



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33638 (13) A

(51) 6 A61C7/00, 13/225

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЧИСЛЕННОЇ АДЕНТІЇ

(21) 99031506

(22) 18.03.1999

(24) 15.02.2001

(33) UA

(46) 15.02.2001, Бюл. № 1, 2001 р.

(72) Дорошенко Світлана Іванівна, Фліс Петро Семенович, Бабаскін Юрій Іванович, Ращенко Наталія Володимирівна

(73) Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

(57) Спосіб ортопедичного лікування численної адентії, що включає виготовлення з'ємного назубо-ясневого покривного пластинчастого протезу, який відрізняється тим, що до накладання протезу опірні зуби депульпують та пломбують кореневі канали, а потім покривають тонкостінними захисними металевими коронками або ковпачками.

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до стоматології і призначений для зубного протезування при вродженій відсутності постійних зубів.

Заміна дефектів зубних рядів у осіб з адентією, особливо численної та повної, мають свої особливості. Складні анатомо-топографічні умови ротової порожнини (зменшення кількості опірних зубів, порушення міжжюльних взаємовідношень, відсутність екватора в зв'язку з аномальною формою зубів, недорозвинення альвеолярних відростків, виражене зниження висоти прикусу, плоске піднебіння з торусом, атрофійність та сухість слизової оболонки та інші) створюють ряд труднощів у проведенні ортопедичного лікування хворих з даною зубощелепною аномалією і потребують попередньої підготовки ротової порожнини до протезування.

Крім того, при вродженій відсутності постійних зубів порушується процес фізіологічної заміни тимчасових зубів, внаслідок чого останні затримуються в зубному ряді на більш тривалий строк. Але їх перебування недовговічне в силу того, що на певному етапі свого біологічно відведеного строку існування настає резорбція їх коренів незважаючи на відсутність зачатка постійного зуба. Далі в процес резорбції приєднується пульпа, яка на цьому етапі починає виконувати роль резорбційного органа.

Ця обставина ставить перед фахівцями особливо гостро проблему оптимального розподілу жувального навантаження на опорні зуби та тканини пародонту. Одним з напрямів у вирішенні такої важливої проблеми є використання тимчасових зубів під опору зубних протезів, що особливо важливо при численній та повній адентії.

Існуючі способи ортопедичного лікування не завжди ефективні, як в естетичному, так і функціональному плані.

Відомий спосіб ортопедичного лікування адентії [1], який включає виготовлення знімного безкламмерного зубного протеза, що складається з пластмасової основи і штучних зубів. Виготовлений даним способом протез здатний передавати жувальне навантаження головним чином на підлеглі тканини, тобто альвеолярні відростки, які до подібних функцій не пристосовані. За умов тривалого використання такого протезу, що при численній адентії необхідно, настає як наслідок атрофія альвеолярної кістки. Ця обставина, в свою чергу, викликає зменшення площі протезного поля, погіршення адгезивності з'ємного протезу. Включення кламмерів, хоча б на деякий час, не вирішує питання покращання фіксації протезу і переважує опорні зуби, особливо тимчасові, у небажаному горизонтальному напрямку. Внаслідок неадекватного навантаження на тканини пародонту опорні зуби розхитуються і випадають.

Найбільш близьким за своєю суттю є покривний з'ємний пластинчастий назубо-ясневий протез [2], який передає жувальний тиск одночасно як на альвеолярні відростки, так і зуби. Переважність такого протеза полягає в тому, що він здатен навантажувати опорні зуби по вертикалі, нівелюючи таким чином різні горизонтальні переміщення. Даний покривний протез дозволяє при повній корекції знімати запалення м'яких тканин, що оточують зуб. Однак така конструкція не забезпечує збереження твердих тканин зубів під знімним протезом, в зв'язку з чим неминує розвиток карієсу та повне зруйнування зубів, особливо тимчасових. Крім того, резорбція коренів тимчасових зубів без відповідної ендодонтичної підготовки приводить до то-

го, що зуби залишають з часом зубний ряд з наслідками, які з цього впливають.

