

6. Бреусенко В.Г., Краснова И.А., Капранов С.А., Бобров Б.Ю., Аксенова В.Б., Шевченко Н.А., Арютин Д.Г. Некоторые дискуссионные вопросы эмболизации маточных артерий при лечении миомы матки // Акушерство и гинекология. – 2006. - № 3. – С. 23-26.

УДК 616.314.2-089.23
© Ф.Ф. Маннанова, 2008

Ф.Ф. Маннанова

СОЧЕТАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ СНИЖАЮЩИМСЯ ПРИКУСОМ

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Снижающийся прикус, или снижение окклюзионной высоты, как осложнение встречается при повышенной стираемости зубов, при потере боковых зубов, функциональной перегрузке пародонта с веерообразным расхождением передних зубов, деформациях и повышенной стираемости антагонизирующих зубов при обширных дефектах зубных рядов.

Ортопедическое лечение должно проводиться с предварительным устранением имеющейся деформации зубных рядов и после нормализации высоты окклюзии и перестройки миотатического рефлекса.

Ключевые слова: лечение сочетанное, дефекты зубных рядов, аномалия прикуса (зубочелюстные деформации).

F.F. Mannanova

A COMBINED TREATMENT APPROACH AGAINST DENTITION DEFECTS COMPLICATED BY REDUCING OCCLUSION

Reducing occlusion or reduction of the occlusal height as a complication is common in increased tooth outwear, loss of lateral teeth, functional loading of the periodontium with fanlike divergence of the anterior teeth, deformation and increased outwear of antagonizing teeth in extensive dentition defects.

Orthopedic treatment is to be carried out with preliminary elimination of the current dentition deformation and after normalization of the occlusal height, adjustment of the myotatic reflex.

Key words: combined treatment, dentition defects, occlusal anomaly.

Снижающийся прикус, или снижение окклюзионной высоты, является не самостоятельной нозологической формой, а осложнением, которое развивается в период сформированного постоянного прикуса вследствие патологической стираемости зубов, функциональной перегрузки при обширных дефектах зубных рядов в боковых отделах. Оно сопровождается ослаблением опорного аппарата зубов, смещением и укорочением антагонизирующих зубов, перегрузкой группы зубов, возникновением или усугублением состояния их пародонта, веерообразным их расхождением или патологической стираемостью (А.С.Щербаков, 1987; Н.Г.Аболмасов и др., 2000; В.Н.Трезубов и др. 2001; Копейкин В.Н. и др., 2002; Трезубов В.Н., Фадеев, 2005; Хватова В.А., 2007).

По литературным данным, снижающийся прикус встречается у 6% населения

в возрасте от 20 лет и старше (Н.Г.Аболмасов, 2000).

Снижающийся прикус вызывает большие трудности ортопедического лечения. В литературе недостаточно сведений об особенностях комплексного лечения таких осложнений.

Целью наших исследований явилась оптимизация диагностики и планирования лечения при дефектах зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом.

Были проведены клинический осмотр, антропометрия, фотометрия лица и полости рта, рентгенография прицельная внутриротовая и радиовизиография, а также ортопантомография челюстей и височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), электромиография жевательных и мимических мышц до, в процессе лечения и после его завершения у 38 пациентов, направленных из других стоматологических учреждений г.Уфы и Республики Башкортостан.

тостан.

Клиника снижающегося прикуса весьма разнообразна, и степень выраженности клинических признаков может быть различной. Прежде всего это лицевые признаки: снижение нижнего отдела лица, опущение углов рта, выраженная подбородочная складка. При двухсторонних концевых дефектах (I класс по Кеннеди) может наблюдаться дистальное смещение нижней челюсти, что сопровождается скошенностью подбородка и возникновением нарушений функций височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС), в связи с чем больные жалуются на эстетическую неудовлетворенность и на щелканье, хруст в ВНЧС суставах, в более тяжелых случаях на понижение слуха, ощущение заложенности и шум в ушах, сухость во рту, заеды, боли и жжение в языке. Боли в области лица возникают при жевании, особенно твердой пищи, открывании и закрывании рта, что объясняется возникновением болевой дисфункции височно-

нижнечелюстного сустава. Эти нарушения особенно выражены при патологиях прикуса (глубокий, мезиальный, дистальный и перекрестный, когда клинические признаки патологии окклюзии усугубляются с потерей зубов). В качестве примера приведем выписку из амбулаторной истории болезни № 243.

