижней челюсти с достижением полноценных окклюзионных контактов. Ретенция результатов лечения в период окончания роста костей лицевого скелета предпочтительна с сочетанием съемных конструкций в области отсутствующих зубов и несъемных – во фронтальных отделах.

*Ключевые слова:* меziальная окклюзия, первичная адентия, «раскрытие» промежутков, деротация нижней челюсти.

PATTERNS OF TREATMENT OF MESIAL OCCLUSION COMBINED WITH PERMANENT TEETH ADENTIA  
Khalova Y.S., Ishmurzin P.V.

### The summary

The article covers the principles of orthodontic treatment of mesial occlusion combined with permanent teeth adentia in maxilla and mandible dental arches. In such cases we should start treatment with opening spaces in teeth alignment and synchronizing dental arch sizes, and then we carry out mandible derotation achieving occlusal contacts. Retention of optimal results of orthodontic treatment in patients with facial bones in the growth end can be achieved is preferable with combining fixed lingual retainer with removable denture.

*Keywords:* mesial occlusion, primary adentia, space disclosure, mandible derotation

отделе палатиноокклюзия выявлена у 20 пациентов (54%), вестибулоокклюзия зубов нижней челюсти – у 5 человек (13,5%), таким образом, нарушение смыкания пар зубов-антагонистов в трансверзальной плоскости диагностировано в 67,5% случаев мезиальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с первичной адентией постоянных зубов. Во фронтальном отделе обратное соотношение резцов выявлено у 30 пациентов (81%), в том числе сагитальное несоответствие у 19 человек, прямая окклюзия диагностирована у 7 пациентов (19% случаев).

Структура адентии представлена в табл. 1. В двух случаях отмечено сочетание односторонней адентии бокового резца и обоих премоляров на верхней челюсти, в пяти случаях – сочетание адентии премоляров на верхней челюсти и вторых премоляров на нижней челюсти, в одном случае – двусторонней адентии верхних боковых резцов и односторонней адентии нижнего второго премоляра. У ряда пациентов выявлена персистенция вторых временных моляров на верхней челюсти.

Лечение пациентов было проведено с использованием техники прямой дуги и безлигатурных систем [2, 3]. Тактика коррекции аномалии была следующей (рис. 1):

- нивелировка зубных рядов и начало «раскрытия» промежутков для отсутствующих зубов (круглые дуги Damon CuNiTi в сочетании с раскрывающими NiTi пружинами). В ряде случаев устойчивые персистентные молочные зубы могут быть оставлены в зубном ряду с целью достижения оптимального баланса места в дуге;

- «раскрытие» промежутков и синхронизация размеров верхней и нижней зубных дуг. На данном этапе использованы прямоугольные термоактивные дуги Damon CuNiTi в сочетании с раскрывающими NiTi пружинами. Необходимо отметить, что у пациентов с завершенным ростом костей лицевого скелета синхронизация размеров зубных рядов может быть неполной. В результате лечения таких пациентов допустимо оставить перекрестную окклюзию в области боковых зубов как вариант допустимой нормы при условии фиссурно-бугорковых контактов, кроме случаев, когда она обусловлена смещением нижней челюсти, так как при этом, как правило, присутствуют нарушения в височно-нижнечелюстных суставах;

Таблица 1

Структура адентий постоянных зубов у пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов

Адентия	Количество человек (n)
Боковых резцов на верхней челюсти	
- односторонняя	10
- двусторонняя	17
Вторых премоляров на верхней челюсти	
- односторонняя	7
- двусторонняя	3
Первых и вторых премоляров верхней челюсти	
- односторонняя	1
- двусторонняя	1
Вторых премоляров на нижней челюсти	
- односторонняя	1
- двусторонняя	2

- деротация нижней челюсти осуществлялась на дугах Damon SS 0,019x0,025” на верхнем зубном ряду, на нижнем – TMA 0,017x0,025” (или Damon SS 0,016x0,025”) в сочетании с межчелюстной тягой по III классу. Раскрытые промежутки сохранялись до окончания лечения либо с помощью стопоров, зафиксированных на дугу, либо с помощью раскрывающих NiTi пружин без активации;

- окончательная коррекция окклюзии и создание межокклюзионных контактов проводились на полноразмерных стальных дугах с использованием V-образных или «тент»-эластиков.

