

УДК 616.314-76-77

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПЕРЕСТРОЙКОЙ РЕФЛЕКСОВ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Кузь В. С.

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

В статье освещены вопросы возникновения вторичных деформаций, представлены классификации и методы лечения данной патологии с перестройкой рефлексов зубочелюстной системы.

Ключевые слова: вторичные деформации, рефлексы зубочелюстной системы, перестройка жевательных рефлексов.

Определенные вмешательства по поводу удаления отдельных зубов сопровождаются стойкими морфофункциональными нарушениями в зубочелюстной системе, которые характеризуются смещением отдельных зубов в разных направлениях, атрофическими или гипертрофическими процессами костной ткани альвеолярных отростков (Е.И. Гаврилов [2], М.Д. Король [6]).

По мнению М.Г. Бушана [1] подобные изменения возникают в 100% случаев и обусловлены только временными показателями. Как полагает Гармаш И.А. [5] нарушения структуры кости отмечены не только в области удаленных зубов, но и в области их антагонистов и даже в области интактных зубов противоположной стороны челюсти, что ставит проблему ортопедического лечения указанной патологии в разряд актуальных.

Частота возникновения зубочелюстных деформаций до сих пор привлекает внимание многих исследователей. В литературе имеются данные о распространенности патологии значительно отличающиеся друг от друга, что, вероятно, обусловлено не только сроками наблюдений, но и многими другими физиологическими и социальными факторами. Так Г.П. Смальщценко [10] определил возникновение деформаций у 20,75% пациентов после удаления зубов, а Н.И. Карпенко [7] приводит цифру равную 78,6%, отмечая при этом её увеличение в старших возрастных группах. А.Г. Гаджиев [4] выявил подобную патологию у 52% обследованных, а А.М. Фарух [11] считает, что наличие односторонних концевых дефектов в 97,3% сопровождается вторичными деформациями. Аналогичные расхождения обнаруживаются и в работах других иностранных авторов (Hiidenkari T., Parvinen T., Helenius H.). [10]

Таким образом, противоречивые данные источников специальной литературы предполагают дальнейшее изучение этого вопроса.

Клиническая картина при вторичных деформациях достаточно разнообразна и укладывается в рамки, определенные классификациями В.А. Пономаревой [8], Е.И. Гаврилова [3].

В.А. Пономарева в своей классификации рассматривает перемещение зубов только в вертикальной плоскости и выделяет две формы:

Первая форма характеризуется тем, что одновременно с выдвиганием зуба отмечается

заметное увеличение альвеолярного отростка без резорбции костной ткани, оголения корня зуба и образования пародонтального кармана.

Вторая форма сопровождается явлениями атрофии пародонта и оголением цемента корня. В этой группе выделяется две подгруппы: **первая** характеризуется незначительным увеличением альвеолярного отростка при незначительной (в пределах 1/4) резорбции пародонта; во **второй** подгруппе увеличение альвеолярного отростка не наблюдается, определяется резорбция тканей пародонта на уровне половины и больше.

Е.И. Гаврилов предложил классификацию, которая построена по морфологическому принципу и состоит из шести групп:

- в **первую группу** входят зубные ряды, деформация которых произошла за счет вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних зубов (одностороннего и двухстороннего);
- во **вторую группу** – зубные ряды, деформация которых произошла за счет вертикального зубоальвеолярного удлинения нижних зубов (одностороннего и двухстороннего);
- в **третью группу** – зубные ряды с деформацией за счет взаимного вертикального зубоальвеолярного удлинения;
- в **четвертую** – зубные ряды с сагитальным (медиальным или дистальным) смещением зубов верхней или нижней челюстей (одностороннего и двухстороннего);
- в **пятую** – зубные ряды с язычным, небным или щечным смещением зубов;
- в **шестую** – зубные ряды, деформация которых возникла за счет комбинированного смещения зубов (веерообразное расхождение передних зубов, вращения, наклона и др.).

Даная патология определяется многими причинами: факторами, которые вызвали деформацию, топографии дефекта, возрастом, временем, которое прошло с момента ее появления, сопутствующими заболеваниями и др. В клинической практике чаще всего встречаются деформации, возникшие после потери зубов. Различают деформации при вертикальном, сагитальном и трансверзальном смещении зубов.

