

УДК 613.314:572.773-089.25

Д.К. ИСАБАЕВ, Ж.К. САМЕНОВ, Н.Ж. БӨКЕНБАЕВА

Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті, Алматы қ.

ЖАЛҒАН ПРОГЕНИЯНЫ ОРТОПЕДИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ



Исабаев Д.К.

Стоматологиялық ортопедия клиникасында тістердің фронтальды тобының тіс қатары Кеннеди бойынша I-II класс шектелген ақауларымен біріккен прогениялық қатынасын емдеуде жалған прогенияны жасанды жолмен жасау оқиғалары жиі кездеседі. Мақала тіс қатарының мезиальді окклюзиясы кезінде прогенияның жалған формасы орын алған пациенттерді ортопедиялық емдеуге арналған.

Зерттеудің мақсаты. Емдеу-диагностикалық шаралардың нақты алгоритмін әзірлеу. Емдеу тиімділігін арттыру, жалған прогениясы бар (мәжбүрлі прогениялық тістем) науқастарды протезбен емдеуде жіберілген қателіктер салдарын морфофункционалды-эстетикалық емдеуін жою және жетілдіру.

Материал және әдістері. Протездеуде жіберілген қателіктің салдарынан асқынған жалған прогения жасаудың клиникалық мысалын келтіреміз. Науқас Х., 52 жас, ас қабылдағанда және тістері түйіскенде самай төменгі жақ бетінде ауру пайда болатынына, тіл ұшының күйіп ауыратынына, эстетикалық ақауына шағымданды.

Авторлардың өздері жүргізген емдеу нәтижелері көрсетілген, онда жалған прогенияның клиникалық мысалдары келтірілген, бұл форманы емдеу әдісінің екі кезеңі негізделген. Екі кезеңдегі емдеудің бірінші және негізгі кезеңі миостатикалық рефлекті алдын-ала ортопедиялық функционалды қайта құру және конструктивті тістемді дайындау, ол баспалдақтың тұрақты клиникалық симптомы пайда болғанға дейін сегіз апта бойы жоғарғы жаққа қызылиекүсті каппаның көмегімен жүзеге асырылады. Екінші кезең тиімді протездеу, онда емдеу шараларының нақты алгоритмі жасалған. Ондағы мақсат тіс қатарының окклюзионды қарым-қатынасын және төменгі жақтың жоғарғы жаққа қатысты алғанда кеңістіктегі орналасуын қалпына келтіру болып табылады.

Нәтижелері және талқылауы. Сауыттар мен көгірлі протезді жасағанда тістем биіктігі, тістердің орталық қатынасы белгілі тісқызылиек үсті каппаға және оның кеңістік жағдайына бағытталды. Кейінгі бақылап тексеру үш жыл бойы жүргізілді. Науқас шағымданған жоқ (сурет 3 а, б, в).

Қорытынды. Сондықтан, дәрігердің қателігі салдарынан жалған прогенияны емдеудің бірқатар тәжірибесі, екікезеңді емдеу жүргізуді ұсынуға негіз болады, бірінші кезеңде алдын ала функционалды миостатикалық рефлекті қайта құру көмегі және тістемнің құрылымын жасау қажет болса, екінші кезең ұтымды протездеумен аяқталады.

Негізгі сөздер: Жалған прогения, мәжбүрлі прогениялық тістем, миостатикалық рефлекс, конструктивті тістем, тіс қызылиекке салынатын каппа, төмендетілген тістем, «баспалдақ» симптомы.

Тіс қатарының мезиальді окклюзиясы—сагитальді жазықтықтағы окклюзияның патологиясы. Дәрігер-ортодонттың тәжірибесінде мезиальді окклюзия 13-30% жағдайларда жиі кездеседі [1].

