



Рис. 4. Ребенок Д., 14 лет. Первичная адентия 12, 22, 32, 42 зубов.



Рис. 3. Ортопантомография того же пациента.



Рис. 5. Ортопантомография того же пациента.



Рис. 2. Ребенок К., 13 л. Первичная адентия 32 зуба.

Список литературы

1. Аверьянов С. В., Зубарева А. В. Влияние зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни // *Ортодонтия*. - 2016. - №2(74). - С. 33-34.
2. Аверьянов С. В., Зубарева А. В. Комплексный метод лечения ретенированных зубов // *Ортодонтия*. - 2016. №2(74). С. -35-43.
3. Арсенина О.И. и др. Клинико-морфологическое сопоставление видов деформации зубных рядов с ЛОР-патологией // *Ортодонтия* — 2015. - №4(69). - С. 35-43.
4. Аюпова Ф. С., Восканян А. П. Распространённость и структура зубочелюстных аномалий у детей (обзор литературы) // *Ортодонтия* - 2015. - №4(69). - С. 35-43.
5. Галлямова Э. Э., Муратов А. М. Качество жизни пациентов со стоматологической патологией. - М., 2018. - С. 23-27.
6. Морозова Н. В., Слабковская А. Б. Влияние протезирования при ранней потере передней группы молочных зубов на психологический статус детей // *Ортодонтия*. - 2016. - №3(75). - С. 50-55.

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2-8>
УДК: 616.314-007.24-053.4/5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПЕРИОД СМЕНЫ ПРИКУСА



Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р.,
Насимов Э.Э., Акбаров К.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка эффективности ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период сменного прикуса с помощью функциональных методов. Материал и методы: под наблюдением были 20 пациентов (8 мальчиков и 12 девочек) с дистальной окклюзией зубных рядов в возрасте от 5 до 14 лет. Пациентов разделили на 2 группы по 10 человек. В 1-й группе лечение проводили с помощью регулятора функций Френкеля, во 2-й группе применяли аппарат Твиц-блок. Результаты: проведение клинической пробы Биттнера - Эшлера, цефалометрической диагностики и ортодонтического лечения пациентов с дистальным прикусом в период смены зубов функциональными методами при помощи аппаратов: регуляторами функций Френкеля и Твин-блоками способствует положительной результативности обоих случаев. Диагностический комплекс позволяет прогнозировать результаты лечения и контролировать тип скелетального роста. Выводы: грамотный подход к планированию лечения дистального прикуса у детей позволил улучшить эстетику улыбки, контролировать и управлять типом роста челюстных костей, устранить вредные привычки, нормализовать дыхание, значительно уменьшить объем, а подчас и исключить в будущем хирургические стоматологические



исключить в будущем хирургические стоматологические вмешательства в лечении данной аномалии прикуса.

Ключевые слова: дети, дистальная окклюзия зубных рядов, сменный прикус, ортодонтическое лечение, функциональные метод.

Annotation

Conducting a clinical trial of Bittner-Eshler, cephalometric diagnostics and orthodontic treatment of patients with distal occlusion in the period of changing teeth with functional methods using apparatus: regulators of Frenkel appliance and twin-block appliance allows to conclude positive results in both cases. The diagnostic complex helps to predict the results of treatment and control the type of skeletal growth'.

По данным Ф.Я. Хорошилкиной (19'99), частота аномалий в смешанном прикусе достигает 49%. Из этого количества 20% составляет дистальный прикус. У 69% детей с дистальным прикусом имеются нарушения функций жевания, глотания, смыкания губ (Малыгин Ю.М., 1970).

Для лечения дистального прикуса в период смены зубов используют различные функциональные аппараты - как стандартные, так и индивидуально изготовленные. - аилучшие результаты достигаются при раннем ортодон- - .ическом лечении в возрасте 5,5-12 лет с помощью функциональных аппаратов (Хорошилкина Ф.Я., 1970; "окаревич И.В., 1986; Klammt G., 1969; Frankel R., 1978). Среди специалистов нет единого мнения мнений по воду эффективности их использования, возрастного .-за. адаптации пациентов к тому или иному аппарату.