При **вертикальном** смещении зубов различают две формы. При **первой** форме наблюдается гипертрофия альвеолярного отростка, клинические коронки зубов при этом практически не увеличиваются и соотношение внеальвеоляр-

ной и внутриальвеолярной частей зуба остается нормальным (гипертрофическая форма). Такое зубоальвеолярное удлинение свойственно в более молодом возрасте и более сильно выражается на верхней челюсти чем на нижней. Вторая форма вертикального перемещения зубов наблюдается на фоне развивающейся атрофии их лунок. Клинически это проявляется удлинением клинических коронок, оголением шеек зубов и их патологической подвижностью. Если удаление зубов произошло в разное время, то окклюзионная поверхность зубного ряда приобретает ступенчатый характер. При значительном удлинении зубы могут касаться слизистой оболочки беззубого альвеолярного отростка. Для этой формы характерно значительное снижение межальвеолярной высоты и блокада движений нижней челюсти, что может развивать патологию ВНЧС и жевательных мышц.

Из всех видов *сагиттального* перемещения зубов наиболее распространенная клиника деформаций наблюдается при мезиальном смещении моляров. Выделяют две формы сагиттального перемещения. Первая форма возникает после удаления первого моляра в детском возрасте. Зуб, перемещаясь всем корпусом в сагиттальном направлении, равномерно сужает просвет дефекта и со временем может даже приблизиться к премоляру и закрыть дефект полностью. Окклюзионные нарушения при этом могут быть минимальными. Вторая форма, или мезиальное перемещение с наклоном, сопровождается более глубокими окклюзионными и функциональными нарушениями. Моляр, наклоняясь коронкой в сторону дефекта, уменьшает его размер. Наклон зуба приводит к исключению из окклюзии мезиальных бугорков: контакты сохраняются только на дистальных жевательных бугорках.

Относительно редкой вторичной формой перемещения зубов является поворот вокруг вертикальной оси на различный угол. Часто поворот зуба сочетается с другими формами вторичного перемещения – вертикальными и мезиодистальными. Такому вращению подвергаются лишь те зубы, которые ограничивают дефект.

Сложности клинических проявлений диктуют план лечебных мероприятий по поводу устранения вторичных деформаций. Обычно он складывается из хирургических, терапевтических и ортопедических манипуляций и предлагает в начале устранение деформации, а затем – рациональное протезирование.

При этом хирургическое лечение предусматривает удаление значительно дистопированных отдельных зубов в сочетании с кортикотомией и резекцией части гипертрофированного альвеолярного отростка.

Терапевтические мероприятия обычно сводятся к депульпированию значительно дистопированных зубов.

Ортопедическое устранение вторичных деформаций направлено на шлифовывание необходимого количества твердых тканей зуба и создание дезокклюзии путем прерывистого действия повышенного жевательного давления на вовлеченные в процесс зубы. Это достигается применением лечебных несъемных и съемных конструкций с опорно-удерживающими кламперами или временных капповых конструкций.

При смещении зуба в вертикальной и горизонтальной плоскостях можно также применять ортодонтические аппараты. Лечебный аппарат представляет собой пластиночный или бюгельный протез с накусочной площадкой, антагонизирующей со смещенными зубами и разобщающей прикус в остальных участках зубных рядов. При смыкании зубов, лишенных антагонистов, с накусочной площадкой высоту нижнего отдела лица устанавливают в каждом случае индивидуально, исходя из того, что щель между антагонизирующими естественными зубами должна составлять не более 2 мм. Действие лечебного аппарата (разобщающей пластинки) продолжается до тех пор, пока естественные зубные ряды не вступят в контакт. Первичная дезокклюзия естественных зубных рядов на 2 мм после перестройки зубочелюстной системы не всегда обеспечивает полное выравнивание окклюзионной поверхности в области зубов, лишенных антагонистов, поэтому лечение проводят в несколько этапов. Ко второму и последующим этапам лечения переходят после того, как аппарат перестает действовать вследствие установления контакта между всеми зубами, а форма окклюзионной поверхности еще недостаточно выровнена и не полностью устранено смещение зубов. Второй и последующие этапы лечения заключаются в том, что на накусочную площадку наращивают новый слой быстротвердеющей пластмассы толщиной 1—2 мм. Слои пластмассы должны обеспечить разобщение естественных зубов опять же не более чем на 2 мм. Окклюзионное соотношение зубов регулируют таким образом до тех пор, пока не будет полностью ликвидировано смещение зубов. После выравнивания окклюзионной поверхности зубного ряда дефект зубного ряда противоположной челюсти замещают протезом, конструкция которого зависит от показаний.

Длительность лечения зависит не только от степени деформации, но и от количества сместившихся зубов, состояния пародонта зубов-антагонистов и особенно от возраста пациента.

