

Ортодонтическая и ортопедическая коррекция аномалий окклюзии зубных рядов у пациентов с феноменом Попова-Годона*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Нарушения в челюстно-лицевой области при адентии зависят от количества отсутствующих зубов, при этом у больного изменяется внешний вид, нарушаются функции жевания (откусывания пищи) что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко эти нарушения являются причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера. Образование дефектов зубных рядов, которые являются анатомическими нарушениями, ведут к нарушениям функций, которые в свою очередь усугубляют морфологические нарушения в зубочелюстном аппарате больного.

Ключевые слова: Феномен Попова-Годона, аномалии окклюзии зубных рядов, брекет-системы

Целью данной работы является изучение и обзор литературных источников о феномена Попова-Годона и способах коррекции деформаций и аномалий окклюзии зубных рядов.

Под феноменом Попова-Годона понимают смещение зубов в различных направлениях после образования дефекта в зубной дуге, которое приводит к деформациям окклюзионной кривой. Данное осложнение может встречаться в любом возрасте и развивается как следствие удаления части зубов, либо в тех случаях, когда разрушены зубы-антагонисты.

Вместе со смещением зубов в сторону дефекта и изменением осевого наклона из-за несвоевременного исправления дефекта, очень часто отмечаются нарушение окклюзионной поверхности зубных рядов вследствие смещения их по вертикали.

Наиболее распространенным способом лечения данной аномалии на сегодняшний день остается метод сошлифовывания. Для определения объема сошлифовывания изучаются диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, а также боковые телерентгенограммы.

Для определения смещения зуба проводят окклюзионную плоскость, определяя величину снимаемых по окклюзионной поверхности тканей. При смещении на незначительную величину препарируются ткани в пределах эмали, с последующей ремтерапией. Если при стачивании требуется сошлифовать и часть дентина, то зуб необходимо обязательно покрыть коронкой.

При конвергенции дистально расположенного опорного зуба и отсутствии вертикального сдвига зубов-антагонистов, применяют мостовидные протезы обычной конструкции, с массивной сошлифовкой зубов, которые конвергируются после их депульпирования.

Для замещения дефектов зубных рядов, которые осложнились осевым наклоном опорных зубов применяются сборные конструкции мостовидных протезов. Разнообразие деформаций нередко усложняет, а в большинстве случаев мешает рациональному протезированию. В связи с этим, для устранения деформаций окклюзионной плоскости, вызванной вторичным перемещением зубов, кроме сошлифовки зубов применяют перемещение выдвинутых зубов (аппаратурный способ лечения зубочелюстных деформаций) в комплексе с хирургическим (компактоosteотомия).

Сущность аппаратурного метода заключается в применении пластиночных протезов с высокими зубами или накусочными площадками, с помощью которых удлинившиеся естественные зубы получают большую функциональную нагрузку, чем другие зубы. В результате функциональной нагрузки их опорного аппарата происходит перестройка альвеолярного отростка. Это приводит к укорочению удлинившихся зубов и выравниванию в той или иной степени окклюзионной поверхности зубных рядов.

Х.А. Каламарковым для дистального сдвига зубов предложен съемный аппарат, который включает в себя металлическую коронку, фиксированную на последнем моляре и пластмассовую капу для всех зубов челюсти. К оральной и вестибулярной сторонам коронки, а также к пластмассовой капе и зубам, подлежащим смещению, на уровне экватора припаивали горизонтальные трубочки, в трубочки вставляли дугообразные стержни с резьбой и регулирующей гайкой. Через день гайку поворачивали на ХА оборота для стягивания дуги.

С.Д. Флигель (1974), L.M. Reinolds (1966), Fnderson G.M. (1960), W.I.V. Hotston (1978) проводили перемещение аномально расположенных моляров с помощью съемных ортодонтических аппаратов, а также аппаратуры Бегга.

В лечении аналогичной патологии используются механически действующие и функционально-направляющие аппараты.

При наклоне зубов, а также при смещении вследствие заболеваний пародонта, перед протезированием обязательно рекомендуют ортопедическую подготовку, которую проводят с помощью съемных аппаратов с применением средних сил, с большими интервалами активирования последних.

Для перемещения наклоненных жевательных зубов с язычной стороны Мусеви В.М., (1971), Jaworski Z.(1978) предлагают одностороннюю капу на здоровые моляры. В капе с язычной стороны - проволочные толкатели, которые подходят к зубу, подлежащему перемещению. На перемещенных зубах металлические коронки, на язычной поверхности которых есть ретенционные пункты. Для этого к коронке припаивают две горизонтальные параллельно расположенные проволочные балочки.

При несвоевременном протезировании дефектов зубных рядов, зубы, исключенные из функции из-за потери антагонистов, могут принимать аномальное положение.

Неоднозначно мнение ученых относительно перемещения аномально расположенных зубов с живой пульпой и депульпированных, а также зубов, расположенных в разных плоскостях.

В современной стоматологии особое место в аппаратурном (ортопедическом) методе занимает брекет-аппаратура, которая активно работает у взрослых на хороший результат в относительно короткие сроки.

Сокращение сроков ортодонтического лечения взрослых является давней проблемой врачей-ортопедов. Возможности использования ортодонтической аппаратуры у взрослых ввиду ряда объективных причин ограничены.

Хирургическое вмешательство с целью сокращения сроков перемещения зубов применяется давно. Однако результаты лечения не всегда были эффективными.

С развитием хирургической техники применение хирургических мероприятий получило дальнейшее развитие. А. А. Лимберг предложил полную декортикацию участка челюсти, однако эта методика нуждается в усовершенствовании в связи со сложностью ее выполнения и высокой травматичностью.

