

Превръщане на дистално неограничен дефект в ограничен чрез ортодонтско преместване на полуретиниран долен трети молар

Мирослава Динкова, Грета Йорданова

Вденталната практика не са рядкост случаите с неограничени дистално дефекти на зъбните редици, които са проблем в протезирането (1, 2). Възстановителната дентална медицина предлага различни клинични решения:

- чрез сменяемо протезиране (1, 2);
- имплантологично лечение, последвано от фиксирано протезиране (1, 2, 4);
- имплантология (2);
- ортодонтско преместване на ретинирани или неблагоприятно разположени налични зъби като подготовка за фиксирано протезиране (5, 8);

Подвижното протезиране по-често е неприемливо решение за пациентите. Имплантологията е контраиндицирана при недостатъчна ширина и височина на алвеоларния гребен, които са честа характеристика на обеззъбения участък.

Ортодонтско преместване на пълно или частично ретинирани зъби и последващото им използване като мостоносители са възможни съвременни варианти за осигуряване на протезна конструкция в на пръв поглед обеззъбения участък на зъбната редица.

Цел на настоящата работа е да представим клиничен случай, при който след хирургично разкриване и, чрез ортодонтско преместване на полуретиниран долен трети молар с помощта на микроимплант, дистално „неограничен“ дефект бе трансформиран в ограничен.

Микроимплантите са ефективно средство за избягване загубата на опора, което подобрява ефикасността и предсказуемостта на лечението (6, 9, 10, 11).

Пациентката И. Б., на 22 год., е насочена за ортодонтско лечение от личния дентален лекар, където са били проведени ек-



Фиг. 1 Положение на 48 преди ортодонтското лечение



Фиг. 2. Определяне мястото за позициониране на микроимплантите

стракция на 46 и 47, поради усложнен кариес.

От клиничния преглед установихме кариес активно съзъбие, с променен цвят и транспарентност на емайл и дентин, патологично абразиво, липсващи 37, 46, 47, зъби, дистално инклинирани 48, дълбока оклузия, симетрична кръстосана оклузия на 36,



Фиг. 3 Позициониране на микроимплантите



Фиг. 4 Изправяне на 48



Фиг. 5 Медиализиране на 48



Фиг. 6 Букален коронков торк на 48



37, 48. Цветът на зъбите, патологичното абразиво и фамилната анамнеза определяха диагноза Dentinogenesis imperfecta- Dentinum opalescens (Р. Кабакчиева) (3).

Желанията на пациентката бяха за функционално и естетично възстановяване целостта на зъбните редици. Лечение чрез подвижно протезиране е неприемлив

вариант за нея.

За успешно решаване на изброените проблеми с фиксирани конструкции беше необходима предпротетична ортодонтична корекция в позицията на 48.

Установихме колаборация между личния гентален лекар, ортодонта и пациента и приехме следния лечебен план:



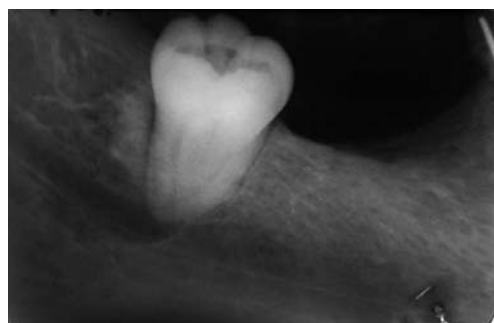
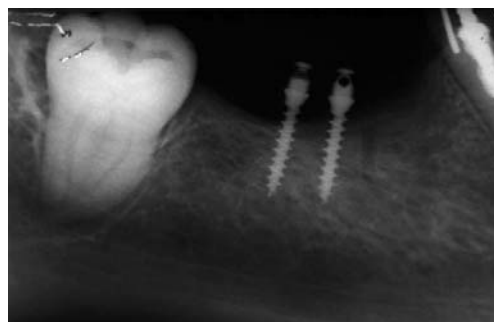
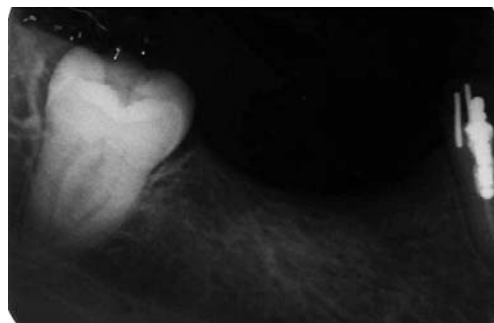
Фиг. 7 Положение на 48 непосредствено след сваляне на микроимпланта