Пациентки З. (42 года) обратилась с жалобами на эстетическую неудовлетворенность, щелканье и хруст в височно-нижнечелюстных суставах. На основании клинических и дополнительных методов исследования установлен диагноз: глубокий снижающийся мезиальный прикус, осложненный веерообразным расхождением передних нижних зубов и дисфункцией ВНЧС; дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей, замещенные несъемными протезами, неудовлетворяющими медико-техническим и эстетическим требованиям; снижение нижнего отдела лица на 8 мм (рис.1).



а



б

Рис. 1. Фотография полости рта пациентки З. 42 лет: а - в прикусе; б - при открытом рте

Часто снижающийся прикус возникает и при потере зубов, что усугубляет состояние пародонта, осложняется еще и деформацией зубных рядов. На ортопантомограмме (рис.2) той же пациентки оп-

ределены усиление атрофии альвеолярного отростка, наклоны и смещения отдельных зубов при множественных дефектах в боковых участках, замещенных нерациональными конструкциями протезов.

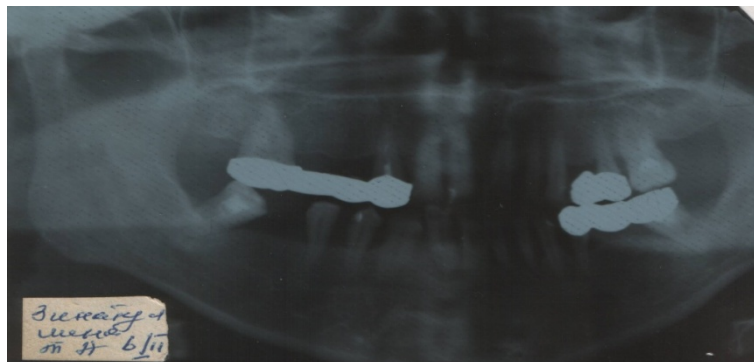


Рис.2.Ортопантомограмма пациентки З. 42лет.

Второй пример подтверждает довольно грозное осложнение, - перелом опорных зубов под металлокерамическим протезом переделка металлокерамического протеза на нижней челюсти, изготовленного 9 месяцев назад. На рис.3. фотография полости рта пациентки А. 52 лет (история болезни № 145). В анамнезе: больная неоднократно протезировалась из-за дефектов зубных рядов в боковых участках зубных дуг несъемными протезами из сплава золота с фасетками из пластмассы. В последние годы отметила появление щели между передними зубами и обратилась к ортопеду-стоматологу, который изготовил "эстетический" протез из металлокерамики на нижние резцы с за-

мещением диастемы смоделированным дополнительным пятым резцом. Врач не обратил внимания на прикус, на укороченную уздечку языка, неправильное глотание (инфантильный тип) и имеющийся генерализованный пародонтит средней степени тяжести. Привычка давления языком на зубы при короткой уздечке привела к поломке опорных депульпированных зубов, расцементированию коронок из-за постоянного давления языком и их подвижности, не зашинуированных правильно с охватом более "крепких" опорных зубов – нижних клыков - с более выраженными резервными силами пародонта (рис.4).



а



б

Рис. 3. Фотография полости рта пациентки А., 52 лет (ист.б-зни № 145): а, б после протезирования металлокерамическими коронками нижних передних зубов



а



б

Рис.4. Фотографии полости рта пациентки А. 52 лет. после отлома коронок опорных зубов, выпадение протеза: а- в фас; б- в профиль

Пациентке был изготовлен временный пластиночный протез на нижнюю челюсть (рис.5), проведено устранение вестибулярного наклона передних зубов, трем и диастемы при помощи эджуайс-техники. Далее лечение завершено заменой мостовидных протезов в боковых участках на металлокерамические восстановительные. На нижней челюсти изготовлен съемный шинирующий бюгельный протез, а в области верхних передних зубов несъемная адгезивная шина и ретенционный съемный аппарат для ночного пользования.



