
АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА ПОПОВА—ГОДОНА

М.З. Каплан, О.В. Романова, С.А. Белорус,
В.В. Прокопьев

Кафедра ортопедической стоматологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Северный бульвар, 7Г, стр. 2, Москва, Россия, 127566

Наиболее распространенным способом лечения феномена Попова—Годона на сегодняшний день остается метод сошлифовывания. Для определения степени сошлифовывания изучают диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, а также боковые телерентнограммы. Проведя окклюзионную плоскость, определяют, на сколько зуб сместился за нее: от этого зависит величина снимаемых по окклюзионной поверхности тканей. На рентгенограммах положение линии определяет показание к депульпированию, если линия пересекает полость зуба. Если смещение произошло на малую величину, то достаточно сточить ткани в пределах эмали. После этого необходимо провести курс фторлактотерапии. Если при стачивании необходимо снять и часть дентина, то зуб требует обязательного покрытия коронкой.

В случаях, когда вертикальное выдвигание зуба произошло в результате наличия сильно разрушенного зуба-антагониста, металлокерамическими коронками покрывают как разрушенный зуб, так его антагонист. Таким образом создается достаточная высота для будущей коронки и устраняется блокирование движений нижней челюсти в сагиттальном направлении.

Кафедрой ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов был предложен альтернативный способ лечения данной патологии. Протезированию подлежит только разрушенный зуб, коронковая часть которого восстанавливается керамокомпозитной вкладкой без изменения сложившейся окклюзионной кривой.

Ключевые слова: феномен Попова-Годона, керамокомпозитная вкладка, металлокерамическая коронка, окклюзионная плоскость.

Феномен Попова—Годона — смещение зубов в различных направлениях после образования дефекта в зубной дуге, приводящее к деформациям окклюзионной кривой. Осложнение развивается после удаления части зубов, либо в тех случаях, когда разрушены зубы-антагонисты, может встречаться в любом возрасте [1].

Клиническая картина. Различают следующие возможные направления смещения зубов: 1) вертикальное; 2) медиальный наклон; 3) дистальный наклон; 4) наклон в язычном (небном) направлении; 5) наклон в вестибулярном направлении; 6) комбинированное перемещение. Клиническая картина зависит от топографии и величины дефекта [9].

При дефекте, вызванном потерей основного и бокового антагонистов, чаще всего наблюдается изменение положения зуба в вертикальном направлении. Зуб, лишенный антагонистов, как бы входит в дефект зубного ряда; расстояние между его окклюзионной поверхностью и альвеолярным отростком беззубого участка противоположной челюсти уменьшается или зубы касаются слизистой оболочки. Деформация зубочелюстной системы у взрослого человека развивается после удаления зубов постепенно, а у детей и подростков — значительно быстрее. На основании анализа клинических проявлений феномена Попова—Годона В.А. Поно-

марева выделяет две основные формы патологии. Первая форма характеризуется тем, что одновременно со смещением зуба есть видимое увеличение альвеолярного отростка, но не отмечается обнажения корня зуба и образования десневого кармана. Соотношение между экстра- и интеральвеолярной частью зубов остается неизменным. При второй форме смещение зуба сопровождается явлением атрофии тканей пародонта и обнажением цемента корня. В основе данной деформации лежит единый процесс перестройки кости как результат потери обычной для нее функциональной нагрузки. Строение пародонта изменяется соответственно новым функциональным условиям, причем, когда зуб лишается антагонистов и попадает в другие функциональные условия, нарушаются обмен и морфологические взаимоотношения между окружающими его тканями в связи с изменением функции. Эта перестройка тканей пародонта носит приспособительный характер [3; 7; 8].

Наиболее распространенным способом лечения данной аномалии на сегодняшний день остается метод сошлифовывания. Для определения степени сошлифовывания изучают диагностические модели или боковые внеротовые рентгеновские снимки, а также боковые телерентгенограммы. Проведя окклюзионную плоскость, определяют, на сколько зуб сместился за нее: от этого зависит величина снимаемых по окклюзионной поверхности тканей. На рентгенограммах положение линии определяет показание к депульпированию, если линия пересекает полость зуба. Если смещение произошло на малую величину, то достаточно сточить ткани в пределах эмали. После этого необходимо провести курс фторлактотерапии. Если при стачивании необходимо снять и часть дентина, то зуб требует обязательного покрытия коронкой. В случаях, когда вертикальное выдвижение зуба произошло в результате наличия сильно разрушенного зуба-антагониста, коронками покрывают как разрушенный зуб, так его антагонист. Таким образом, создается достаточная высота для будущей коронки и устраняется блокирование движений нижней челюсти в сагитальном направлении [2; 4; 5; 6].

Кафедрой ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов был предложен альтернативный способ лечения данной патологии. Протезированию подлежит только разрушенный зуб, коронковая часть которого восстанавливается керамокомпозитной вкладкой без изменения сложившейся окклюзионной кривой.

Показаниями являются безуспешное применение метода дезокклюзии, отсутствие блокирования движений нижней челюсти и изменений в височно-нижнечелюстном суставе, сопровождающиеся болевыми ощущениями в одном или двух суставах.