По окончании активного периода лечения ретенция полученных результатов осуществлялась с помощью сочетания несъемных ретейнеров, зафиксированных во фронтальном отделе зубных рядов частичных съемных протезов, восстанавливающих дефекты зубных рядов. Такое ведение пациентов в ретенционном периоде рационально в период окончания роста костей лицевого черепа, поскольку позволяет контролировать положение зубов и нивелировать негативное влияние «остаточного» роста на окклюзию.

У пациентов с «завершенным» ростом костей лицевого скелета возможно:

- использование несъемных ортопедических конструкций в качестве ретенционных аппаратов;

- сочетание имплантации с «классическими» несъемными проволочными ретейнерами во фронтальном отделе;

- фиксация шины-ретейнера на основе стекловолокон, изготовленной прямым методом с моделированием искусственных зубов на ней.



Рис. 1. Алгоритм лечения мезиальной окклюзии зубных рядов в сочетании с адентией постоянных зубов



а



б



в



г



д



е



ж

В качестве примеров приводим выписки из историй болезни.

**Клинический случай № 1** (рис. 2). Пациент Иван Ф., 18 лет, обратился на кафедру детской стоматологии и ортодонтии с жалобами на неправильное смыкание передней группы зубов. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось.

*Диагноз:*

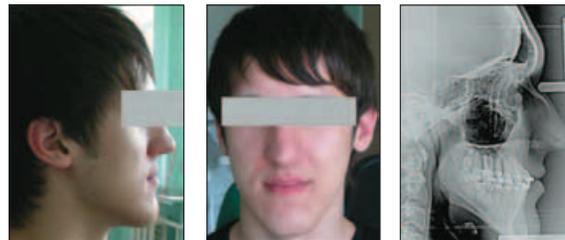
- скелетный класс III, гипердивергенция челюстей, нижнечелюстная микрогнатия;
- мезиальная окклюзия, обратная резцовая окклюзия, вестибулоокклюзия боковой группы зубов нижней челюсти справа и нижних моляров слева, диастема на верхней челюсти, первичная адентия 2.2.



з



и



к



л

**Рис. 2.** Результаты лечения пациента Ивана Ф.: а – окклюзия до лечения, б – ОПТГ до лечения, в – фото в анфас, профиль и ТРГ до лечения, г-ж – этапы ортодонтической коррекции, з – окклюзия после лечения, и – ОПТГ перед снятием брекет-системы, к – фото в анфас, профиль и ТРГ по окончании лечения, л – окклюзия через год после лечения

*Протокол лечения:*

1. На оба зубных ряда зафиксирована система Damon 3МХ, припасованы и зафиксированы дуги Damon CuNiTi 0,014", в области 2.1-2.3 введена раскрывающая NiTi пружина, на 3.6 и 4.6 сформированы окклюзионные накладки с гладкой поверхностью (рис. 2, г).

2. Синхронизация размеров зубных рядов проводилась на дугах Damon CuNiTi 0,016x0,025" на оба зубных ряда, создание промежутка для 2.2 – постепенной активацией раскрывающей NiTi пружины (рис. 2, д).

3. Деротация нижней челюсти осуществлялась на дугах Damon SS 0,019x0,025" на верхнем и Damon TMA 0,017x0,025" на нижнем зубных рядах и межчелюстной эластической тягой по III классу. Промежуток для 2.2 сохранялся с помощью неактивируемой раскрывающей NiTi пружины, окклюзионные накладки на 3.6 и 4.6 убраны (рис. 2, е).

