

Планирование лечения без удаления с учетом особенностей лица

Д-р. Стюарт Л. Фрост о механике лечения без удаления и контроле торка

Одним из многих модных терминов и выражений в ортодонтии, часто произносимых на встречах и мероприятиях, является "планирование лечения с учетом особенностей лица". У каждого из нас может быть свой взгляд на то, что это означает. Точно так же ведется много дискуссий о лечении случаев методами без удаления. Прежде чем решать, как это сделать, первым делом следует задать вопрос "Почему?".

На мой взгляд, причиной выбора лечения без удаления для пациентов, нуждающихся в таком лечении, является защита и улучшение формы верхней губы и средней зоны лица для оптимальной поддержки по мере возрастных изменений пациента. Я провожу курсы по этой теме во всем мире и использую лечение без удаления с использованием эффективной и простой механики, которая минимизирует сложные протоколы лечения и удаления, а также исключает использование многих болезненных вспомогательных средств, таких как расширители и дистализаторы. Лечение случаев без удаления зубов или без использования расширителей требует повышенного внимания к срокам и последовательности конкретной, но простой механики - механики, которая сохраняет пародонт здоровым и использует слабые силы для создания пространства и увеличения поперечной окклюзии.

На примере следующего клинического случая мы обсудим механику лечения без удаления зубов, а также рассмотрим вопрос контроля торка для предотвращения выпячивания передних зубов наружу. Избыточный торк передних зубов трудно исправить, но его можно избежать, используя простую механику и своевременный методический подход к лечению.



Стюарт Л. Фрост, доктор медицинских наук. Родился в Аризоне (США) и посвятил себя развитию ортодонтии. Является куратором по системе Damon, лектором мирового уровня и по совместительству доцентом Школы ортодонтии Тихоокеанского университета, где обучает и проводит тренинги по пассивной механике. Д-р Фрост окончил Школу ортодонтии Тихоокеанского университета в 1992, а затем в течение года проходил стажировку по дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, окончил двухлетнюю ординатуру Ортодонтии и стоматологической лицевой ортопедии в Университете Рочестера. Ведет частную практику в Месе, штат Аризона.



Рисунки 1A-1D: До лечения

Клинический случай Диагноз

У мальчика 12 лет выявили сильную скученность, патологию прикуса II класса, передний перекрестный прикус, а также заблокированные постоянные клыки верхней челюсти и боковые резцы нижней челюсти. Одним из первых шагов в лечении данного пациента являлась оценка черт его лица. У пациента наблюдали мезоцефалический тип с легким уплощением лица в средней зоне;

тупой носогубный угол и небольшое обнажение красной каймы десны. Такая комбинация уплощенной средней зоны лица, ограниченного выступа губ и недостатка обнажения десны помогла мне определить тот факт, что черты лица пациента не располагают к удалению. Удаление зубов оказало бы негативное влияние на черты лица в долгосрочной перспективе и привело бы к вогнутому профилю по мере взросления пациента.



Рисунки 2А-2Е: До лечения

План лечения

В дополнение к созданию плана лечения без удаления, сфокусированного на открытии пространства для заблокированных верхних клыков и нижних боковых резцов, я хотел убедиться, что контролирую движение передних зубов вперед с помощью брекетов с переменным торком. Если бы я открыл пространство путем выталкивания передних зубов наружу, это навредило бы моему пациенту. Я использую аппаратуру системы Damon™ и применяю метод пассивного самолигирования с низким трением, совместно с пружинами для создания пространства и воздействия дугами для максимальной поперечной адаптации. В таком случае как этот, технология системы брекетов Damon™ является идеальной, поскольку она обеспечивает контроль ротации с помощью брекетов с переменным торком для перемещения зубов с минимальной силой.

Из-за сильной скученности верхней и нижней челюстей пациента мы решили не использовать CuNi-Ti дуги размером .014 на всех брекетах при фиксации. На нижних боковых резцах брекеты были зафиксированы с самого начала, а дуга подвязана к пружине на половину ширины брекета (прижимая пружину к заблокированной боковой группе). Для приведения резцов в нормальное вертикальное положение, необходимо в начале лечения правильно выбрать торк для брекетов. Всеми силами мы всегда избегаем перемещения зубов "туда-обратно" и приложения к ним излишней силы. Для сохранения правильного положения резцов, нами были

выбраны брекеты с низким торком от бокового резца до бокового резца как для верхнего, так и для нижнего зубных рядов.

