

DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-4-117-120
УДК: 61.616-092.19

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ

Ибрагимова И. Ф., Тимербулатова Г. А., Маннанова Ф. Ф., Галиуллина М. В., Юнусов Р. Р.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия

Аннотация

Предмет. Рассмотрены результаты клинических наблюдений применения протетических методов устранения некоторых симптомов зубочелюстных аномалий, сочетания дефектов зубных рядов и деформаций у взрослых пациентов. Проанализированы отрицательные результаты протетической коррекции клинических признаков восстановления эстетических нарушений с целью выявления причин возникших осложнений, снижающих уровень качества жизни взрослого пациента, и определения методов их устранения с учетом предъявленных жалоб и эстетических функциональных недостатков.

Цель — дать клиническую оценку полученных результатов некоторых методов протетической коррекции для предупреждения осложнений.

Методология. Применены клинические методы осмотра и обследования: антропометрия лица и моделей челюстей, изучение фотографий лица и полости рта до и после проведения коррекционных мероприятий, данных рентгенографии до и после лечения.

Результаты. Анализ причин получения отрицательных результатов применения протетических методов устранения некоторых симптомов зубочелюстных аномалий позволил определить методы их устранения и предупреждения. Тщательная подготовка к проведению клинико-лабораторных этапов дают возможность рекомендовать приемлемые способы предупреждения таких осложнений, расширять и уточнять показания к эстетической коррекции, ортодонтической подготовке перед протезированием с восстановлением функциональной окклюзии, разрабатывать алгоритм диагностики.

Выводы. Клинический опыт показал необходимость более широкого использования по показаниям методов ортодонтической подготовки перед протезированием. Для сокращения сроков ортодонтического этапа лечения, учитывая пожелания пациентов, необходимо тщательно проводить обследование и ортодонт совместно с ортопедом определять конкретные задачи подготовительного этапа согласно поставленным задачам, учитывая пожелания и эстетические потребности пациента.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии и деформации, клиническая оценка, результат лечения

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

Адрес для переписки:

Марина Владимировна ГАЛИУЛЛИНА
450077, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Чернышевского, д. 104, каб. 4
Тел. +79174053913
ortstombgmu@gmail.com

Образец цитирования:

Ибрагимова И. Ф., Тимербулатова Г. А., Маннанова Ф. Ф.,
Галиуллина М. В., Юнусов Р. Р.
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ
РЕЗУЛЬТАТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОТЕТИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И ДЕФОРМАЦИЙ
Проблемы стоматологии, 2018, т. 14, № 4, стр. 117—120
© Ибрагимова И. Ф. и др. 2018
DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-4-117-120

Correspondence address:

Marina V. GALIULLINA
450077, Republic of Bashkortostan, Ufa, ul. Chernyshesky d. 104, room 4
Phone: +79174053913
ortstombgmu@gmail.com

For citation:

Ibragimova I. F., Timerbulatova G. A., Mannanova F. F.,
Galiullina M. V., Ganeev T. I.
CLINICAL OBSERVATIONS OF SOME OF THE NEGATIVE RESULTS
AND COMPLICATIONS AFTER PROSTHETIC CORRECTION
OF DENTOFACIAL ANOMALIES AND DEFORMATIONS
Actual problems in dentistry, 2018, vol. 14, № 4, pp. 117—120
© Ibragimova I. F. et al. 2018
DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-4-117-120

DOI: 10.18481/2077-7566-2018-14-4-117-120

CLINICAL OBSERVATIONS OF SOME OF THE NEGATIVE RESULTS AND COMPLICATIONS AFTER PROSTHETIC CORRECTION OF DENTOFACIAL ANOMALIES AND DEFORMATIONS

Ibragimova I. F., Timerbulatova G. A., Mannanova F. F., Galiullina M. V., Yunusov R. R.