Відомі способи зубного протезування при численній адентії мають ряд недоліків, що не дозволяє отримати бажаного позитивного наслідку ортопедичного лікування, особливо при численній вродженій відсутності постійних зубів.

Задача, яка вирішується винаходом, полягає в збереженні тимчасових зубів та можливості використання їх як опорних, значному скороченні лікувальної та соціальної реабілітації хворих з такою тяжкою вродженою аномалією зубощелепного апарату і всього скелета обличчя в цілому.

Технічний результат, який досягається винаходом, буде полягати в тому, що вперше буде реалізовано комплексний підхід в ортопедичному лікуванні численної адентії, коли при значній вродженій відсутності постійних зубів в зубному ряді знаходяться як постійні, так і тимчасові зуби.

Суть способу полягає в тому, що до накладання протеза опірні зуби депульпують та пломбують кореневі канали, а потім покривають тонкостінними захисними металевими коронкам або ковпачками.

Спосіб здійснюють наступним чином. Клінічно та рентгенологічно визначають стан періапикальних тканин тимчасових зубів, їх рухливість, ступінь резорбції коренів. Стійкі тимчасові зуби, що мають резорбції вершкової частини коренів, депульпують, заповнюють кореневі канали пломбіровочним матеріалом. При необхідності виготовляють штифтові або культеві вкладки, або проводять реставрацію зуба за допомогою композита з метою вирівнювання кінцевого рівня оклюзійної площини. Потім отримують відбиток за допомогою необоротної гідроколоїдної маси з обох щелеп. Відлиті по відбитках моделі з гіпсу загіпсовують в артикулятор з урахуванням центрального співвідношення щелеп, височини прикусу і нижнього відділу обличчя, які фіксовані за допомогою гіпсових або воскових валок. Після цього вивчають виступні ділянки на зубах, які підлягають усуненню, роблять їх корекцію в ротовій порожнині та на гіпсових моделях, виправляють контури зубів за допомогою тяжко топкого воску, використовуючи паралелометр. Відтак виробляють тонкостінні металеві коронки або ковпачки по загальноприйнятій методиці, припасовують і фіксують їх в ротовій порожнині. Потім гідроколоїдною масою вдруге отримують відбиток з верхньої та нижньої щелеп, відливають моделі з супергіпсу. На моделях за допомогою паралелометру проводять моделіровочним воском корекцію поднутрення от коронкової частини зуба, а також ізоляцій маргінальних м'яких тканин в прищічній частині зубів. Інші етапи виготовлення відповідали загальноприйнятій методиці виготовлення покритих знімних протезів.

Аналіз та порівняльна оцінка використання запропонованого нами способу ортопедичного лікування численної адентії має ряд незаперечних переваг, а саме: виключає розвиток каріозного процесу а під покритим протезом; забезпечує збереження тимчасових зубів та можливість використання їх як опорних; створює оптимальні умови для адекватного розподілення жувального навантаження на зуби і тканини пародонту; запобігає розвитку явної атрофії альвеолярних відростків та

розвитку супутніх зубощелепних деформацій; забезпечує достатньо високий як функціональний, так і естетичний ефект; значно скорочує строки лікувальної та соціальної реабілітації хворих з такою тяжкою вродженою аномалією зубощелепного апарату і всього скелета обличчя в цілому.

Для наочності наводимо приклад конкретного виконання заявлюваного способу в клініці виписом з історії хвороби та ілюстраціями.

Історія хвороби № 138. Хворий П-кий А., 12 років, звернувся до ортодонтичного відділення стоматологічної поліклініки Національного медичного університету (НМУ) зі скаргами на затримку прорізання постійних зубів та естетичний недолік - прорізані постійні різці мають шиповату форму.

З анамнезу. Виявлена спадкова схильність до вродженої відсутності зубів. У матері вроджено відсутні нижні постійні премоляри і моляри. У хворого спостерігається шкідлива звичка - закусання нижньої губи. Скаржиться на сухість і мацерацію шкірних покривів, особливо обличчя і рук, погано переносить спеку. Хворів на кір, хворобу Боткіна, вітряну віспу. В крові знайдено "австралійський" антиген. При народженні виявлено стридор - закриті нігтеві пластинки на руках і ногах. На диспансерному обліку у ортодонта за місцем проживання не стоїть.