Дәрігер-ортодонттар мен жақ-бет хирургтары тісжақ ауытқуының ең көп жіктелуін әзірлеген Л.В. Ильина – Маркосян (1967) этиологиялық факторға байланысты шынайы және жалған прогенияны бөліп көрсетті. Автор прогенияның жалған түріне алдыңғы тістер прогениясын және мәжбүрлі прогениялық тістемді жатқызады. Басқа авторлар (Е.И. Гаврилов, И.М. Оксман) этиологиясы мен патогенезі, функционалды және морфологиялық бұзылулары, сонымен қатар олардың емдеу әдістері бірдей емес болғандықтан жалған прогения және мәжбүрлі тістемді жекелеген түрге бөлу қажет деп есептейді. Х.А. Каламқаров тістем және тіс қатары қатынасының сагитальді бағытта

бұзылуын – алдыңғы тіс қатарының прогениялық тістемі мен прогения қатынасына бөледі [2].

Тістемнің бұзылуы – науқастың дәрігерге қаралуының бастапқы белгісі. Ол тісжақ жүйесіндегі әртүрлі функционалды морфологиялық және эстетикалық ауытқуларды көрсетеді. Бұл жүйелі тәсіл тіс доғасының үш өзара перпендикулярлы бағытта жанасуы арқылы тістем түрін анықтайды.

Стоматологиялық ортопедия клиникасында тістердің фронтальды тобының тіс қатары Кеннеди бойынша I-II класс шектелген ақауларымен біріккен прогениялық қатынасын емдеуде жалған прогенияны жасанды жолмен жасау оқиғалары жиі кездеседі. Протезбен дұрыс емдеудің нәтижесі эстетикалық бұзылудың жеңіл түріне әкеледі. Ауыр түрінде көптүрлі функционалды және морфологиялық өзгеруімен қатар әдеби тілмен айтқанда

Хабарласу үшін: Исабаев Досмұханбет Керімқұлұлы, доцент, Үздіксіз білім беру Қазақ медицина университеті, Стоматология кафедрасы, Алматы қ. Тел.: + 7 777 642 2485, e-mail: zhanat-samenov@mail.ru

Contacts: Dosmukhanbet Kerimliuly Isabayev, Associate Professor, Department of Dentistry Kazakh Medical University of Continuing Education, Almaty c. Ph.: + 7 777 642 2485, e-mail: zhanat-samenov@mail.ru

«самай-төменгі жақ буынның дисфункциялық синдромы» тістемнің альвеоларалық биіктіктің төмендеуі, төменгі жақ сүйегінің ығысуы, тіс қатарының окклюзиялық-артикуляциялық өзарақатынасы және самай-төменгі жақ буынның қызметі, шайнау бұлшықеттерінің бұзылуымен сипатталады [3]. Сонымен қатар Костен синдромы (буын ауруы, сықырлау, бастың, беттің және невралгиялық аурулар, парестези, глоссалгия, глоссоадения, секреторлы бұзылулар) сияқты белгілері бар асқинулар пайда болуы мүмкін [4, 5].

Мұндай ауру белгілерінің жиынтығы белгілі болғандай тістер, пародонт, төрт өзара байланысты бөліктердің самай-төменгі жақ буыны және нейро-бұлшықет аппаратымен байланысты екенін көрсетеді. Бір бөлшектің жағдайы өзгерсе, басқа бөлшектің де қызметі өзгереді [6]. Барлық қозғалыстың рефлекторлы табиғаты бар. Миостатикалық немесе шайнау талшықтарының созылуы шайнау аппаратының физиологиясын түсіну үшін маңызды, тіс-жақ жүйесі элементтерінің орналасуын реттеуге ықпал етеді [7, 8].

Зерттеудің мақсаты – емдеу-диагностикалық шаралардың нақты алгоритмін әзірлеу. Емдеу тиімділігін арттыру, жалған прогениясы бар (мәжбүрлі прогениялық тістем) науқастарды протезбен емдеуде жіберілген қателіктер салдарын морфофункционалды-эстетикалық емдеуін жою және жетілдіру.

МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Протездеуде жіберілген қателіктің салдарынан асқынған жалған прогения жасаудың клиникалық мысалын келтіреміз. Науқас Х., 52 жас, ас қабылдағанда және тістері түйіскенде самай төменгі жақ бетінде ауру пайда болатынына, тіл ұшының күйіп ауыратынына, эстетикалық ақауына шағымданды. Тіс протезі үш жыл бұрын жасалған. Науқастың айтуы бойынша бұл белгілер протезделгеннен соң жарты жылдан кейін пайда болған.