Bashkir state medical University, Ufa, Russia

Annotation

Object. The results of clinical observations of the use of prosthetic methods to eliminate some symptoms of dentoalveolar anomalies, a combination of dentition defects and deformities are considered. The negative results of the prosthetic correction of clinical signs for the restoration of aesthetic disorders to identify the causes of complications and methods of their elimination were analyzed.

Purpose — to give a clinical assessment of the results of some methods of prosthetic correction to prevent complications.

Methodology. Clinical methods of examination and examination in dentistry, methods of detection of functional disorders.

Results. The considered clinical observations with negative results and analysis indicating the causes and methods of elimination, make it possible to recommend acceptable ways to prevent such complications, to clarify the indications for aesthetic correction, to expand the indications for orthodontic preparation before prosthetics with the restoration of functional occlusion, to develop an algorithm for diagnosis, prevention of complications.

Summary. When diagnosing, use the identification of not only morphological, but also functional disorders and in the treatment to pay special attention to possible complications, prevention methods. Wider use of special methods for orthodontic elimination of aesthetic disorders in the combination of dentition defects and dentoalveolar anomalies and deformities.

Keyword: dentoalveolar anomalies and deformities, clinical assessment, the result of treatment

Введение

Врач — ортопед-стоматолог при наличии сочетанной патологии дефекта зубного ряда с деформацией и зубочелюстной аномалией испытывает большие трудности при выборе способов коррекции имеющихся нарушений, предполагая нормализовать окклюзию протетическими методами быстро и «дешево» [1—8]. Приведем некоторые результаты клинических наблюдений таких решений.

Первый клинический случай. Пациентка Д., 44 года, обратилась через 5 месяцев после протезирования металлокерамическими несъемными протезами с жалобами на оголение шеек передних зубов на верхней челюсти, находящихся под коронками. Ее недовольство было вызвано тем, что не устранены щель между верхними центральными резцами и обратное их перекрытие, а также неудовлетворенным («старческим») внешним видом лица. Протезы были изготовлены в районном центре в сельской местности.

Осмотр выявил глубокое резцовое обратное перекрытие — мезиоокклюзию, при которой блокирующая окклюзия способствует перегрузке передней группы зубов, особенно при наличии пародонтита. Увеличенный язык, находящийся на дне полости рта из-за короткой уздечки, оказывает давление на передние зубы. Травматическая окклюзия без ее устранения ортодонтическими методами перед протезированием металлокерамическими протезами приводит к таким отрицательным результатам. При изучении функции глотания определен инфантильный тип, который необходимо в ходе исправления протезов устранить специальными упражнениями после



Рис. 1. Фотография лица:
а — в фас; б — в профиль; в — полость рта пациентки до и протезирования; г — после
Fig. 1. Face photo:
a — in front; b — in profile; c — oral cavity of the patient before prosthetics; d — after

пластики уздечки языка. Было предложено снятие изготовленных металлокерамических протезов и после исправления окклюзии ортодонтом вновь протезировать. Для разобшения и временного протезирования рекомендовано изготовление восстановительного съемного протеза, который будет заменен в дальнейшем на несъемную конструкцию.

Второй клинический случай. Пациентка А., 52 года, также обратилась с жалобами на возникшие осложнения при применении протетических методов без учета функциональных нарушений. При осмотре обнаружены нарушения окклюзии при давлении

языка на передние зубы из-за укороченной уздечки языка и инфантильного типа глотания. Травматическая окклюзия приводит к веерообразному расхождению передних зубов, особенно в случаях ослабления пародонта при пародонтите. При сочетании мезиоокклюзии и слабости круговой мышцы рта такие осложнения возникают чаще (рис. 3—5).

