Комплексное лечение диастемы зубов.

Закишева С.М., Мухтарова К.С., Токбергенова А.Т., Тулкумбаев А.Р.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

В современной стоматологии, а именно в разделе ортодонтия, на сегодняшний день остается актуальным вопрос о зубочелюстных аномалиях, которые распространены как среди детского, так и среди взрослого населения.

Среди них значительное место занимают диастемы, этиология и клиника которых настолько разнообразна, что не позволяет проводить лечение этих дефектов по единой стандартной схеме. Большое количество рецидивов после окончания ортодонтического лечения заставляет искать новые подходы к устранению диастем.

Причинами развития диастем может быть низкое прикрепление уздечки верхней губы, наличие плотной костной перегородки между центральными резцами, ранняя потеря одного из передних зубов, дефект формы и размера боковых резцов, аномальное положение фронтальных зубов, запоздавшая смена передних молочных зубов постоянными.

Диастема может быть различной по величине, иметь различную форму, в зависимости от расположения центральных зубов. Проблемы лечения диастемы заключается в том, что до перемещения зубов, следует устранить причину, вызвавшей ее. Низкое прикрепление уздечки верхней губы наблюдается чаще других причин развития диастем, при этом основание уздечки может располагаться близко к вершине альвеолярного отростка и даже переходить в резцовый сосочек. Уздечка может быть сильно развитой или иметь низкое прикрепление. Такое ее расположение может препятствовать ортодонтическому лечению.

Рентгенологическая картина при такой патологии такова: в области центральных резцов обычно наблюдается широкий плотный небный шов. Иногда в переднем участке небный шов расщеплен и туда проникают волокна соединительной ткани уздечки верхней губы.

Операция показана не ранее чем после полного прорезывания 11, 21, 12 , 22 зубов, а так же 13, 23. Заключается она в иссечение уздечки верхней губы. Все хирургические манипуляции проводят под местной анестезией.

При толстой, мощной и короткой уздечки верхней губы мы проводили пластику уздечки треугольными лоскутами по Лимбергу (Z-пластика) с углами не менее 60 градусов. Рассекали соединительно-тканный тяж в глубине раны по ходу уздечки. При тонкой, короткой и низко прикрепленной уздечки верхней губы, мы отсекали ее от гребня альвеолярного отростка V-образным разрезом между зубами 11 и 21 и после оттягивания верхней губы, перемещали ее выше на 1-1,5 см, при этом соединительно-тканный тяж в глубине раны под уздечкой рассредоточивали. Далее проводили антисептическую обработку раны с последующим ее ушиванием кетгутом.

Так же с целью ослабления плотного небного шва и ускорения сроков ортодонтического лечения, при необходимости сглаживали костный выступ в этой области. Верхнюю губу фиксировали давящей повязкой на 4—6 ч. Через неделю после оперативного вмешательства проводили ортодонтическое лечение несъемным аппаратом – брекет-системой. По месту фиксации брекет-системы можно разделить на вестибулярную (устанавливается на губную и щёчную поверхность зубов) и лингвальную (устанавливается на язычную поверхность зубов) технику. По материалу все брекеты можно разделить на металлические, композитные, керамические и сапфировые. Композитные, керамические и сапфировые брекет-системы относятся к разновидностям эстетических брекетов. Общим свойством эстетических брекетов является их меньшая заметность для окружающих. Данную несъемную систему больные носили около одного года. После перемещения зубов в правильное положение для закрепления результата устанавливали ретенционный аппарат ретейнер. Его задачей было сохранение зубов в ровном положении после курса проведенного лечения брекет-системой.

Таким образом, для устранения диастемы при низком прикреплении уздечки верхней губы мы рекомендуем сначала провести оперативное вмешательство - иссечение уздечки с последующим ортодонтическим лечением.