Объективті: Бет-әлпеті асимметриялы. Тістем биіктігінің төмендеу белгілері айқын (мұрын, ерін қатпарлары тереңдеген, ауыз қуысы бұрыштары төмен түсіп кеткен, беттің биіктігінің үштен бір бөлігі төмендеген). Науқас төменгі жақ сүйегін тістем кезінде күшпен ұстайды, алдыға қарай шыққан, жоғарғы ерін төмен түскен. Ауыз бұрышында езулері қабынған.

Жоғарғы жақ сүйегі: Көпірлі металлокерамикалық

протез 17,15 тістерде, 12,22 тіректі тістері бар сары металдан жасалған көпірлі протез, 24,25,26,27 тістердегі металлокерамикалық сауыттар.

Төменгі жақ сүйегі: 34-36 тіректі тістері бар сары металдан жасалған көпірлі протез. 44-47 тіректі тістері бар металлокерамикалық көпірлі протез. Алдыңғы тістер тобы тігінен шығып тұр, тіс түбірінің мойны 1/3 ұзындығына жалаңаштанған.

Сипап және соғып тексергенде ауырмайды. Шырышты қабығы гиперемияленген, кей жерлерінде ісінген. Панорамды рентгенографиясында түбір 1/3 ұзарғанда альвеолярлы өсіндісі семген, сүйек тіні тығыз, патологиялық өзгеріссіз, 36 тіс сауыты бұзылған, тіс түбірі бифуркация бойынша бөлінген. Металлокерамикалық протезге арналған тістер ұлпасыздандырылған.

Науқас тістерін түйістіргенде жақ сүйектері алдыңғы окклюзияда аздаған прогениялық қатынаста бекиді (көпірлі протездің дұрыс жасалмағандықтан),

Жақ сүйектері толық түйіскенде терең жабылған прогениялық тістем анықталды, жоғарғы жақтың алдыңғы тістері көрінбейді (сурет 1 а, б, в).

Науқастың шағымы мен объективті мәліметтерге қарап диагноз қойылды:

Жалған прогения (мәжбүрлі прогениялық тістем), төмендетілген тістем, самай-төменгі жақ буыны қызметі бұзылған, дентоальвеолярлы ұзарған, ұтымды емес протездеу.

Ұсынылды:

1. Бақылау диагностикалық мүсіндер.
2. Панорамды рентгенография
3. Тіс қызыликүсті каппа арқылы алдын ала функционалды миостатикалық рефлексті қайта құру көмегімен жоғарғы жаққа 6-8 апта ішінде екікезденді емдеу жүргізу.
4. Ұтымды протездеу.

НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУЫ

Окклюзиялық өзгерістерді жоймай, ұтымды протездеу мүмкін емес, өйткені ол самай-төменгі жақ буынның қызметінің бұзылуына, тістерге функционалды күш түсуіне, төменгі жақтың қозғалыстарын келтірмеу және т.б. әкеп соғады. Тіс қатарының окклюзиялық өзара қатынасы қалыпқа келтіріледі: 1) жылжыған тістердің төмпешіктерін егеу; 2) тістерді қысқарту, окклюзияның өзгеруі, тіс тінін



а - алдынан қарағанда

б – сол жақтан қарағанда

в – оң жақтан қарағанда

Сурет 1 – Науқас Х., тіс мүсіндерінің бақылау үлгісі, емдеуге дейін

алдын ала жұлу; 3) альеоларалық биіктікті көтеру; 4) шайнау бұлшықеттерінің функционалды миостатикалық рефлексін қайта құру және альвеоларлы өсіндіні қайта құру көмегімен арнайы протездер салумен [9, 10].

Бірінші кезең

Табиғи сауытқа қарағанда төменгі жақ сүйегі шығып тұрған алдыңғы тістер тобы 1/3 ұзарғанда емдеу қысқартудан басталды. Алдын ала функционалды миостатикалық рефлекті қайта құру көмегімен шайнау бұлшық еттер тобына және құрылымдық тістем жасау мақсатымен жоғарғы жаққа қызылиекүсті каппа жасалды (сурет 2 а, б, в).