Рис.5. Фотография полости рта пациентки А. 52 лет после временного протезирования съемным протезом на нижней челюсти

В зависимости от степени снижения высоты нижнего отдела лица восстановительные протезы можно изготовить в один

этап при снижении его до 4мм. Н.Г.Аболмасов (2002) указывает на возможность поднятия высоты прикуса одновременно до 6мм. Однако практика показывает о возможности осложнений со стороны ВНЧС и затруднение адаптации пациента при резком поднятии межальвеолярной высоты. Целесообразна постепенная нормализация высоты нижнего отдела лица, лучше в два или в несколько этапов и не более 4мм первоначально, чтобы не вызвать осложнения со стороны ВНЧС и пародонта зубов.

Ортопедическое лечение при дефектах зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом, должно проводиться комплексно и решать следующие задачи: восстановить высоту нижнего отдела лица с учетом эстетики, правильно формировать окклюзионные взаимоотношения, при необходимости устранить зубочелюстные аномалии и деформации в комплексе с ортодонтическим или протетическими методами, восстановить функцию зу-

бочелюстной системы (жевание, речь), нормализовать функционирование ВНЧС.

Повышение межальвеолярной высоты в случае снижающейся окклюзии в основном проводили на съемном протезе на искусственных зубах в среднем до 4мм. Для фиксации лечебного аппарата изготавливали цельнолитые опорно-удерживающие кламмеры, а не простые гнутые проволочные кламмеры, с целью перераспределения нагрузки (давления) на беззубую часть альвеолярного отростка и опорные зубы. Пациенты легче переносили адаптационный период. Для демонстрации результатов лечения приводим фотографии моделей челюстей пациентки К. 44 лет (история болезни № 211) с диагнозом: дефекты зубных рядов верхней и нижней челюстей III класс по Кеннеди; глубокий травмирующий снижающийся прикус; хронический периодонтит и полное отсутствие коронковой части зуба 2.2. (рис.6).