1. Санация на кариеса на твърдите зъбни структури;
2. Хирургично разкриване на 48 с отстраняване на меките тъкани и костното покритие дистално;
3. Частично ортодонтско лечение – медиализиране на 48;
4. Фиксирани протезни конструкции 35-37, 45-48;
5. Естетични фасети на 32, 31, 41, 42.

Генерализираната ниска резистентност на зъбния емайл постави някои ограничения в ортодонтския лечебен план. Съобразихме се с напредващото абразиво на твърдите зъбни структури и се ограничихме в частично ортодонтско лечение, като приложените апарати не натоварваха емайла.

Лечебен протокол на проведеното ортодонтско лечение:

1. За корекция на позицията на 48 приложихме ортодонтски микроимпланти на Н. Р. Kuong, N 1415-8 (6, 8).
2. Под локална анестезия в посока дистално от зъб 45 поставихме два микроимпланта на разстояние 2 mm един от друг, с леко дивергиращи оси, по букалното било на алвеоларния гребен на долната челюст (фиг. 2, 3) (7, 8).
3. Микроимплантите покрихме с композит, върху който поставихме брекет Roth, 018. На 48 ажестирахме ортодонтски пръстен с канюла (фиг. 4).
4. Създадохме биомеханична „one couple



Фиг. 8 Рентгенова диагностика преди лечението; 5 месеца след поставяне на микроимплантите; непосредствено преди и след сваляне на микроимплантите.



Фиг. 9. Положение на 48 преди и след ортодонтичното лечение

forse system“. Канюлата и брекета бяха свързани последователно с еластични и твърди сегментни дъги с различни дебелени и сечения и между тях бе приложена ортодонтична сила. Останалите зъби от зъбните дъги не бяха включени в така конструирания апарат.

5. След като поставихме микроимплантите, те бяха натоварени веднага. Включихме отваряща пружина за изправяне на 48 за 3 месеца (фиг. 5). Единичната сила, приложена на полуретинирания молар, създава екструзивен момент и позволява дистално наклоняване на короната. През следващите 5 месеца проведохме медиализиране на 48 с помощта на активен tie back и затваряща пружина, включвани последователно в системата (фиг. 6, 7) (7, 8, 11).

6. След като премахнахме микроимплантите, не беше необходим ретенционен период и не открихме промени в околните тъкани (фиг.8).

7. Лечението беше контролирано с контролни рентгенографи (фиг. 9). Рентгеновия образ след сваляне на микроимплантите показва липса на промени в костта, а също така доказва преместване на 48 медиално и намаляване на разстоянието между 45 и 48.

Резултати

В резултат на тегленето се отчете 5,9 mm медиализиране на 48, измерено в областта между шийките на 45 и 48. Клиничната корона на 48 е изцяло освободена

от меки тъкани, в кръстосана оклузия с 17, а разстоянието за висящото тяло е намалено от 27,7 на 18,8 mm. Резултатът бе получен за 10 посещения, средно през 30 дни. Получената конфигурация бе одобрена от лекуващия дентален лекар като приемлива за започване на възстановителни протетични мероприятия.

В описания клиничен случай за преместване на единичен зъб, с помощта на микроимпланти, се създаде възможност да се конструира функционираща ортодонтична биомеханична система, без да се включват в нея и товарят останалите зъби от зъбната редица.

Заклучение

Микроимплантите, имат стабилна механична ретенция, позволяваща непосредствено натоварване (6, 8, 9, 10). Конструкцията и обема им са минимални, не изискват тежки хирургични манипулации, което се понася добре от пациентите.

В заключение можем да кажем, че ортодонтичните микроимпланти могат да осигурят максимална опора както при конвенционално, така и при частично ортодонтично лечение.

Адрес на кореспондиращия автор:
1463 София, бул. Топлебен 11, ап. 1
Мирослава Динкова
miroslavadinkova@abv.bg
mdinkova@orthodont.biz