Сегіз апта бойы «баспалдақ» тұрақты клиникалық белгісін анықтағанша бақылау жүргізілді, созылға бұлшық еттің бастапқы статикалық және өзгеру кернемесі қалыпқа келтірілді, төменгі жақтың төмендеуі кезіндегі физиологиялық тыныштықтың жаңа жағдайы жасалды және жаңа физиологиялық деңгей қалыптасты. Осыған орай науқас осы уақыт ішінде тіс қызылиекүсті каппамен белгілі жағдайда жақсүйектерін тұрақты ұстап тұрды. Төменгі жақ сүйегінің жоғары жақ сүйегіне қарағанда жаңа кеңістіктік жағдайының бір белгісі, каппаны шешкеннен кейін және тістемнің бастапқы қалпында (протездеуге дейін) жақтарын түйістіргенде науқас оны аяғына дейін орындай алмады.

Екінші кезеңде ұтымды протездеу жүргізілді.

Екінші кезеңді жүргізгенде «ескі» сауыттар және көпірлі протез жұлынып тасталды. Терапевтік және хирургиялық ем жүргізілді (36 тістің түбірі жұлынды). Ауыз қуысына тісқызылиек үсті каппа жасалды. Тұтас құйылған және металлокерамикалық протездерге арнап тістер қосымша егелді.

Жоғарғы жақ сүйегіне: 17, 15, 13, 12, 22, 23 тіректі

тістерге металлокерамикалық көпірлі протез, 25, 26, 27 тістерге жалғыз сауыттар жасалды. 17 және 27 – тұтас құйылған.

Төменгі жақ сүйегінде алдыңғы тістер қатарына жалғыз металлокерамикалық сауыттар және 33, 34 және 43, 44 тіректі тістерге аттачменде доғалы протез, 47 – тұтас құйылған сауыт жасалды.

Сауыттар мен көпірлі протезді жасағанда тістем биіктігі, тістердің орталық қатынасы белгілі тісқызылиек үсті каппаға және оның кеңістік жағдайына бағытталды. Кейінгі бақылап тексеру үш жыл бойы жүргізілді. Науқас шағымданған жоқ (сурет 3 а, б, в).

ҚОРЫТЫНДЫ

Сондықтан, дәрігердің қателігі салдарынан жалған протезияны емдеудің бірқатар тәжірибесі, екі кезеңді емдеу жүргізуді ұсынуға негіз болады, бірінші кезеңде алдын ала функционалды миостатикалық рефлекті қайта құру көмегі және тістемнің құрылымын жасау қажет болса, екінші кезең ұтымды протездеумен аяқталады.

Зерттеу мөлдірлігі

Зерттеуге демеушілік қолдау көрсетілген жоқ. Авторлар баспаға ұсынылған қолжазбаның түпкілікті версиясы үшін толық жауап береді.

Қаржылық және басқа да қарым-қатынастар туралы декларация

Бүкіл авторлар мақаланың концепциясын дайындауға және қолжазбаны жазуға қатысты. Қолжазбаның түпкілікті версиясын бүкіл авторлар мақұлдады. Авторлар мақала үшін қаламақы алған жоқ.



КОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Куршиев А.М. Оценка гармоничности строения зубочелюстной системы у пациентов с мезиальной окклюзией: дисс. канд. мед. наук. – М., 2000. – 129 с.
- 2 Куцевляк В.И. и соавт. Ортодонтия: учебное пособие для студентов стоматологического факультета, врачей интернов. – Харьков: Издательство ХГМУ, 2005. – 464 с.
- 3 Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. – М.: Медицина, 2004. – 174 с.
- 4 Costen J.B. Neuralgias and ear symptoms associated with disturbance of function of the temporomandibular joint // J. Amer. Med. Ass. - 1936. – Vol. 107. – P. 252-255
- 5 Costen J.B. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint // Ann. Otol. Rhin. And Laryng. – 1997. – Vol. 106(10 Pt. 1). – P. 805-819
- 6 Бушан М.Г. Снижающийся прикус. – Кишинев: Карта Молдовенияскэ, 1967. – 148 с.
- 7 Рубинов И.С. Физиологические основы стоматологии. – М.: Медицина, 1965. Второе издание – 1970. – 351 с.
- 8 Исабаев Д.К. Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов. – Алматы, 2013. – 78 с.
- 9 Гаврилов Е.И. Деформация зубных рядов. – М.: Медицина, 1984. – 90 с.
- 10 Клиненберг И., Джагер Р. Окклюзия и клиническая практика (перевод с английского). – М., 2006. – 200 с.

