

ЛЕЧЕНИЕ ТОРТОАНОМАЛИЙ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕСЪЕМНОЙ АППАРАТУРОЙ

Тортоаномалии зубов наблюдаются от 9,3 до 19,3% случаев от всех зубочелюстных аномалий (А.Д. Мухина, С.И. Криштаб, 1986; Н.Г. Снагина, 1983; Ф.Я. Хорошилкина, 1999).

Тортоаномалии относят к аномалиям положения отдельных зубов. З. Гараевым (2000) составлена таблица с указанием типов наследования зубочелюстных аномалий, установлены популяционные и внутрисемейные частоты зубочелюстных аномалий. По этим данным аномалии положения отдельных зубов наследуются по аутосомно-доминантному типу, популяционная частота встречаемости составляет 8,51%, внутрисемейная — 12,77% [1]. Уточнить правильную позицию каждого зуба в дуге можно по поперечной оси зубов [2]. При постановке диагноза

желательно указать, в каком направлении и на сколько градусов повернут зуб. Обычно тортоаномалия зуба сочетается с недостатком места для него в зубной дуге. Это относится к резцам, клыкам и премолярам. Поворот моляров по оси чаще обусловлен ранним кариозным разрушением впереди расположенных зубов, нарушением проксимальных контактов или потерей зубов.

При показаниях к ортодонтическому лечению без удаления отдельных зубов целесообразно в начале лечения использовать никель-титановую дугу минимального сечения. В результате эластичной тяги дуги происходят некоторый поворот неправильно расположенного зуба по вертикальной оси и приближение отдаленной стороны

его коронки к дуге. Зуб к дуге необходимо приближать постепенно [3].

Пациентка Б.К., 14 лет (рис. 1) обратилась с жалобами на эстетику улыбки.

Диагноз: скелетный и зубоальвеолярный I Класс, сужение н.ч. в боковых участках, небное положение 23 зуба, вестибулярное положение 24 зуба осложненное тортоаномалией (ротация ~90°).

Часто такая клиническая ситуация специалистами стоматологами неортодонтического профиля решается путем удаления или/и протезирования эстетически проблемного зуба, либо реставрационным камуфляжем. Преимуществом ортодонтического способа лечения является возможность достижения приемлемой эстетики и всех ключей окклюзии с сохранением зубов



Рис. 1.

интактными без потребности удаления, протезирования, реставрации.

Лечение. Была установлена брекет-система в. ч. (рис. 2). На 23 зуб временно установлена кнопка с петелькой для облегчения выведения из небного положения (уменьшение окклюзионной интерференции); на 24 зуб зафиксирован брекет Александра для лучшей передачи вращающего момента за счет ротационного крыла в конструкции брекета. Через 5 месяцев на 90% выполнен разворот

24 зуба, наблюдается небольшой избыток пространства в зубном ряду



Рис. 2.



Рис. 3.

(трема ~1,5 мм между 23 и 24 зубами). На 23 и 24 зубах произведено замену брекета Александра и кнопки на комплектные брекет-системы (рис. 3), установлена брекет-система на н. ч. Проводилась стандартная последовательность смены ортодонтических дуг.

Рис. 4 — 10 месяцев от начала лечения, произведена коррекция зубных дуг, используются эластики перекрестного прикуса с левой стороны. Через 13 месяцев активное лечение завершено, установлены несъемные лингвальные ретейнеры в. ч. и н. ч. (рис. 5).

Пациентка М. О., 16 лет (рис. 6).

Диагноз: зубоальвеолярный I Класс справа, II Класс слева, сужение н.ч. в боковых участках, небное положение 23 и 25 зуба, вестибулярное положение 24 зуба, осложненное тортоаномалией (ротация ~90°), ротация 25 зуба (~90°).

Лечение проводилось аналогично первому случаю (рис. 7). На 23 зуб установлена кнопка с петелькой; на 25 зуб — брекет Александра. Через 5 месяцев (рис. 8) на 23 и 25 зубы переустановлены комплектные брекет-системы, установлена брекет-система на н. ч. (рис. 9). Производилась смена проволочных дуг, использовались межчелюстные эластики по II классу. (рис. 10). Через 13 месяцев (рис. 11) снята ортодонтическая аппаратура, установлены несъемные ретейнеры.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.

