

Мезіальний прикус, горизонтальний тип росту.

Клінічний випадок

Поширеність патології прикусу серед дітей і підлітків зростає з кожним роком. Але якщо корекція прикусу в пацієнтів з дистальною оклюзією стала рутинною практикою для лікаря-ортодонта, то лікування пацієнтів із приводу мезіального прикусу іноді викликає складнощі. На щастя, цей вид патології прикусу зустрічається рідко і показник поширеності серед людей європеїдної раси складає не більше 7%.

Тобто можна сказати, що 1 з 13 пацієнтів, які звернулися до лікаря-ортодонта, має мезіальний прикус.

За наявності скелетної форми мезіального прикусу в дорослих пацієнтів у процесі лікування необхідна участь щелепно-лицьового хірурга, оскільки зіставити без ускладнень базили щелеп різного розміру за допомогою зубів не є можливим (мал. 1). Особливо це актуально, якщо череп росте за вертикальним типом.

За наявності в пацієнта нейтрального чи горизонтального типу росту черепа можна скористатися вертикальною компенсацією у вигляді підняття висоти прикусу. У цьому випадку підборіддя зміщується не лише донизу, але і назад, внаслідок чого створюються кращі умови для зіставлення зубів, покращується профіль і вираз обличчя.



Мал. 1а. Мезіальний прикус, завершений ріст



Мал. 1б. Мезіальний прикус, завершений ріст

Клінічний випадок

Пацієнт Л. В., підліток, 17 років, звернувся з метою корекції прикусу. Головна скарга: періодичні підвивихи н/щ при пережовуванні твердої їжі, що супроводжуються больовими відчуттями. Пацієнту була проведена санація порожнини рота і повна ортодонтична діагностика (фото зубів, обличчя, діагностичні моделі, реєстрація прикусу, ОПТГ, ТРГ з розшифруванням даних). Одним з очевидних симптомів було виражене зворотне різцеве перекриття в положенні центральної оклюзії (далі ЦО). Проте в стані центрального співвідношення (далі ЦС) пацієнт міг без проблем зіставити різці в положення «дотик-в-дотик», що давало сприятливий прогноз при використанні консервативного методу лікування (мал. 2).



Мал. 2а. Діагностика, внутрішньоротові фото, до лікування



Мал. 2б. Обличчя фас, до лікування



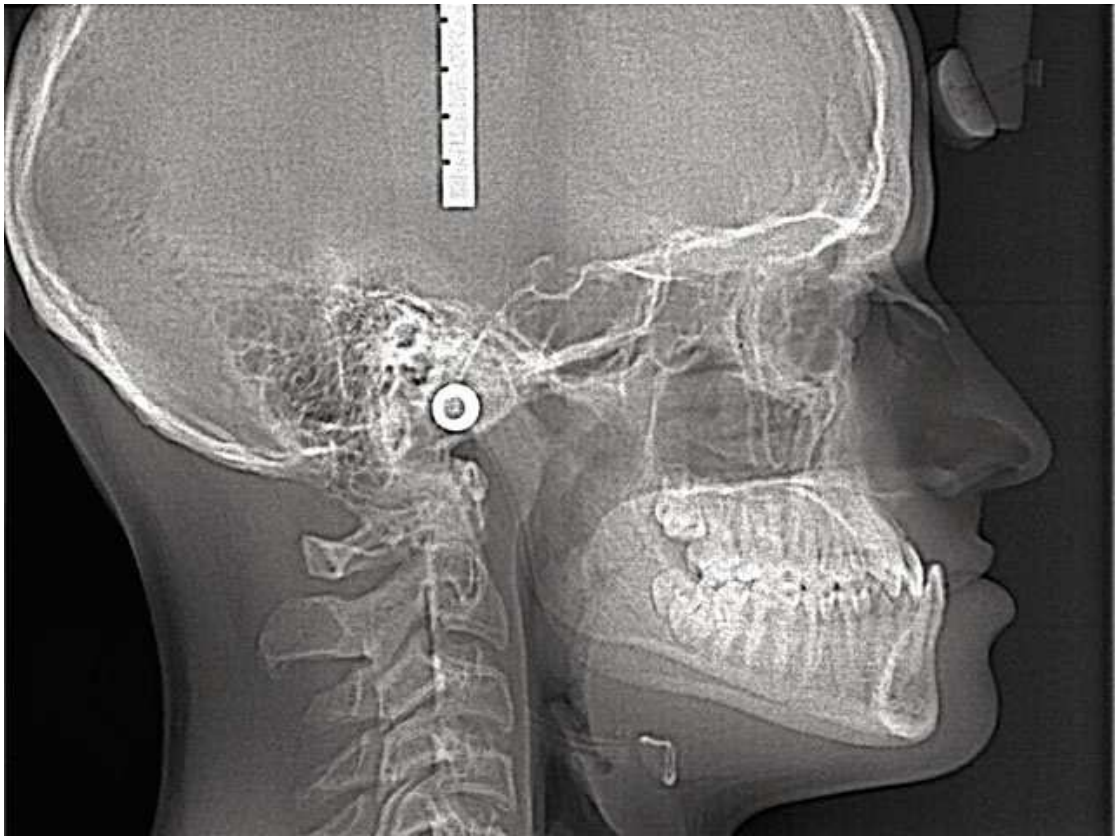
Мал. 2в. Обличчя в профіль, до лікування



