

Комплексний підхід у лікуванні зубощелепної аномалії у дитини з 9 до 13 років

Однією з частих причин для формування комплексів у дітей і підлітків є незадовільний зовнішній вигляд посмішки і зубів. Відомо, що діти особливо жорстокі по відношенню один до одного. А дитина/підліток, який не вигідно виділяється з оточення, часто стає предметом кепкувань з боку однолітків. І якщо багато недоліків вдається успішно приховувати, то проблеми з видимою частиною зубів і посмішкою замаскувати досить складно. У результаті діти відмежуються від суспільства, замикаються в собі. З'являються набуті порушення миміки і артикуляції.



Хочу поділитися з Вами історією одного ортодонтичного лікування, де мені довелося виступити в ролі лікаря, психолога і педагога.

Пацієнт А. 2004

р/н потрапив до мене на консультацію у віці 9 років.

Діагноз: звуження верхньої і нижньої щелепи, скупчене розташування зубів на верхній і нижній щелепі у фронтальній ділянці, піднебінне положення 1.2 зуба, множинний карієс, погана гігієна порожнини рота (фото 1).



Первинно була проведена професійна гігієна і санація, а також навчання правилам чищення зубів у домашніх умовах. Потім був виготовлений знімний пластинковий апарат на верхню щелепу з накусочними площадками в ділянці бічних зубів, пружиновидним товкачем для 1.2 зуба, розширювальним гвинтом і вестибулярною дугою.

Використання апарату тривало 2,5 місяці, до виведення з блоку зуба 1.2 і незначного розширення верхньої щелепи (фото2).



Апарат був загублений і сталася незапланована перерва в кілька місяців, але потім нам все-таки вдалося продовжити роботу. Було проведене лікування карієсу 1.6, і 4.6 зубів. Установка умовно знімного апарату Quad Helux (фото 3). Активация на розширення і плавну деротацію молярів.



Варто також відмітити, що успішність проведення лікування на перших етапах ускладнилася низькою відповідальністю пацієнта стосовно гігієни і неможливістю батьків своєчасно відвідувати контрольні огляди. Довелося провести активну психологічно-педагогічну роботу, щоб перейти до подальшої стадії лікування на брекет-системі. І через 6-7 місяців, після фіксації Quad Helyx, була встановлена лігатурна брекет-система (фото 4, 5)



У даному випадку була використана не зовсім стандартна (навіть дещо суперечлива) тактика лікування. Вже на етапі нівелювання тонкими дугами були підключені розкриваючі пружини в ділянці 1.4 – 1.2 зубів і 4.2 – 4.4 зубів для створення місця зубам 1.3 і 4.3 відповідно (фото 6).



Далі було створено «вікно» на слизовій оболонці в проекції коронки 1.3 зуба – приклеєний «тимчасовий» брекет малого розміру (як альтернатива ортодонтичної кнопки) і підключена слабка тяга (фото 7) екструзії.



У міру прорізування постійних зубів – вони так само були включені в брекет-систему і плавно поставлені в зубну дугу (фото 7, 8, 9, 10). Під час кожного прийому я констатував все ту ж незадовільну гігієну і продовжував проводити психологічну роботу. Доводилося багаторазово «погрожувати» про припинення лікування. Але відповідальність за естетичне майбутнє посмішки юного пацієнта не давала мені піти на таке.





Після нормалізації положення всіх зубів і створення адекватної оклюзії було прийняте спільне рішення про припинення ортодонтичного лікування, щоб не посилити стан вже ослабленої емалі.

Далі зняття брекет-системи, шліфівка і поліровка поверхні зубів, виготовлення і фіксація незнімних ретейнерів на ділянки 1.3 – 2.3 і 3.3 – 4.3 зубів (фото 11, 12, 13).



Звичайно ж, як можна помітити, ще залишилися ділянки, які в ідеальному форматі вимагали б ортодонтичної корекції. Але особисто я вважаю, що такий результат можна вважати прий-

нятним і задовільним. Підсумок – красива посмішка, повна естетична реабілітація, психологічна стійкість і натяки на нормалізацію гігієни. Попереду курс ремінералізуючої терапії, контроль якості гігієни порожнини рота, заміна незадовільних пломб. А вже сьогодні блискуча посмішка упевненої в собі молодшої людини (фото 14).



Автор: Налівкін В'ячеслав Олександрович, лікар-стоматолог ортопед, ортодонт, Одеса (Україна)