В клинику на базе кафедры ортопедической стоматологии Российского университета дружбы народов обратилась пациентка 32 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи и наличие разрушенного зуба 2.6.

Развитие настоящего заболевания: зуб 2.6 был депульпирован 10 лет назад, коронковая часть была восстановлена с помощью анкерного штифта и стоматологического цемента. Месяц назад обращалась в частную стоматологическую клинику, где было предложено изготовление металлокерамической коронки на раз-

рушенный зуб и депульпирование зубов антагонистов с последующим покрытием их металлокерамическими коронками, либо изготовление штампованной коронки на разрушенный зуб. От протезирования зубов-антагонистов и от штампованной коронки пациентка отказалась.

Данные объективного исследования, внешний осмотр: видимой ассиметрии лица не отмечается, регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области не увеличены, при пальпации — безболезненны, высота нижней трети лица в норме. Блокирования движений нижней челюсти и изменений в височно-нижнечелюстном суставе, сопровождающиеся болевыми ощущениями в одном или двух суставах, не наблюдается. Зубная формула:

О	С	П	П				П	П				С	П	О	О
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
О	К	—	К								П	П	П		О

Прикус: ортогнатический. Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и нёба: бледно-розового цвета, умеренно увлажнена.

Объективно: зуб 2.6 восстановлен стоматологическим цементом с низкой износостойкостью. В результате стирания цемента в области зубов 3.6 и 3.7 образовался феномен Попова—Годона с вертикальным смещением.

Диагноз: частичная вторичная адентия обеих челюстей, осложненная феноменом Попова—Годона в области зубов 3.6, 3.7.

План лечения:

1. Рентгенологическое обследование: ортопантомограмма, боковая телерентгенограмма, прицельная рентгенограмма зуба 2.6.
2. Снять слепки и изготовить диагностические модели.
3. Лечение кариеса зубов 1.7, 2.5.
4. Извлечение анкерного штифта.
5. Препарирование зуба под вкладку.
6. Изготовление внутрикорневой керамокомпозитной вкладки с восстановлением коронки зуба без изменения окклюзионной кривой.

ЛИТЕРАТУРА

[1] *Копейкин В.Н.* Ортопедическая стоматология. — М., 1988. — С. 23—68.
 [2] *Копейкин В.Н., Бушан М.Г., Воронов А.И. и др.* Руководство по ортопедической стоматологии. — М., 1993. — С. 16—58.
 [3] *Наумович С.А., Коцюра Ю.И., Гунько И.И. и др.* Штифтовые конструкции Метод. рекомендации. — Мн., 1998. — С. 3—17.
 [4] *Наумович С.А., Гунько И.И., Горбачев А.Н.* Клинические особенности протезирования металлокерамическими конструкциями: Метод. рекомендации. — Мн., 1999. — С. 3—27.
 [5] *Величко Л.С., Белодед Л.В., Иващенко С.В.* Принципы лечения вертикальных зубоальвеолярных деформаций у взрослых Учебно-методическое пособие. — Мн., 2004. — С. 4—22.
 [6] *Гаврилов Е.И.* Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. — М., 1973 — С. 15—37.

- [7] *Альшиц А.М.* Пломбирование кариозных полостей вкладками. — М., 1974. — С. 16—42.
[8] *Боровский Е.В.* Терапевтическая стоматология. — М., 1976. — С. 21—56.
[9] *Bartlett DW.* The role of erosion in tooth wear: aetiology, prevention and management // *Int Dent J.* — 2005. — P. 277—284.

ALTERNATIVE TREATMENT OF OVER-ERUPTED TEETH

**M.Z. Kaplan, O.V. Romanova, S.A. Belorus,
V.V. Prokopyev**

Prosthetic department
Peoples' Friendship University of Russia
Severniiy Boulevard, 7G, bld. 2, Moscow, Russia, 127566

Teeth not exposed to chewing forces have a capacity for physiological tooth movement or tooth migration. The erupting tooth will erupt until it reaches occlusal contact and the final positioning of the teeth depends on the equilibrium between forces e. g. forces from the occlusion, tongue, lips and eruption. Therefore, overeruption is accommodation process. There are several methods to treat the disease: the intrusion by means of orthodontics appliances, selective alveolar corticotomy for intruding overerupted teeth, prosthetic crowns, tooth extraction. Surgical or orthodontic therapy may be inconvenient and they are not always as effective as desired. Available prosthetic options for restoration of occlusion include selective root canal treatment with invasive tooth reduction to reconstruct the occlusal plane and make enough places for porcelain fused to metal crowns. The alternative treatment was proposed by department of prosthodontics of Peoples' Friendship University of Russia. The only destroyed tooth is restored by ceramo-composite pinlay, thus making no changes in occlusion line. The indications for this method: orthodontic therapy is not effective, no blockage of jaw motions, no pathologic changes in temporomandibular joints.

Key words: overeruption, ceramocompositopinlay, porcelain fused to metal crowns, occlusion line.