Суть ортопедического лечения, кроме выравнивания окклюзионных взаимоотношений, заключается в перестройке рефлексов жевательной системы, которые по определению И.С. Рубинова [9] названы «взаимосочетанными». Они предполагают действие комплекса из периодонто-мышечных, гингиво-мышечных и миотатических рефлексов и зависят от факторов, участвующих в разобщении прикуса – естествен-

ные зубы, слизистая оболочка альвеолярных отростков, рецепторы мышечных волокон.

В первые дни разобщения прикуса статический тонус растянутых мышц начинает повышаться и примерно к 4-5-му дню превышает в 2-2,5 раза исходный тонус физиологического покоя этих же мышц. Затем этот повышенный тонус держится 6-8 дней (период повышенного тонуса), после чего начинается снижение тонуса (период снижения тонуса) и к 10-14-му дню происходит возврат к первоначальному тонусу – состояние физиологического покоя. В результате такой перестройки получается новое состояние физиологического покоя в жевательных мышцах при соответствующем разобщении прикуса.

Выводы

В результате приспособительной реакции организма образуется соответствующий стереотип жевания. Наши вмешательства приводят к его перестройке и в процессе привыкания (перестройка рефлексов) образуется сначала ориентировочный стереотип, а потом (после «врабатываемости» или тренировки) образуется новый стойкий стереотип жевания, т.е. новый функциональный уровень жевательной системы.

Мы полагаем что в связи с этим ортопедическое лечение вторичных деформаций обязательно должно включать в себя этап перестройки рефлексов жевательной системы, который (во избежании осложнений) должен проводиться под постоянным врачебным контролем.

Литература

1. Бушан М.Г. Снижающийся прикус. – Кишнев, 1967. – 134 с.
2. Гаврилов Е.И. Деформации зубных рядов. – М.: Медицина, 1984. – 91 с.
3. Гаврилов Е.И. Теория и практика протезирования частичными съёмными протезами. – М.: Медицина, 1966. – 278 с.
4. Гаджиев А.Г. Применение мостовидных протезов без препаровки зубов: автореф. дис. на получение науч. степени канд. мед. наук: специальность 14.00.21 «Стоматология». К., 1966. – 22 с.
5. Гармаш И.А. Изменение структуры кости альвеолярного отростка верхней челюсти в области 5-8-го зубов при ослабленной функциональной нагрузке. – Киев, 1965. – С. 413 – 418.
6. Король М.Д. Вторинні деформації зубних рядів. – Полтава, 2003. – 104 с.
7. Карпенко Н.И. Устранение вторичных деформаций окклюзионной поверхности зубных рядов перед протезированием: дис. на получение науч. степени канд. мед. наук.: специальность 14.00.21 «Стоматология» – Калинин, 1968. – 297 с.
8. Пономарева В.А. Перестройка зубочелюстной системы при образовании зубочелюстных деформаций после частичной потери зубов и подготовка полости рта к протезированию (клинико-эксперим. исслед.): дис. на получение звания доктора мед. наук.: специальность 14.00.21 «Стоматология» – М., 1968. – 354 с.
9. Рубинов И.С. Физиологические основы стоматологии. – [2-е изд., испр. и доп.]. – Л., 1970. – 334 с.
10. Смальценко Г.П. Опыт клинической систематики зубочелюстной системы в связи с частичной утратой зубов // Сборник трудов Иркутского медицинского института. – Иркутск, 1957. – С 369 – 375.
11. Фарух А.М. Клиника и протезирование больных с односторонними концевыми изъянами зубных рядов: автореф. дис. на получение звания канд. мед. наук.: специальность 14.00.21 «Стоматология» – Калинин, 1971. – 18 с.
12. Hiidenkari T., Parvinen T., Helenius H Missing teeth and lost teeth of adults aged 30 years and over in south-western Finland // Community Dent. Health. – 1996. – Vol. 13. - № 4. – P. 215 – 222.

Реферат

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ ДЕФОРМАЦІЙ ЗУБНИХ РЯДІВ З ПЕРЕБУДОВОЮ РЕФЛЕКСІВ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

Кузь В.С.

Ключові слова: вторинні деформації, рефлексивні зубощелепної системи, перебудова жувальних рефлексів.

В статті освітлені питання виникнення вторинних деформацій, представлені класифікації та методи лікування данної патології з перебудовою рефлексів зубощелепної системи.

Summary

HOLIATRY OF THE SECOND DEFORMATIONS OF DENTAL ROWS WITH ALTERATION OF REFLEXES OF THE ZUBOCHELYUSTNOY SYSTEM

Kuz' V.S.

Keywords: second deformations, reflexes of the dentoalveolar system, reformation of masticatory reflexes.

The questions of origin of the second deformations are described in the article, classifications and methods of treatment of this pathology are presented with reformation of reflexes of the zubocheleustnoy system.