Н. Kole (1960) произвел кортикотомию межлуночковых стенок альвеолярного отростка переднего отдела верхней челюсти. В основу способа автор положил ослабление целостности наиболее устойчивого слоя кости - компактного вещества.

Е. Л. Кириак (1970,1973), А. Т. Титова (1975) с целью перемещения зубов использовали решетчатую компактоостеотомию над их корнями, а также между и вдоль их лунок.

А.Н. Зайцев (1978) рекомендует проводить ослабление компактного слоя кости специальным инструментом методом прокола.

С целью деминерализации компактного слоя кости В. П. Неспрядько (1971) произвел линейную компактоостеотомию. В результате костной травмы развивается пролиферативное воспаление по периферии зоны альтерации, компактный слой теряет свою обычную структуру, деминерализуется, что облегчает перемещение зуба. Существование зоны активной структурной перестройки кости на значительном удалении от участка альтерации, по мнению автора, может служить основанием для применения в некоторых случаях менее травматических методов.

Также возможно насильственное перемещение зубов путем одномоментного перемещения. Доказано, что при перемещении зуба в первую очередь нарушается связочный аппарат, появляется существенная подвижность зуба, однако нервно-сосудистый пучок при этом не нарушается. В первые 10 дней отмечается гиперемия пульпы, после чего происходит ее нормализация. Граница эпителия десневого кармана на стороне разрыва восстанавливается через 5 дней.

Проводя анализ исследований метода «redreseman forse» А. И. Погодина считает, что при определенных показаниях он является методом выбора потому, что на лечение уходит в среднем полтора месяца вместо одного года при аппаратном лечении, при этом не отмечается рецидивов лечения.

К удалению зубов с целью исправления деформаций окклюзионной плоскости, как наиболее радикальному способу, прибегают тогда, когда другие методы являются безуспешными или противопоказанными.

При резко выраженной гипертрофии альвеолярного отростка одновременно с удалением зуба необходимо прибегнуть к частичной его резекции.

С помощью хирургических методов достигается сокращение сроков ортодонтического лечения, возможность смены положения зубов, которые не поддаются перемещению, особенно у взрослых пациентов, отсутствие рецидивов.

Однако метод хирургической интенсификации имеет ряд недостатков, главным из которых является его травматичность, послеоперационный период сопровождается болезненными ощущениями, отеком мягких тканей.

Заключение

В настоящее время исследования направлены на поиск менее травматичных методов и повышение репаративных пластических процессов в костной ткани.

В связи с этим, разработаны более щадящие и менее травматические способы лечения: вакуум-терапию; ультразвук; вибрационное воздействие; электрофорез.

Особенно выраженным клиническим эффектом обладают разнообразные виды стимулирующих методов, в сочетании с комплексом хирургии, ортопедии и ортодонтии.

Все они с успехом могут быть использованы при лечении многих стоматологических заболеваний, в том числе и для лечения нарушений зубочелюстного аппарата у пациентов с феноменом Попова-Годона.

Литература

1. Величко Л.С., Белодед Л.В. Ортопедическое лечение первичных адентий // Современная стоматология. – 2008. – № 3. – С. 28–30.
2. Венатовская Н.В. Протезирование дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов как профилактика зубочелюстных аномалий у детей: от необходимости к возможностям / Н.В. Венатовская, Е.А. Пудовкина, Д.Е. Суятенков, А.Г. Прошин // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Том 7. – № 1. – С. 226–230.
3. Газизуллина О.Р. Некоторые постуральные аспекты в практике врача-ортодонта // Врач-аспирант. – 2013. – № 1.1(56) – С. 142–145.
4. Данилова М.А., Газизуллина О.Р. Диагностика на стыке специальностей: стоматология, рентгенология, терапия, эндокринология, остеопатия // Здоровье семьи – 21 век [Электронный журнал]. – 2012. – № 4.
5. Данилова М.А., Ишмурзин П.В., Захаров С.В. Теоретическое обоснование миофункциональной коррекции сагиттальных аномалий окклюзии и дисфункции височнонижнечелюстного сустава // Стоматология. – 2012. – № 3, т.91. – С. 65–69.
6. Долгов, А.А. Лечение феномена Попова-Годона с применением миниимплантов / А.А. Долгов, В.А. Рева // Материалы IV Сиб. конгресса. – Новосибирск, 2009. – С.51-52.
7. Коннов В.В., Пичугина Е.Н., Попко Е.С., Арушанян А.Р., Пылаев Э.В. Мышечно суставная дисфункция и ее взаимосвязь с окклюзионными нарушениями // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6-0. – С. 131.
8. Наумович С.А. Ортопедическая стоматология. Протезирование съемными пластиночными и бюгельными протезами : учеб. пособие / С.А. Наумович и др. – Минск: БГМУ, 2009. – 212 с.
9. Пичугина Е.Н., Арушанян А.Р., Конов В.В., Разаков Д.Х., Сальников В.Н. Способ оценки окклюзионных взаимоотношений зубов и зубных рядов // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. - № 11. – С. 52.
10. Пичугина Е.Н., Пичугина Н.Н. Методы диагностики пациентов с окклюзионными нарушениями зубов и зубных рядов в сочетании с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5. - №12. – С. 175.
11. Сальников В.Н. Возрастная и индивидуальная изменчивость высот лица в период от 8 лет до 21 года при нейтральном, дистальном и мезиальном прикусах // Современные наукоемкие технологии. – 2008. - №5. – С. 23.
12. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов и зубных рядов, аномалии прикуса, многофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.