

## **Комплексний підхід у лікуванні. Ортодонт + ортопед**

Світ так нестримно змінюється. Подумати тільки, ще позавчора нашим пацієнтам треба було детально пояснювати, що таке брекети, а багато стоматологів розповідали, що «ці дужки» псують зуби. Учора хворому давався вибір «або ходимо два роки в брекетах і вирівнюємо зуби, або «запилюємо» їх під кераміку». І, нарешті, настало сьогодні. Сьогодні в реченні «ортодонт або ортопед» помінявся сполучник, тепер це звучить «ортодонт і ортопед», до їх взаємного задоволення, а головне – до задоволення пацієнта.

Комплексний підхід прийшов у стоматологію як віяння часу. Пішли в минуле ті роки, коли стоматолог об'єднував у собі всі спеціальності: він же і лікував, він же і видаляв, він же і пересував зуби, бо був у населеному пункті одним-єдиним і метою його роботи було відновлення функції жування. Це мало свої плюси. У голові однієї людини зароджувався план дій, послідовність виконання, так би мовити, стратегія бою, і він же реалізовував цей план. І, головне для пацієнта, він і тільки він відповідав за кінцевий результат. Правда, вимоги до якості результату були не такі високі, та і вартість була на порядок нижче за нинішню.

Сучасний пацієнт набагато прискіпливіший до естетики результату, ніж його бабусі і дідусі. Так, він не був у стоматолога останні 10-15 років і в роті в нього відсутня частина зубів і є присутнім ряд вторинних деформацій. Але пацієнт хоче, щоб йому зробили «Голівуд», бажано швидко і «навіки».

Хтось погоджується – і потрапляє в пастку. Бо вузький фахівець не завжди зможе задовольнити вимоги пацієнта тільки власними силами, а розумний фахівець не завжди захоче. «Звичайно, відправиш пацієнта на консультацію до ортодонта, він і загубиться», – може подумати хтось. Не загубиться, якщо з пацієнтом працює команда лікарів. А команда – це спільна концепція, хороша комунікація і вміння «підставити плече».

Часто команда формується роками. Основна проблема – дефіцит часу для спілкування фахівців і брак інформації про можливості суміжних спеціальностей. Навіть якщо з цим усе гаразд, може виникнути проблема, хто в команді «капітан», а

хто – координатор проекту. Помучившись досить довгий час, я виробила для себе наступне правило. Капітан команди – лікар, який завершує лікування, тобто ортопед. Координатор – лікар, який найдовше лікує пацієнта, тобто ортодонт. Звичайно, у цій команді будуть інші фахівці: терапевт, хірург, пародонтолог. Хочеться бачити в ній і остеопата, і психолога, а іноді і адвоката

Але завжди треба пам'ятати, що ми – команда. Якщо до вас потрапляє «комплексний» пацієнт, не забувайте зайвий раз зв'язатися з «попереднім» лікарем, щоб ще раз погоджувати своє втручання, і потім зв'язатися з «наступним» лікарем, так би мовити, простежити, що пацієнта призначили на прийом, що він відбувся. Так, це «живий ланцюжок», «естафета», кому як більше подобається. Але виграє та команда, яка злагоджено дійде до фінішу, а не та, в якій є «зоряні» гравці. Хоча «зірки» бувають не такими далекими, як здається.

Пацієнтка І. (мал. 1-19) відправлена на консультацію до ортодонта ортопедом. Стан 2.2, 2.4 незадовільний.



*Мал. 1. До лікування*



*Мал. 2. До лікування*



*Мал. 3. До лікування*



*Мал. 4. ОТПГ до лікування*



*Мал. 5. Посмішка до лікування*



*Мал. 6. Посмішка до лікування*



*Мал. 7. Після ортодонтичної підготовки*



*Мал. 8. Після ортодонтичної підготовки*



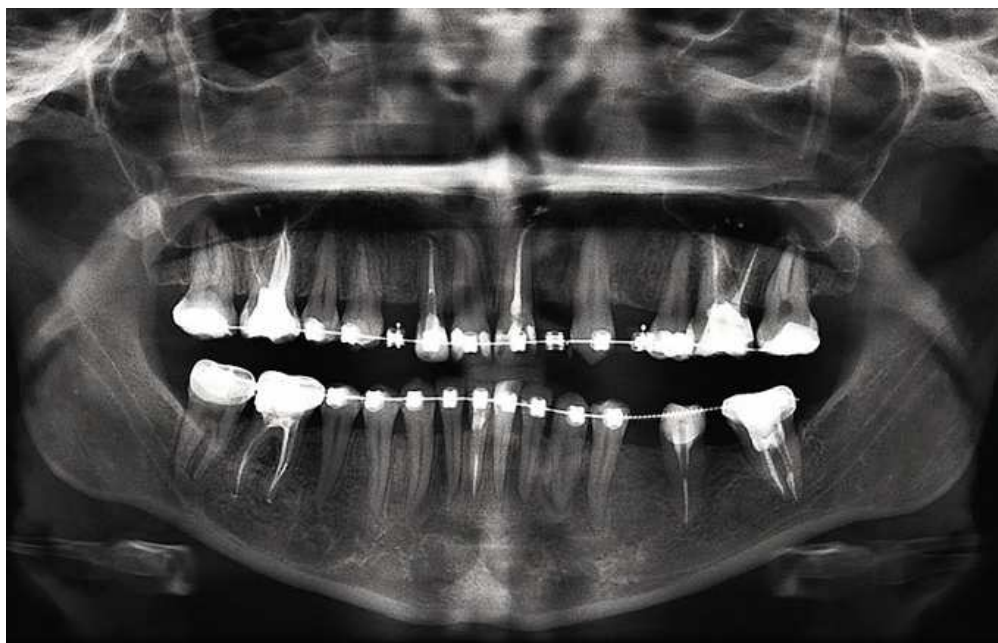
*Мал. 9. Після ортодонтичної підготовки*