Мал. 2г. Обличчя впівоберта, до лікування



Мал. 2д. ОПТГ до лікування



Мал. 2е. ТРГ до лікування

Після обробки отриманих даних було виявлено наступне.
Діагноз:

- Тип росту черепа нейтральний, з тенденцією до горизонтального.
- Тип росту нижньої щелепи (далі – н/щ) горизонтальний.
- Положення верхньої щелепи (далі – в/щ) нейтральне.
- Протрузія (висунення у вестибулярний бік) н/щ (вимушене протрузивне положення в ЦО).

Співвідношення зубів з правого боку:

- Молярів по класу 1
- Іклів по класу 3 (3 мм.)

Співвідношення зубів з лівого боку:

- Молярів по класу 1
- Іклів по класу 3 (3 мм.)
- Звуження в/щ у ділянці премолярів і молярів 4-5 мм, зворотне перекриття бічної групи зубів ліворуч.
- Скупченість у фронтальному відділі в/щ середнього ступеня.
- Перекриття різців по вертикалі 4-5 мм.
- Зворотне різцеве перекриття по сагіталі 3-4 мм.
- Дефіцит висоти прикусу, недостатня підтримка суглоба по вертикалі.

- Розтягування суглобової сумки, звичні підвивихи, безболісні.
- Профіль увігнутий, висота нижньої третини обличчя знижена.

На етапі узгодження плану лікування пацієнту було запропоновано 2 варіанти: метод ортогнатичної хірургії (укорочення довжини тіла н/щ до зіставлення з базисом в/щ) і консервативний метод (зубоальвеолярна компенсація і зіставлення зубів у центральному співвідношенні, оскільки при центральній оклюзії є вимушене положення н/щ). Від хірургічного плану лікування пацієнт відмовився. Подальше планування лікування проводилося з урахуванням використання консервативного методу.

Цілі лікування

1. Розширення в/щ у ділянці молярів і премолярів.
2. Підняття висоти прикусу.
3. Закриття проміжків на н/щ.
4. Протрузія різців в/щ.

План лікування

1. Ортодонтичний апарат Хайрекс на накладках (7-і вільні) в/щ.



2. Кільця на верхні і нижні 7-і зуби + міжщелепні еластики (4,6 мм, 150 грамів).
3. Стабілізація висоти прикусу на 7-х зубах.
4. Брекет-система н/щ, в/щ, кільця на перші моляри н/щ, в/щ.

5. Встановлення багатопетельної дуги н/щ, короткі міжщелепні еластики, екструзія (витягування у вертикальному напрямі) премолярів н/щ, стабілізація нової висоти прикусу.
6. Створення перекриття нижніх зубів верхніми.
7. Коробкові (box) еластики в бічній групі зубів.
8. Деталізація.
9. Зняття брекет-системи, чищення, поліровка поверхонь зубів.
10. Термокапа, ретейнер в/щ, н/щ на 1 рік.

Обговорення

Оскільки клінічна ситуація характеризувалася наявністю вимушеного положення н/щ у стані центральної оклюзії (далі ЦО), важливо було визначити центральне співвідношення (далі ЦС). Це було необхідно для виготовлення накладок апарату Хайрекс саме в ЦС, для того, щоб послідовна екструзія зубів йшла в центричному положенні н/щ. Другі моляри на в/щ вільні від накладок. У віці 17 років складно розраховувати на розрив піднебінного шва для корпусного стабільного розширення в/щ, оскільки до цього часу відбувається майже повне зрощення верхньощелепних кісток.

Проте саме цього спробували добитися консервативним методом. Після фіксації апарату Хайрекс була проведена активація 2 рази на 1/4 оберти і дані рекомендації батькам по подальшій активації (2 активації по 1/4 наступного дня і по 1 активації на 1/4 оберти в наступні дні впродовж 14 днів). На жаль, добитися розриву піднебінного шва не вдалося, і розширення мало швидше зубоальвеолярний характер, ніж скелетний. Але потрібна величина в 5 мм. була досягнута за 18 днів.

Після розширення необхідно було починати підняття висоти прикусу. Для цього були зафіксовані кільця на верхні і нижні другі моляри і дані рекомендації з носіння еластиків 4,6 мм, 130 грамів. Після стабілізації нової висоти прикусу можна було переходити на брекет-систему. На 2-му місяці лікування була поставлена система на всю н/щ (мал. 3), а на 4-му місяці (після стабілізації розширення в/щ) – система на в/щ. Також були встановлені склоіономерні накладки на верхні 6-і зуби для підтримки висоти прикусу разом з 7-ми зубами.