Цель исследования: оценка эффективности орто- Ф: -- .(ческого лечения детей с дистальной окклюзией : -б-ых рядов в период сменного прикуса с помощью z ■ -- _иональных методов.

Материал и методы

"эд наблюдением были 20 пациентов (8 мальчиков и ■ 2 девочек) с дистальной окклюзией зубных рядов в втзвсте от 5 до 14 лет, обратившихся в поликлинику ""дэнтии и зубного протезирования ТГСИ. Пациентов :взделили на 2 группы по 10 человек. В 1-й группе -е-е-ие проводили с помощью регулятора функций :-:-* едя □ РФФ), во 2-й группе применяли аппарат Твин-

. ■ всех детей проводили клинические, антропометри- в: >е ; ■ оследования, ТРГ-метод, клиническую пробу -еда-Эшлера.

Результаты и обсуждение

• - = '_ентов с дистальным прикусом, у которых был • : 'в:-в.-ен регулятор функций Френкеля, постепенно =:: з*в-авливалось нарушенное миодинамическое ; вв-звезие между мышцами языка, с одной стороны, и ■: вм.'губ и щек-сдругой. Тенденция кбалансировке >=, _.-б щек и языка отмечалась к 3-4-й неделям поль :: ва- ■= аппаратом. Дети стали избавляться от вредных — -=■: проглатывание языка, сосание пальцев), у них :- :и-г и зовалось дыхание, было достигнуто улучшение :: :*- :шения моляров по Энглю, что важно для ■вс м з - г- него роста и развития зубо-челюстной системы.

лятор функций незаменим при сложных наруше- - : -клюдии, когда не помогают другие методы коррек-]> справляется с самыми запущенными аномалиями

благодаря одновременному выравниванию прикуса в 3-х разных направлениях.

Дети пользовались аппаратом в основном в ночное время и 2-3 часа днем. Это, естественно, удлиняет сроки лечения. Кроме того, фактор громоздкости конструкции, состоящей из множества деталей, смущал пациентов.

Необходимо отметить, что у пациентов, пользующихся регулятором функций Френкеля, затруднен контроль задней высоты нижней части лица. Так как ортодонтическое лечение приходится на период активного роста ребенка, регулятор функций требуется менять несколько раз в течение курса (изготовление 2-3-х аппаратов).

Пациентам 2-й группы был рекомендован функцио-нальный метод Твин-блок. Это аппараты нового поколения, используемые для коррекции данной аномалии. Твин-блок впервые был предложен Кларком (в последующем использовались его различные модификации) - это функциональная конструкция, состоящая из двух базисных пластинок. Основной активный элемент- расширяющий винт на верхней челюсти. Принцип действия аппарата вынуждает нижнюю челюсть занять конструктивное положение. Аппарат является отдельным, поэтому пациенты быстро адаптировались к ним, носили аппарат постоянно, даже во время приема пищи. Благодаря быстрой адаптации, было меньше больных, которые прервали лечение до его завершения, в более короткие сроки наблюдался положительный результат. Конструктивный прикус, удерживающий нижнюю челюсть в выдвинутом положении, нормализует эстетику лица.

Лечение осуществлялось в два этапа. Первый - активное лечение. В это время осуществлялось выдвижение нижней челюсти в сочетании с нормализацией окклюзионного соотношения зубных рядов в вертикальном направлении. Второй - сохранение правильного смыкания резцов в период допрорезывания боковых зубов. Обеспечивали с помощью пластинки на верхней челюсти с наклонно-накусочной площадкой в переднем участке и множественными Кламмерами. При этом наклонно-накусочная площадка на дистальных участках заканчивалась на уровне дистальной поверхности клыков нижней челюсти.