*Мал. 10. Посмішка після ортодонтичної підготовки*



*Мал. 11. Посмішка після ортодонтичної підготовки*



*Мал. 12. ОПТГ після ортодонтичної підготовки*



*Мал. 13. Після лікування*



*Мал. 14. Після лікування*



*Мал. 15. Після лікування*



*Мал. 16. Після лікування*



*Мал. 17. Після лікування*



*Мал. 18. Посмішка після лікування*



*Мал. 19. Посмішка після лікування*

Було прийняте рішення про їх видалення. Мостовидний протез з опорою на 1.1 і 2.5 – не вихід, а в щелепі знаходиться ретенований 2.3. 1.3 був видалений в анамнезі. 1.2 – стан після резекції верхівки кореня.

Ортодонтичний діагноз: 2-й скелетний клас, 2-й зубоальвеолярний клас, 2-й підклас. Глибокий прикус. Ретрузія фронту верхньої і нижньої щелепи. Є вторинні деформації зубних рядів. Страждає підтримка верхньої губи. Незадовільна естетика посмішки.

Ортопед поставив основне завдання – дістати ретенований зуб. І дав повну свободу ортодонті. Було прийняте рішення розкривати місце під протезування чи імплантацію 1.3 і обмежитися компромісним лікуванням в об'ємі усунення глибоко-

го прикусу і переводу 2/2 в 2/1. В процесі лікування сталося мимовільне прорізування 2.3. На етапі лікування була зроблена ОПТГ для обговорення з ортопедом та імплантологом. Ортодонту цікаво було почути зауваження по положенню зубів від ортопеда, поки брекети стоять на зубах і можлива корекція. У свою чергу, ортодонт висловив побажання, щоб ортопедична конструкція була ретейнером у ділянці верхніх фронтальних зубів. Також був детально обговорений план «перехідного» періоду. У проміжку між зняттям брекетів і постановкою ортопедичних конструкцій необхідно продумати тимчасову ретенцію. Та таку, щоб ретейнер, з одного боку, тримав зуби, а з іншого – не заважав ортопедові проводити препарування зубів і зняття відбитків. Після закінчення роботи як ретейнер на нижній щелепі використовується OSAMU -ретейнер.

Ортодонтична підготовка зайняла 2 роки. Результат – оптимальний нахил різців на верхній щелепі. Більш прийнятна оклюзія. Ще один зуб під опору. Покращення положення опорних зубів. Чи зручніше ортопедові працювати в таких умовах? Запитаємо в нього.

Коментарі І. Джегуса (мал. 20-23):

«Завданням ортопеда в подібних випадках є оптимізація оклюзії з одночасним досягненням естетичної і функціональної реабілітації з дотриманням мінімальної інвазивності, вимог ортодонта, побажань пацієнта з урахуванням клінічної ситуації.



*Мал. 20. До ортопедичного лікування*



*Мал. 21. Після фіксації*



*Мал. 22. Після фіксації*



*Мал. 23. Після фіксації*

Ортодонт, як вказувалося вище, висловив побажання застосування шінуючої конструкції на фронтальних зубах верхньої щелепи. Схожий досвід шинування в нашій лікарській зв'язці вже був у минулому, але тоді різці та ікла верхньої щелепи були покриті тонкими вінірами з фронтального боку і ліговані дротом і рідким композитом за допомогою кислотного протравлення емалі на піднебінних поверхнях. У даному випадку такий метод виявився б непридатним через те, що імплантати на 12 і 22 зуби, будь вони встановлені імплантологом, були б тотально вкриті керамічними коронками, що утруднило б протравлення і лігування. Пацієнт же побажав освітлити зуби в лінії посмішки і категорично відмовився від постановки імплантатів. Виходячи з цієї клінічної ситуації і нових даних анамнезу, для ідеалізації оклюзійної площини було вирішено застосувати суцільнокерамічні зубні мостовидні незнімні протези на ділянках зубних рядів з адентією і мінімально інвазивне тотальне протезування інших зубів одиночними вінірами. Були послідовно застосовані WOX-UP, МОСК-UP, тимчасове протезування з частковим використанням металокераміки, а потім тотальне безметалеве протезування: мостовидні протези з каркасами з оксиду цирконію, одиночні вініри і напівкоронки на каркасах з прес-кераміки.

Етап протезування зайняв у цілому приблизно два місяці. Пацієнт задоволений, лікарський тандем – теж.

Р. S. У контексті лікування пацієнта не згадуються ще два члени команди. Перший – стоматолог-терапевт, який здійснює як «перед ортодонтичну підготовку», що ініціює, так і проміжну «перед ортопедичну підготовку».

Робота цього, як правило, «скромного, але надійного» фахівця – фундамент для будівлі, яку звели ортодонт з ортопедом. Другий – хірург. Резекція верхівки кореня, видалення коренів безнадійних зубів і готовність розкрити зачаток ретенуваного зуба, коли він не прорізується: усе це – хірургічна підтримка процесу, здійснювана, як правило, «найсміливішим» фахівцем. Отже, капітан – ортопед, координатор – ортодонт, «скромний, але надійний», – терапевт, «найсміливіший», – хірург.

**Автори:** І. Т. Джегус, лікар-ортопед; С. В. Камалова, лікар-ортодонт