Мал. 3а. Стабілізація розширення в/щ



Мал. 3б. Вирівнювання н/щ

На цьому етапі був контакт на 7-х зубах, 6-х зубах (на накладках) і на зубах фронтальної групи. Далі необхідно було забезпечити екструзію премоларів н/щ. Для цього була підготовлена мультипетельна дуга на н/щ. Активація за типом StepUp на 2-ій петлі і StepDown на 4-ій петлі. На в/щ встановлена дуга. Дані еластиків 4,6 мм, 150 грамів, короткі, по класу 3 (мал. 4).





*Мал. 4.
Мультіплетельна система на н/щ, пряма дуга на в/щ, короткий еластик по класу 3*

Після створення позитивного перекриття на різцях еластики дані у вигляді Вох, на премоляри, 6,4 мм, 146 грамів (мал. 5).



Мал. 5. Зведення премолярів, Вох еластики

Потім були прибрані накладки з 6-х зубів і за допомогою еластиків 6-і зуби дотягли. Деталізація зубів для створення фісурно-горбикових контактів, перевірка рухів нижньої щелепи вперед і в сторони, інтерференцій не виявлено.

Через 9 місяців брекети були зняті, проведено чищення і полірування поверхонь зубів (мал. 6).



Мал. 6а. Закінчення активної фази лікування брекет-системою через 9 міс.



Мал. 6б. Обличчя фас, після лікування



Мал. 6в. Обличчя в профіль, після лікування



Мал. 6г. Обличчя впівоберта, після лікування

Для подальшої стабілізації були використані знімні термокапи і ретейнери, які пацієнту рекомендувалося носити перші 2

тижні постійно (окрім прийому їжі). Потім тільки на ніч впродовж одного року.

Контроль був проведений через 6 місяців після зняття брекет-системи (мал. 7).



Мал. 7а. Контроль через 6 міс. після закінчення лікування, фас



Мал. 7б. Контроль через 6 міс. після закінчення лікування, оклюзія



Мал. 7в. Контроль через 6 міс. після закінчення лікування, профіль



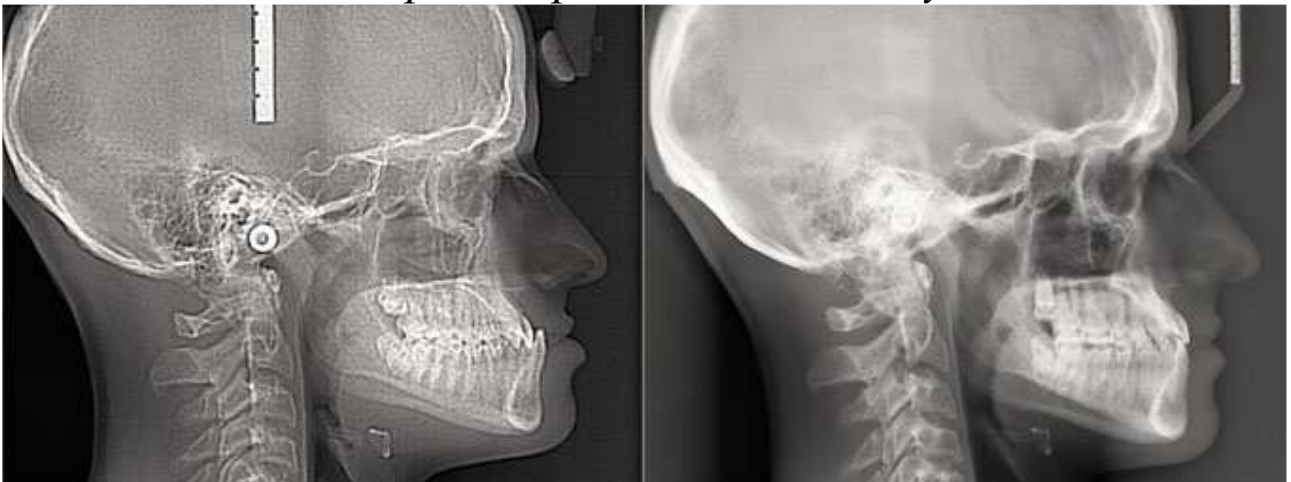
Мал. 7г. Контроль через 6 міс. після закінчення лікування, внівоберта



Мал. 7д. Контроль через 6 міс. після лікування, ОППГ



Мал. 7е. Контроль через 6 міс. після лікування, ТРГ



Порівняння результатів до і після лікування

Висновки

Наявність вираженої аномалії і деформації прикусу в пацієнта в деяких випадках може дезорієнтувати лікаря-ортодонта при проведенні первинного огляду, проте ретельний аналіз і діагностика початкових даних разом з оцінкою впливу сприятливих і несприятливих чинників можуть сприяти складанню попереднього плану лікування. Зрозуміло, ортодонт у парі з щелепно-лицьовим хірургом можуть добитися набагато кращого результату, ніж поодиночі. Проте в тому випадку, якщо з якихось причин така співпраця неможлива, використання знань і сил лікаря-ортодонта може дати досить високий естетичний, функціональний і стабільний результат.

За матеріалами сайту: <https://dentalmagazine.ru>