Наряду с выбором правильного торка для брекетов, мы достигли разобщения зубных рядов в боковой группе путем фиксации накусочных накладок на окклюзионных поверхностях нижних 1ых моляров.

Ход лечения

10 недель лечения/первый визит после фиксации

Мы повторно активировали пружины на половину ширины брекета для заблокированных клыков и боковых резцов.

5 месяцев лечения

На нижних боковых группах мы использовали CuNi-Ti дугу размером .014

дюйма и активировали пружину на половину ширины брекета на верхних клыках.

9 месяцев лечения

Наша цель состояла в том, чтобы открыть достаточно места для прорезывания клыков для фиксации на них брекетов. Мы выбрали двухсторонний подход, который включал использование пружин средней легкости из никель-титанового сплава с активацией на половину ширины брекета каждые 6 недель - действуя осторожно, без чрезмерной активации пружин.

В ходе лечения понемногу меняя дуги и активируя пружины на каждом посещении, мы увеличивали поперечную окклюзию и воздействовали на зубные ряды. Нам удалось расширить зубные ряды и немного продвинуть верхние резцы, не выдвигая их



Рисунок 3: Конусно-лучевая компьютерная томография, выполненная в середине лечения

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

наружу. Активируя пружины и медленно увеличивая ширину зубного ряда, мы смогли удержать верхние резцы в нормальном вертикальном положении. Кроме того, я считаю, что губы и мускулатура лица помогли предотвратить выступание резцов наружу. Такое взаимоотношение мышц и пружины позволяет нам удерживать передние зубы от выталкивания, сохраняет баланс и действует как губной бампер. По существу, с помощью дуг, пассивных самолигирующих брекетов и механики пружины мы можем поработать с мышцами лица, чтобы изменить направление силы и увеличить ширину зубного ряда.

Через 17 месяцев лечения

Для оценки положения корней и позиционирования брекетов были сделаны конусно-лучевая компьютерная томография и панорамный рентгеновский снимок. На указанный момент времени у пациента была установлена CuNi-Ti дуга .018 × 0.25 на верхнем зубном ряду в течение 10 недель. Обратите внимание на

нормальное вертикальное положение передних зубов. Удивительно, как воздействие на зубной ряд, эффективный выбор брекетов с вариабельным торком и активация легкой пружины могут предотвратить выступание резцов наружу.

Завершение

В таких случаях замедление курса лечения имеет решающее значение для создания пространства, необходимого для устранения скученности. В данном случае лечение продолжалось 28 месяцев и мы не задействовали верхние клыки до 9 месяца лечения, используя эти 9 месяцев, чтобы медленно открывать пространство. Кроме того, мы не пропускали дугу через нижние резцы до 5 месяца лечения. В итоге мы получили красивый результат на завершающем этапе с нормальным вертикальным обнажением резцов, создали достаточно места для устранения скученности с помощью простой механики без удаления.

Скученность и блокировка зубов, представленные в данном случае, являются довольно распространенными состояниями пациентов, которые сегодня примерно 50% практикующих врачей лечили бы с удалением, в то время как другие интегрировали бы использование быстрых небных расширителей для создания пространства. Благодаря упрощенной механике пассивного самолигирования есть возможность замедлить лечение не только для того, чтобы учесть особенности черт лица пациента сегодня, но и улучшить их с учетом будущего взросления, создавая пространство для более естественной коррекции. Кроме того, создание плана последовательности действий, позволяющего осуществлять осторожное и спланированное движение, которое можно контролировать, помогает предотвратить выступание передних зубов наружу и потерю контроля над торком. 



Рисунок 4: На 17 месяцев, обратите внимание на нормальное вертикальное положение передних зубов



Рисунки 5А-5С: После завершения лечения



Рисунки 6А-6Е: После завершения лечения