Глубокое резцовое перекрытие устранялось отшлифовыванием окклюзионных накладок на аппарате для верхней челюсти с целью зубоальвеолярного удлинения в области моляров нижней челюсти. Выполняли такое отшлифовывание через неделю после припасовывания аппарата и адаптации к нему пациента. Сошлифовывая накладки, постепенно создавали свободное пространство до жевательной поверхности моляров нижней челюсти, равное 1-2 мм (не более), чтобы не допустить распластывания языка в области образовавшихся щелей. При недостаточной скорости роста недоразвитой нижней челюсти, а также при вертикальном типе роста челюстей следили за выдвижением нижней челюсти путем наслаивания самотвердеющей пластмассы на скаты наклонных плоскостей пластинки для верхней челюсти. Как видно из таблицы, возникновение дистального прикуса у наблюдаемых нами детей связано с дистальным положением и/или отставанием в росте и развитии нижней челюсти. Проведенные пробы по Биттнеру-Эшлеру оказались положительными во всех случаях (100%), что также подтверждает полученные цефалометрические показатели и является показанием к лечению функциональными методами.



Таблица. Цефалометрические показатели пациентов в динамике лечения функциональными аппаратами РФ (числитель) и Твин-блок (знаменатель)

Показатель	Норма	Срок исследования		
		ДО лечения	через 6 мес.	через 12 мес.
SNA, °	82	84±0,9	В4+0.2	82±0.7
		83±0,7	83±0,7	82±0,5
SNB, °	80	76±0,9	78+0.2	78±0.8
		76±0,8	77+0,6	78±0,4
ANB, °	2	<u>8±0,2</u>	<u>6±0,8</u>	<u>4±0,9</u>
		7±0,5	7±0,5	4±6,8
FMA, °	25	31±0,1	29±0,4	27±0,2
		29+0,1	27±0,4	26±0,4
AO-BO, мм	0-2	5	3	2
		6	5	3
Ba, °	20	23±0,1	22±0,5	22±0,1
		22±0,4	21±0,9	21±0,1

Каждый из использованных нами функциональных аппаратов имеет свои преимущества и недостатки. Важно правильно диагностировать, прогнозировать, контролировать и управлять типом роста, позволяющим повысить эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период раннего сменного прикуса с помощью функциональных методов.

Заключение

Проведение клинической пробы Битнера - Эшлера в дополнение к клиническим и цефалометрическим показателям даёт информацию о «повинности» верхней или нижней челюсти в возникновении данной аномалии прикуса. Возможность управления вертикальным ростом позволяет врачу-ортодонту сделать выбор между функциональными аппаратами в пользу регулятора Френкеля или Твин-блока.

Грамотный подход к планированию лечения дистального прикуса у детей позволил улучшить эстетику улыбки, контролировать и управлять типом роста челюстных костей, устранить вредные привычки, нормализовать дыхание, значительно уменьшить объем, а подчас и исключить в будущем хирургические стоматологические вмешательства в лечении данной аномалии прикуса.

Список литературы

1. Руководство по ортодонтии; Под ред. Ф.Я. Хорошилкиной. - М.: Медицина, 1999. -798 с.
2. Самойлова Н.В., Кларк В.Дж. Применение двойного блокового аппарата Кларка при разновидностях аномалий окклюзии: Учеб.-метод. пособие. - М.: РМАПО, 2005. -80 с. 1
3. Токаревич И.В. //Здравоохранение. - 2000. - №4. - С. 25-26.
4. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. - М.: Мед. информ. агентство, 2006. - 544 с.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персии Л. С. Ортодонтия. Лечение аномалий зубов и зубных рядов современными ортодонтическими аппаратами. Клинические и технические этапы их изготовления: Кн. 1. - 2-е изд., доп. - М.: Мед. книга; НГМА, 2002. - 252 с.
6. Clark W.J. //Dent. Today. -1991.- Vol. 10, №2. - P. 5051.