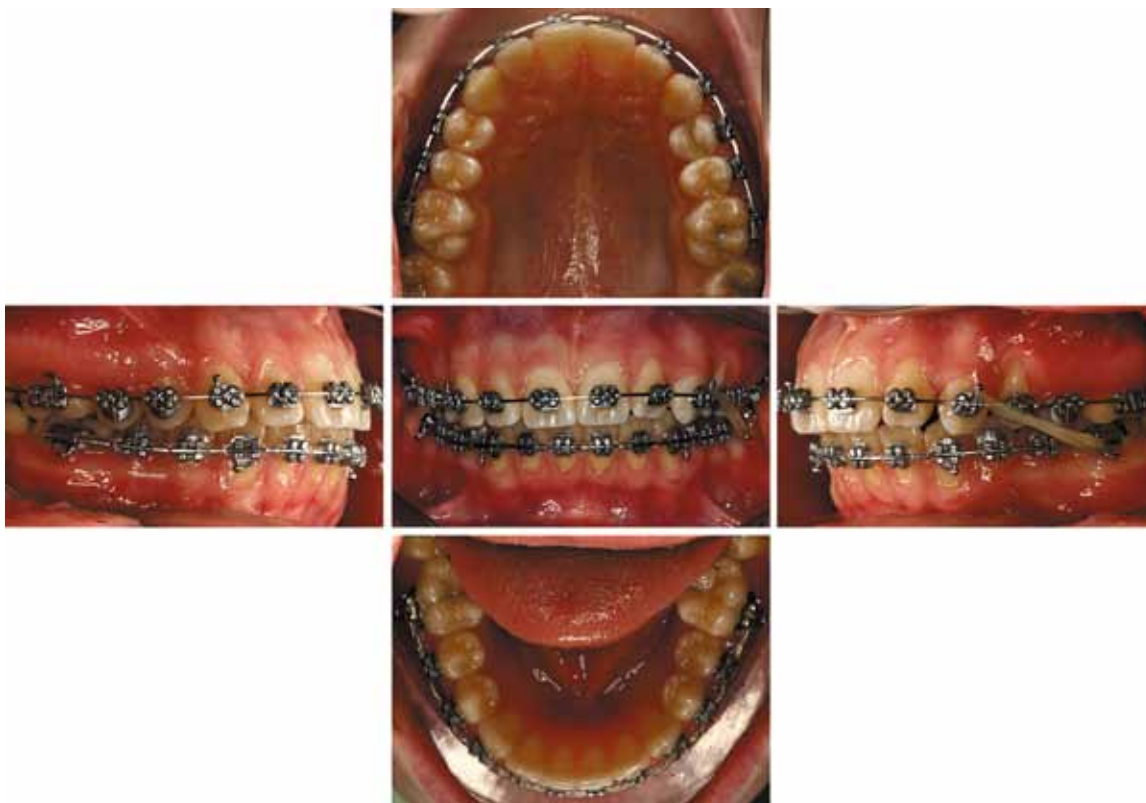


Рис. 10.



Рис. 11.

Ретенционный период рассматривается как один из главных этапов после активного ортодонтического лечения. При лечении тортоаномалий к более стабильным результатам в ретенционном периоде, наряду с ортодонтическими, приводят хирургический и физио-

терапевтический методы (Г.И. Лютик, 1987, 2000).

Ряд авторов рекомендуют проводить циркулярную супракристаллическую фибротомию и рассечение десневого сосочка для стабилизации разворота зуба в ретенционном периоде [4], в дан-

ном случае наблюдаются отдаленно стабильные результаты (3—4 года) без какой-либо ретенции ранее ротированных зубов. Вероятно, это объясняется оптимальным возрастом пациентов, а также достижением стабильной окклюзии при завершении лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дистель В. А., Сунцов В. Г., Вагнер В. Д. — Зубочелюстные аномалии и деформации: основные причины развития. — Н. Новгород, Издательство НГМА. — 2001. — С. 31 — 35
2. Железный П. А., Плотникова Н. А., Ортодонтия и детское протезирование. — Новосибирск, 1998. — С. 93
3. Руководство по ортодонтии /Под ред. Ф. Я. Хорошилкиной. — М.: Медицина, 1999. — С. 233, 729 — 730
4. Жачко Н. І. Вікові особливості лікування поворотів зубів.: Автореф. дис. канд. мед. наук. 14.01.22 / Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, — К., 2007. — 33 с.