В анамнезе: пациентка неоднократно протезировалась по поводу 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 постепенное ее увеличение. Обратилась к ортопеду-стоматологу, который изготовил «эстетический» протез из металлокерамики на нижние резцы с замещением диастемы смоделированным дополнительным пятым резцом. Врач не обратил внимания на характер прикуса, принужденную прогению — выдвигание нижней челюсти вперед, укороченную уздечку языка, неправильное глотание (инфантильный тип глотания) и имеющийся генерализованный пародонтит средней степени тяжести, усугубленный травматической окклюзией. Привычка давления языком на зубы при короткой уздечке и выдвигание нижней челюсти вперед привело к поломке опорных депульпированных зубов, расцементированию коронок из-за постоянного давления языком и их подвижности. Резцы не шинированы правильно, с охватом более «крепких» опорных зубов — нижних клыков с более выраженными резервными силами пародонта (рис. 4).

Лечение. Пациентке в первую очередь был изготовлен временный пластиночный протез на нижнюю челюсть. От устранения вестибулярного наклона передних зубов трем и диастемы при помощи эджуайт-техники пациентка отказалась. Лечение завершено заменой мостовидных протезов в боковых участках на металлокерамические восстановительные. Изготовлены несъемная адгезивная ленточная шина для верхних передних зубов и каппа на верхний зубной ряд для ночного пользования с целью дополнитель-

ного шинирования. С учетом качественно запломбированных корней нижних резцов и низкого положения языка пациентке рекомендована подготовка культей сломанных резцов под съемную конструкцию и изготовлен съемный шинирующий бюгельный протез на нижнюю челюсть. Перекрытие нижних резцов верхними осуществлено в пределах 1 мм, чтобы не было перегрузки оставшихся зубов. Устранение привычки давления языком затруднено.

Анализ полученных клинических результатов протетического устранения признаков зубочелюстных аномалий и деформаций дает основание утверждать, что в исключительных случаях отказа пациента от ортодонтического предварительного лечения перед протезированием необходимо тщательно обследовать пациента, выявить сопутствующие заболевания и функциональные нарушения. Результаты наблюдения показывают довольно сложный характер достижения эстетического эффекта, особенно в случаях наличия функциональных нарушений.

Необходимо предоставлять пациенту подробную информацию с описанием обоснования плана лечения, указанием возможных осложнений и мер профилактики, озвучиванием возможных финансовых расходов и получать от него информированное согласие, которое обязательно должно быть подтверждено в амбулаторной карте подписью пациента.

Полученный в ходе лечебного процесса определенный опыт и клинические наблюдения позволяют нам рекомендовать в исключительных случаях для достижения эстетического результата при протезировании зубов использовать протетические методы коррекции имеющихся нарушений.

Почти у всех из числа принятых нами 28 пациентов с мезиоокклюзией, к которым была применена коррекция протетическими методами, достигнуты хорошие результаты, кроме 1 пациента, который не являлся в срок на изготовление восстановительной конструкции в боковом участке. Изготовленной временной каппой он не пользовался. Разобшение в боковых участках

с восстановлением высоты прикуса путем изготовления протезов только на передних зубах приводит к возникновению травматической окклюзии. Перегрузка и возможное обострение хронического пародонтита часто встречаются при глубоком резцовом обратном перекрытии. В вышеописанном случае возникшего осложнения пришлось снять временные коронки во фронтальном участке, назначить



Рис. 2. Фотография полости рта пациентки А., 52 года, после протетического устранения диастемы на нижней челюсти смоделированным пятым резцом

Fig. 2. Photograph of the oral cavity of the patient A., 52 years old, after prosthetic removal of the diastema on the lower jaw modeled by the fifth incisor



Рис. 3. Фотография полости рта пациентки А., 52 года, после отлома коронок опорных зубов, выпадение протеза

Fig. 3. Photograph of the oral cavity of the patient A., 52 years old, after breaking off crowns of the abutment teeth, prosthesis loss



Рис. 4. Фотография полости рта пациентки А., 52 года, после временного протезирования съемным протезом на нижней челюсти

Fig. 4. Photograph of the oral cavity of the patient A., 52 years old, after temporary prototyping removable denture on the lower jaw

лечение для снятия воспаления и, повторно повышая прикус одновременно во всех участках зубных рядов, изготовить окончательную конструкцию. Для одновременного разобщения нами рекомендована конструкция разобщающей каппы-протеза, которая восстанавливает имеющийся дефект и высоту прикуса, ориентируясь к высоте физиологического покоя. При этом было важно обеспечить центрическое положение нижней челюсти для нормального функционирования височно-нижнечелюстного сустава и пародонта зубов.