REFERENCES

- 1 Kurshiev AM. *Ocenka garmonichnosti stroeniya zubocheliustnoi sistemy u pacientov s mezialnoi o okkluziei: diss. kand.med.nauk* [Evaluation of the harmony of the structure of the dentoalveolar system in patients with mesial occlusion: diss. Candidate med. of sciences]. Moscow; 2000. P. 129
- 2 Kutsevlyak VI. et al. *Ortodontiya: uchebnoe posobie dlya studentov stomatologicheskogo fakulteta, vrachei internov* [Orthodontics: a textbook for students of the Dental Faculty, interns]. Kharkov: Publishing house KhMGU; 2005. P. 464
- 3 Kalamkarov KhA. *Ortopedicheskoe lechenie patologicheskoi stiraemosti tverdykh tkanei zubov* [Orthopedic treatment of abnormal abrasion of hard tooth tissues]. - Moscow: Medicine; 2004. P. 174
- 4 Costen JB. Neuralgias and ear symptoms associated with disturbance of function of the temporomandibular joint. *J. Amer. Med. Ass.* 1936;107:252-5
- 5 Costen JB. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann. Otol. Rhin. And Laryng.* 1997;106(10 Pt. 1):805-19
- 6 Bushan MG. *Snizhaiushhiysya prikus* [Decreasing occlusion]. Chisinau: Cartaya Moldoveniasca; 1967. P. 148
- 7 Rubinov IS. *Fiziologicheskie osnovy stomatologii* [Physiological basis of dentistry]. Moscow: Medicine; 1965. Second edition: 1970. P. 35
- 8 Isabaev DK. *Ortopedicheskoe lechenie patologicheskoi stiraemosti zubov* [Orthopedic treatment of abnormal abrasion of teeth]. Almaty; 2013. P. 78
- 9 Gavrilov EI. *Deformaciya zubnykh ryadov* [Deformation of dentition]. Moscow: Medicine; 1984. P. 90
- 10 Klinenberg I, Jaeger R. *Okkliuziya i klinicheskaya*

praktika (perevod s angliiskogo) [Occlusion and clinical practice (translated from English)]. Moscow; 2006. P. 200

РЕЗЮМЕ

Д.К. ИСАБАЕВ, Ж.К. САМЕНОВ, Н.Ж. БУКЕНБАЕВА

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ ПРОГЕНИИ

В стоматологической ортопедической клинике нередко случаи искусственного создания ложной прогении, при протезировании прогенического соотношения фронтальной группы зубов в сочетании с концевыми дефектами зубных рядов I-II класса по Кеннеди. Статья посвящена ортопедическому лечению пациентов с ложной формой прогении мезиальной окклюзии зубных рядов.

Цель исследования. Выработка четкого алгоритма лечебно-диагностических мероприятий. Повышение эффективности лечения, устранение и достижение морфофункционально-эстетического лечения больных с ложной прогенией (принужденный прогенический прикус) вследствие некорректного и нерационального протезирования.

Материал и методы. Приводим клинический пример создания ложной прогении с осложнениями вследствие ошибки протезирования. Больная Х., 52 г., обратилась с жалобами на боли в височно-нижнечелюстных суставах при смыкании и при приеме пищи, жжение кончика языка, эстетический недостаток.