4. Окончательная коррекция окклюзии проведена на дугах Damon SS 0,019x0,025" на оба зубных ряда с использованием треугольных межчелюстных эластиков с вектором по III классу (рис. 2, ж).

5. Снятие системы, фиксация несъемных ретейнеров на оба зубных ряда (1.3-2.1 и 3.3-4.3) и частичного съемного протеза с искусственным 2.2 (рис. 2, л).

**Клинический случай № 2.** Пациент Денис Т., 13 лет, обратился с жалобами на неправильное смыкание зубов и наличие промежутков между

фронтальными зубами верхней и нижней челюстей. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось.

**Диагноз:**

– скелетный класс III, гипердивергенция челюстных костей, микрогнатия верхней челюсти;  
– мезиальная окклюзия, обратная резцовая окклюзия, палатиноокклюзия боковой группы зубов нижней челюсти справа и слева, диастема и тремы во фронтальном отделе на верхней и нижней челюстях, первичная адентия 1.4, 1.5, 2.4, 2.5, 3.5, 4.5, персистентный 6.5.

**Протокол лечения:**

1. На оба зубных ряда зафиксирована система Damon Q, припасованы и фиксированы дуги Damon CuNiTi 0,014", в области 1.6-1.3 введена раскрывающая NiTi пружина, на 3.6 и 4.6 сформированы окклюзионные накладки с гладкой поверхностью. Персистентный 6.5 оставлен в зубном ряду (рис. 3, г).

2. Синхронизация размеров зубных рядов проведена на дугах Damon CuNiTi 0,016x0,025", создание промежутков для отсутствующих зубов – с использованием комбинации постепенно активируемых раскрывающих NiTi пружин и восьмиобразных лигатур под дугой (рис. 3, д).

3. Деротация нижней челюсти осуществлялась с помощью межчелюстной эластической тяги по III классу на дугах Damon SS 0,019x0,025" на верхнем и Damon SS 0,016x0,025" на нижнем зубных рядах. Промежутки для отсутствующих зубов сохранялись с помощью неактивируемой раскрывающей NiTi пружины и стопоров на дуге, окклюзионные накладки на 3.6 и 4.6 убраны (рис. 3, е).

4. Окончательная коррекция окклюзии выполнена на дугах Damon SS 0,019x0,025" на оба зубных ряда, консолидация зубных рядов проводилась с использованием восьмиобразных металлических лигатур, наложенных под дугами (рис. 3, ж).

5. Снятие системы, фиксация несъемных ретейнеров «от клыка до клыка» на оба зубных ряда и частичных съемных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

**Заключение**

Таким образом, лечение мезиальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с адентией постоянных зубов, должно проводиться с учетом таких факторов, как степень диспропорции челюстных костей, баланс места в зубной дуге, наличие устойчивых персистентных временных зубов. В ретенционном периоде при наличии «остаточного» роста костей лицевого скелета предпочтительно сочетание несъемных и съемных конструкций.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гюева Ю.А. Мезиальная окклюзия зубных рядов. Клиника, диагностика и морфофункциональное обоснование тактики лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
2. Деймон Д. Рабочая тетрадь ортодонта. Руководство по применению системы пассивного самолигирования Damon System 2. – СПб., МЦ «Дентал Комплекс», 2005.



**Рис. 3. Результаты лечения Дениса Т.:**  
а – окклюзия до лечения,  
б – ОПТГ до лечения,  
в – профильное фото и ТРГ до лечения,  
г-ж – этапы ортодонтической коррекции,  
з – окклюзия после лечения,  
и – профильное фото после лечения

3. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. Пер. с англ. под ред. проф. Л.С.Персина – М.: МЕДпресс-информ, 2006.
4. Табахова О.В. Информационные возможности современных ортодонтических методов диагностики пациентов с частичной первичной адентией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009.
5. Чепик Е.А. Комплексная реабилитация пациентов с сочетанной формой мезиальной окклюзии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.