Таким образом, протетические методы выигрывают по срокам, но проигрывают при соблюдении принципа «бережное отношение к естественным зубам» из-за необходимости препарирования твердых тканей

естественных, особенно интактных зубов. В этом смысле сроки службы ортопедических конструкций зависят от многих причин, в том числе от качества изготовления (клинико-лабораторных этапов), то есть от компетенции специалистов как в диагностическом, так и лечебном плане. Клинический опыт показал необходимость более широкого использования по показаниям методов ортодонтической подготовки перед протезированием. Для сокращения сроков ортодонтического этапа лечения, учитывая пожелания пациентов, необходимо тщательно проводить обследование и ортодонт совместно с ортопедом определять конкретные задачи подготовительного этапа согласно поставленным задачам, учитывая пожелания и эстетические потребности пациента.

Литература

1. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: учебное пособие / И. Ю. Лебедеко, С. Д. Арутюнов, М. М. Антоник, А. А. Ступников. – Москва: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 112.
2. Копейкин, В. Н. Ошибки в ортопедической стоматологии / В. Н. Копейкин, М. З. Миргазизов, А. Ю. Малый. – Москва, 2002. – 240 с.
3. Маннанова, Ф. Ф. Диагностика и планирование лечения больных с дефектами зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями / Ф. Ф. Маннанова // Современная ортопедическая стоматология. – 2012. – № 17. – С. 58–61.
4. Маннанова, Ф. Ф. Принципы ортопедического лечения при дефектах зубных рядов, осложненных зубочелюстными деформациями / Ф. Ф. Маннанова, И. В. Валеев // Проблемы стоматологии. – 2006. – № 2. – С. 29–30.
5. Мягкова, Н. В. Современные возможности лечения взрослых пациентов с челюстной формой нарушения окклюзии / Н. В. Магкова, Н. В. Стяжкин // Проблемы стоматологии. – 2011. – № 5. – С. 56–60.
6. Хорошилкина, Ф. Я. Руководство по ортодонтии / Ф. Я. Хорошилкина. – Москва: Медицина, 2011. – 221 с.
7. Маннанова, Ф. Ф. Особенности лечения взрослых с мезиоокклюзией, сочетанной дефектами зубных рядов и зубочелюстными деформациями / Ф. Ф. Маннанова, Г. А. Тимербулатова, М. В. Галиуллина // Проблемы стоматологии. – 2016. – № 4. – С. 40–44.
8. Mitani, H. Early application of chin cap therapy to skeletal Class III malocclusion / H. Mitani // Amer. J. Orthodont. – 2002. – Vol. 121, № 5. – P. 584–585.
9. Treatment decision in adult patients with Class III malocclusion: Orthodontic therapy or orthognathic surgery? / A. Stellzig-Eisenhaeur, C. J. Lux, G. Schuster [et al.] // Amer. J. Orthodont. – 2002. – Vol. 122. – P. 27–37.