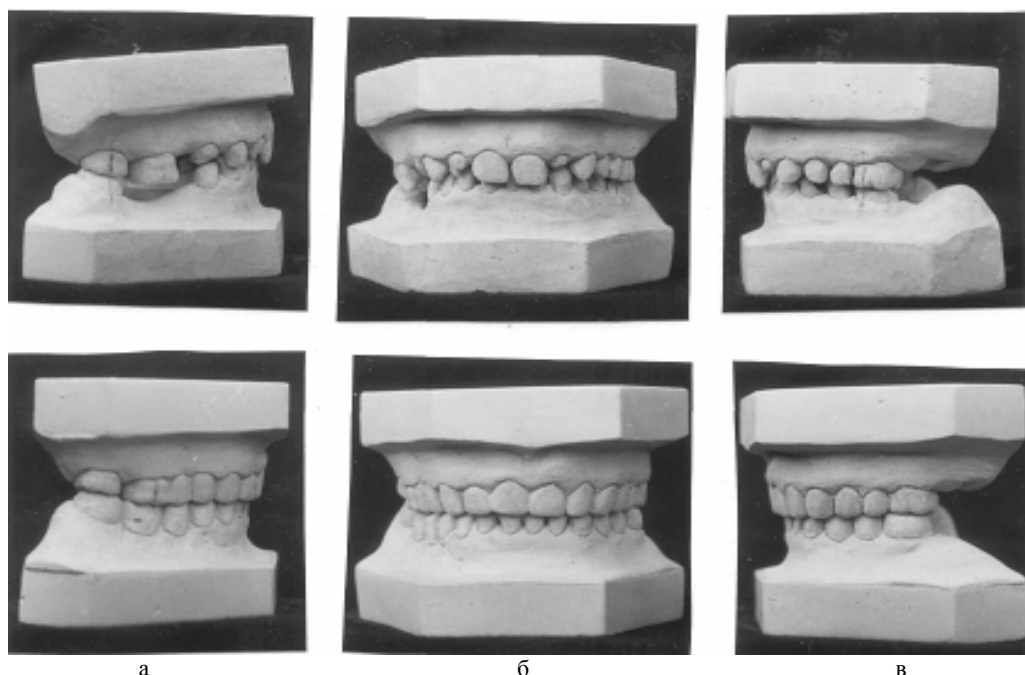


Рис. 6. Фотографии моделей челюстей пациентки К. 44 лет. (ист.б-зни № 211): б- до и после лечения в фас, а, в — до и после лечения в профиль

Лечение проведено в 2 этапа. Изготовлена каппа-протез на нижнюю челюсть с повышением межальвеолярной высоты до нормального восстановления уровня нижнего отдела лица под контролем на ОПТГ расположения суставных головок в

суставных ямках. Проведена тщательная терапевтическая подготовка всех зубов. Через 2 месяца после перестройки миотического рефлекса и полной адаптации к новой окклюзионной высоте произведено окончательное протезирование восстано-

вительными металлокерамическими протезами, изготовленными с применением артикулятора с лицевой дугой. Пациентка осталась довольна результатами лечения (рис.6).

Во всех 38 случаях достигнуты положительные стабильные результаты в эстетическом и функциональном отношении.

Анализируя результаты собственных наблюдений при лечении больных с дефектами зубных рядов, осложненных снижающимся прикусом, и анамнеза о предыдущем лечении, пришли к заключению, что ортопедическое лечение пациентов проводится врачами не всегда правильно. Протезирование таких пациентов довольно сложное, трудоемкое и длитель-

ное, требует высокой квалификации врача-ортопеда. Причем, необходима кооперация с другими специалистами, чаще всего с ортодонтами для проведения подготовительного этапа и сочетанных методов лечения, обращая особое внимание функциональным нарушениям в зубочелюстной системе.

В ортопедических отделениях необходимо выделить из числа высококвалифицированных специалистов ответственных врачей-консультантов для проведения консультаций и ортопедического лечения в сложных случаях, связанных с зубочелюстными деформациями и дисфункций ВНЧС и осложнениях со снижающимся прикусом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., А.Аль-Хаким // Ортопедическая стоматология.- Смоленск, СГМА, 2000.-576с.
2. Щербаков А.С. Аномалии прикуса у взрослых. - М.: Медицина, 1987. -191с.
3. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. – СПб.: Специальная литература, 2001. - С.364-365.
4. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями: Учебное пособие. – М.: Медпресс-информ, 2005. - 214с.
5. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – 240с.
6. Хватова В.А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии. – М.: Медицинская книга, 2007. – 294с.

УДК 616.12:616.133.33–004.6]-06-005.4./7

© В.В. Семенова, А.Н. Закирова, А.Г. Берг, Э.Г. Нуртдинова, И.М. Карамова, К.В. Червякова, 2008

В.В. Семенова, А.Н. Закирова, А.Г. Берг,
Э.Г. Нуртдинова, И.М. Карамова, К.В. Червякова
**РИСК РАЗВИТИЯ АРТЕРИО-АРТЕРИАЛЬНЫХ ЭМБОЛИЙ
СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**
*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Целью исследования является оценка риска артерио-артериальных эмболий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с гемодинамически незначимыми асимптомными стенозами внутренних сонных артерий в зависимости от клинического течения ИБС и характеристики атеросклеротической бляшки. Обследовано 26 больных. Всем проводили ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий головы и транскраниальный доплеровский мониторинг. Выявлена зависимость наличия микроэмболии от структурных особенностей строения атеросклеротической бляшки. Взаимосвязь клинического течения ИБС, липидного спектра крови с эпизодами микроэмболии не установлена.

Ключевые слова: атеросклероз, церебральная микроэмболия, транскраниальное доплеровское мониторирование.