Об'єктивно: шкіра обличчя і рук суха, мацерована, нігті тонкі і крихкі. Спостерігається вкорочення нижньої частини обличчя, вираженість підборіддя і носогубної складки.

Зубна формула:

$$\begin{array}{c} -6 \text{ V IV III I / I III IV V 6 - - } \\ -7 - \text{ V IV III I / I III IV V - 7 - } \end{array}$$

Прорізані верхні постійні різці конічної форми. Останні тимчасові зуби затримались у зубному ряді на обох щелепах. На верхній щелепі рік тому, тобто у 11 років, прорізались перші постійні моляри. Всі зуби розташовані по центру альвеолярного відростка. Оклюзійна площина деформована по вертикалі, між зубами є діастери і терми. Жувальна поверхня тимчасових зубів стерта. Прикус глибокий з тенденцією до подальшого зниження. Альвеолярні відростки недорозвинені. В стані фізіологічного спокою міжоклюзійний простір досягає 9 мм.

Рентгенологічно: на панорамному рентгенологічному знімку центральні різці, що прорізалися, і моляри мають аномальну форму, пульпові камери видовжені, верхівка корінній не сформовані, корені молярів вкорочені. На нижній щелепі в товщі тіла контуруються зачатки постійних іклів, розташованих майже горизонтально, коріння яких знаходяться на початковій стадії формування з втраченою потенцією до прорізання. Рентгенологічно встановлено вроджену відсутність зачатків 24 постійних зубів - 6 різців, 2 іклів, 3 премолярів, 8 молярів.

Телерентгенологічними дослідженнями встановлено недорозвинення верхньої щелепи (на 4 мм) на фоні нормально розвинених у довжину гілки і тіла нижньої щелепи, вкороченої висоти зубоальвеолярної частини обох щелеп в бокових ділянках (ом - 18 мм, им - 20 мм) і фронтальної ділянки нижньої щелепи (Ii - 28 мм), ретрузія різців (верхніх - на 12°, нижніх - на 15°). Індивідуальний генетичний профіль - ретрофас зі скошеним вперед підборіддям.

Діагноз. Численна адентія (вроджена відсутність 24 постійних зубів), шилоподібна форма верхніх центральних різців, ретроположення і недоразвиненість тіла верхньої щелепи, вкорочення висоти зубоальвеолярної частини обох щелеп в бокових ділянках і нижньої щелепи на фронтальному відділі, ретрузія різців, глибокий прикус.

Лікувальні заходи. Хворому провели ендодонтичну підготовку тимчасових зубів до протезування згідно із запропонованим нами способом їх збереження. Аномальна форма верхніх центральних різців відреставрована коронками з металу і пластмаси. Всі тимчасові зуби і постійні моляри покриті тонкостінними металевими коронками. Враховуючі значний міжоклюзивний простір у стані фізіологічного спокою, виготовлені знімні пластинчасті протези на верхню (частковий) і на нижню (повний) щелепи. Після двократної корекції протезу

зів хворий не скаржився ні у функціональному, ні у естетичному плані. Результати ортодонтчного лікування коло 2 років позитивні, ускладнень немає.

Суть винаходу наведена на: фіг. 1 - до лікування, фіг. 2 - після підготовки зубів до протезування, фіг. 3 - після лікування.

Джерела інформації

1. Бетельман А.И. и др. Ортопедическая стоматология детского возраста. - К.: Здоровье, 1972. - С. 185-199.

2. John W. Unger, Donald G. Crabtree, Mark Mever Тактика врача при возникновении проблем с мягкими тканями после протезирования покрывными съёмными протезами больных с врожденными и приобретенными аномалиями. История болезни // Международный стоматологический журнал "Квинтэссенция". - Москва. - 1991. - № 3. - С. 211-215.



Фіг. 1



Фіг. 2



Фіг. 3

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60x84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