References

1. Lebedenko, I. YU., Arutyunov, S. D., Antonik, M. M., Stupnikov, A. A. (2006). *Klinicheskiye metody diagnostiki funktsional'nykh narusheniy zuchelystnoy sistemy: uchebnoye posobiye* [Clinical methods for diagnosing functional disorders of the dental system: a training manual]. Moscow: MEDPress-inform, 112. (In Russ.)
2. Kopeykin, V. N., Mirgazizov, M. Z., Malyy, A. YU. (2002). *Oshibki v ortopedicheskoy stomatologii* [Errors in prosthetic dentistry]. Moscow, 240. (In Russ.)
3. Mannanova, F. F. (2012). Diagnostika i planirovaniye lecheniya bol'nykh s defektami zubnykh ryadov, oslozhnennykh zuchelystnymi deformatsiyami [Diagnostics and treatment planning for patients with dentition defects complicated by dental-maxillary deformities]. *Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya* [Modern Orthopedic Dentistry], 17, 58–61. (In Russ.)
4. Mannanova, F. F., Valeev, I. V. (2006). Printsipy ortopedicheskogo lecheniya pri defektakh zubnykh ryadov, oslozhnennykh zuchelystnymi deformatsiyami [Principles of orthopedic treatment for defects of dentition complicated by dental-maxillary deformities]. *Problemy stomatologii* [Dental problems], 2, 29–30. (In Russ.)
5. Myagkova, N. V., Styazhkin, N. V. (2011). Sovremennyye vozmozhnosti lecheniya vzroslykh patsiyentov s chelystnoy formoy narusheniya okklyuzii [Current treatment options for adult patients with maxillary forms of occlusion]. *Problemy stomatologii* [Dental problems], 5, 56–60. (In Russ.)
6. Khoroshilkina, F. YA. (2011). Rukovodstvo po ortodontii [Guide to orthodontics]. Moscow: Medicine, 221. (In Russ.)
7. Mannanova, F. F., Timerbulatova, G. A., Galiullina, M. V. (2016). Osobennosti lecheniya vzroslykh s meziokklyuziyey, sochetannoy defektami zubnykh ryadov i zuchelystnymi deformatsiyami [Peculiarities of the treatment of adults with mesioocclusion, combined defects of dentition and dentofacial deformities]. *Problemy stomatologii* [Dental problems], 4, 40–44. (In Russ.)
8. Mitani, H. (2002). Early application of chin cap therapy to skeletal Class III malocclusion. *Amer. J. Orthodont*, 121, 5, 584–585.
9. Stellzig-Eisenhaeur, A., Lux, C. J., Schuster, G. et al. (2002). Treatment decision in adult patients with Class III malocclusion: Orthodontic therapy or orthognathic surgery? *Amer. J. Orthodont*, 122, 27–37.

Авторы:

Инна Фагимовна ИБРАГИМОВА

ассистент кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсами ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа 86i@mail.ru

Гульназ Аглиямовна ТИМЕРБУЛАТОВА

аспирант кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсами ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа ortodont-ufa@yandex.ru

Флора Фатыховна МАННАНОВА

д. м. н., профессор кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсами ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа flora_man@mail.ru

Марина Владимировна ГАЛИУЛЛИНА

к. м. н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсами ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа ortstombgmu@gmail.com

Ренат Рамизович ЮНУСОВ

ассистент кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсами ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа zubnik88@mail.ru

Authors:

Inna F. IBRAGIMOVA

Assistant of the Department of prosthetic dentistry and maxillofacial surgery with courses of idpo, Bashkir state medical University, Ufa 86i@mail.ru

Gulnaz A. TIMERBULATOVA

Postgraduate student of the Department of prosthetic dentistry and maxillofacial surgery with courses of idpo, Bashkir state medical University, Ufa ortodont-ufa@yandex.ru

Flora F. MANNANOVA

MD, Professor of the Department of orthopaedic dentistry and maxillofacial surgery with courses of idpo, Bashkir state medical University, Ufa flora_man@mail.ru

Marina V. GALIULLINA

PhD, associate Professor of orthopaedic dentistry and maxillofacial surgery with courses of idpo, Bashkir state medical University, Ufa ortstombgmu@gmail.com

Renat R. YUNUSOV

Assistant of the Department of prosthetic dentistry and maxillofacial surgery with courses of idpo, Bashkir state medical University, Ufa zubnik88@mail.ru