Описаны результаты собственного лечения авторами, с клиническим примером, ложной прогении, с обоснованием двухэтапного метода лечения данной формы. Первым и основным этапом двухэтапного лечения являются предварительная ортопедическая функциональная перестройка миостатического рефлекса и выработка конструктивного прикуса, которое осуществляется с помощью назубодесневой каппы на верхней челюсти в течение восьми недель до выявления устойчивого клинического симптома «ступенек». Второй этап – рациональное протезирование, где выработан четкий алгоритм лечебных мероприятий с целью нормализации окклюзионных взаимоотношений зубных рядов и пространственного положения нижней челюсти по отношению к верхней.

Результаты и обсуждение. При изготовлении коронок и мостовидных протезов высота прикуса, центральное соотношение зубов ориентированы на высоту, обусловленную назубодесневой каппой и пространственным ее положением. Отдаленные контрольные осмотры проведены в течение трех лет. Больная жалоб не предъявляет (рис. 3 а,б,в).

Выводы. Таким образом, неоднократный опыт лечения ложной прогении вследствие врачебной ошибки дают основание для рекомендации двухэтапного метода, где на первом этапе необходимы предварительная функциональная перестройка миостатического рефлекса и выработка конструктивного прикуса, которая на втором этапе завершается рациональным протезированием.

Ключевые слова: ложная прогения, принужденный прогенический прикус, миостатический рефлекс, конструктивный прикус, назубодесневая каппа, снижающая прикус, симптом ступенек.

SUMMARY

D.K. ISSABAYEV, Zh.K. SAMENOV, N.Zh. BUKENBAYEVA

Kazakh medical university of continued education, Almaty c.

CLINICAL CASE OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF FALSE MESIAL OCCLUSION

In dental orthopedic clinic it is not uncommon the cases of simulation of false mesial occlusion, in prosthetic care of mesial relation of anterior group of teeth along with free-end edentulous spaces of class I-II by Kennedy. The article is dedicated to the

orthopedic treatment of the patients with false mesial occlusion of dental arch anterior bite.

Study purpose. Elaboration of exact algorithm of diagnostic and treatment measures. Increase of treatment efficiency, elimination and achievement of morphofunctional and aesthetic treatment of patients with false mesial occlusion (forced mesial occlusion) in consequence of incorrect and irrational prosthesis.

Material and methods. We show a clinical case of creation of false mesial occlusion with complications in consequence of error in prosthesis. Patient X, 52 year-old, turned to us complaining for the pains in maxillo-temporal joints in occlusion of the teeth and eating, burning of the tip of her tongue, aesthetic defect.

There are described the results of own treatment by authors, with clinical example, false mesial occlusion, with provision of a rationale for two-stage method of this form treatment. The first and main stage of two-stage method treatment is preliminary orthopedic functional restructuring of myotatic reflex and elaboration of constructive occlusion, which is performed by means of occlusal guard on the superior jaw for eight weeks till detection of stable clinical symptom

of the "steps". The second stage – rational prosthetic care where was elaborated an exact algorithm of treatment measures aimed at normalization of occlusion relations of dental arch and space attitude of law jaw in relation to superior one.

Results and discussion. When making the dental crowns and bridge works, occlusal vertical dimension, central relation of teeth is oriented towards a high dimension of determined occlusal guard and its space attitude. The remote check-up examination is conducted during three years. The patient has no complaints. (picture 3, a,b,c).

Conclusions. Therefore, the repeated experience of the treatment of false mesial occlusion in consequence of medical error gives the ground for recommendation of two-stage method, where on the first stage are necessary preliminary functional restructuring of myotatic reflex and elaboration of constructive occlusion, which is on the second stage is completed by balanced prosthetic care.

Key words: *False progeny, forced pre-normal occlusion, myotatic reflex, constructive occlusion, occlusal guard, low jaw, scalenus syndrome.*

Сілтемелер үшін: *Исабаев Д.К., Саменов Ж.К., Бөкенбаева Н.Ж. Жалған прогенияны ортопедиялық емдеудің клиникалық жағдайы // Medicine (Almaty). – 2017. – No 3 (177). – P. 64-68*

Мақала редакция түсті. 27.02.2017 г.

Мақала басып шығаруға қабылданды 13.03.2017 г.