

**ИЗМЕНЕНИЕ ИНКЛИНАЦИИ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ ПРИ-КУСОМ** Мамеков А.Д. , Г.С.Акжарова, Д.А.Мамекова КазНМУ, ТОО «Аялау» При ортодонтическом лечении 30 больных с глубоким прикусом зубоальвеолярной формы получен положительный результат при изменении инклинации верхних резцов благодаря направленному действию предлагаемого устройства. Актуальность проблемы. Глубокий прикус относится к вертикальным аномалиям прикуса. При резко выраженных нарушениях нижние передние зубы упираются режущими краями в слизистую оболочку твердого неба, верхние резцы имеют отрицательный угол инклинации, из-за значительного наклона иногда травмируют межзубные сосочки с вестибулярной стороны нижних зубов и способствуют их отслоению[5,7]. Поэтому нор-мализация положения верхних резцов является одной из основных задач лечения[3,6]. Известно устройство для лечения глубокого прикуса, содержащее пластмассовый базис с наклонной опорной площадкой из 2 частей, каждая из которых размещена в области клыков и первых премоляров. Части наклонной площад-ки удерживают нижнюю челюсть в конструктивном положении, создавая вертикальную щель в боковом отделе, вызывая его перестройку. Во фронтальной части устройства расположены пружины для смещения централь-ных резцов вестибулярно, а вестибулярная дуга смещает боковые резцы орально, что позволяет сократить сроки лечения и предотвратить ущемления десневых сосочков за резцами[2]. Недостатком известного устройства является перегрузка зубов нижней челюсти в области действия наклонных площадок, ограниченная площадь приложения силы для вестибулярного перемещения централь-ных резцов, их возможное зубоальвеолярное удлинение с отсутствием отклонения режущих краев, т.е. изме-нение инклинации. Известно также устройство для лечения глубокого прикуса с применением лингвальных брекетов. В конструкцию брекетов передней верхней группы зубов встроены накусочные площадки для созда-ния преждевременных контактов во фронтальном отделе челюстей и разобщения в боковом отделе. Технические параметры аппарата позволяют получить положительные результаты в устранении глубокого прикуса[4]. Недостатком известного устройства является отсутствие возможности активного вестибулярного переме-щения фронтальных зубов. Рекомендовано также устройство для лечения глубокого прикуса с ретрузией верхних резцов, содержащее съемную верхнечелюстную пластину с кламперами, передняя часть которой представляет собой секторный элемент, соединенный с верхнечелюстной пластиной с помощью ортодонтического винта. Секторный элемент снабжен наклонной плоскостью с накусочной площадкой для взаимодействия с язычной поверхно-стью нижних резцов для перемещения вперед резцов верхней и нижней челюстей. Устройство снабжено вестибулярной дугой[1]. Недостатком этого устройства является возможность зубоальвеолярного удлинения передних верх-них зубов и перегрузки передних нижних, отсутствие одновременного отклонения режущего края верхних рез-цов. С целью устранения ретрузии верхних резцов с достижением режуще-бугоркового контакта между верх-ними и нижними резцами нами разработано устройство[8], содержащее съемную верхнечелюстную пластину, соединенную с передним секторным элементом ортодонтическим винтом. Наличие в предлагаемом устрой-стве Г-образных пружин и расширенного базиса в виде каппы на боковые зубы позволяет изменить инк-линацию верхних резцов и устанавливать в правильное положение ретрузионно расположенные верхние резцы с получением режуще-бугоркового контакта между верхними и нижними резцами, а также преду-преждать зубоальвеолярное удлинение верхних зубов и перегрузку передних нижних зубов.

Материал и методы исследования. Мы применяли разработанное нами устройство с целью ортодонтиче-ского лечения 17 больных с глубоким прикусом в возрасте 12-14 лет и 13 взрослых. Клиническое исследова-ние проведено по общепринятой методике. Для установления окончательного диагноза применяли дополни-тельные методы диагностики: проводили биометрическое исследование гипсовых моделей челюстей: длину переднего отрезка зубного ряда верхней челюсти измеряли трехмерным циркулем Korkhaus от кон-тактной точки на губной поверхности режущих краев центральных резцов до точек на середине фиссур первых премоляров. Обязательным условием было изучение данных ортопантомографии и телерентгенографии. На рентгенограммах изучали аномалии зубов, их форму, положение и направление корней, состояние периапи-кальных тканей. При необходимости проводили гнатометрию и профилометрию по А.М. Шварц. Для опреде-ления изменений инклинации резцов были изучены: угол ANB, SNA,SNB, NAPg,1-SpP, 1-MP,F,AB|SpP. Всего 8 угловых соотношений. При определении формы зубочелюстных аномалий придерживались классификации ВОЗ. Результаты исследования. Анализ соотношений точек Даунса к линии основанию черепа (SNA и SNB) по-казывает, что у больных зубоальвеолярная форма аномалии прикуса. Межрезцовый угол у 13 больных составил 126 градусов, у 10 больных - 128 градусов, у 7 больных- 129 градусов. Глубина резцового перекрытия составляла до 5 мм у 20 больных, у 10 больных – до 7 мм. Длина переднего отрезка зубного ряда верхней челюсти была укорочена у всех больных, более выражены были у тех больных, у которых режущий край резцов более наклонен в небном направлении. У 7 больных разница фактического и нормального (по таблице) расстояния равнялось 3 мм. Возможность коррекции межрезцового угла, глубины резцового перекрытия, профилактики зубо альвеолярного удлинения верхних резцов и перегрузки нижних дос-тигается тем, что в ортодонтическом устройстве, содержащем винт, соединяющий секторный элемент с базисом верхнечелюстной пластины, на конце

секторного элемента устанавливают Г-образные пружины из ортодонтической стальной проволоки диаметром 0,6мм, соответственно количеству передних перемещаемых зубов и обеспечивающих перемещение их вестибулярно. Основой базис съемной пластины расширен на окклюзионную поверхность боковых зубов и оформлен в виде каппы для предупреждения перегрузки зубов и нормализации окклюзии. Базис секторного элемента имеет наклонную плоскость с накусочной площадкой. На рис 1 изображено устройство - вид со стороны верхней части полости рта (стрелками показано направления расширения базиса); на рис 2 - то же, вид сбоку (стрелками показано направление действия пружин и секторного элемента). Предлагаемое устройство для лечения глубокого прикуса с ретрузией верхних резцов содержит верхнечелюстную пластину 1 с расширенным базисом, оформленным в виде каппы 2, и с кламмерами 6, передняя часть которой представляет секторный элемент 3, имеющий наклонную плоскость с накусочной площадкой 7 и соединенный с верхнечелюстной пластиной ортодонтическим винтом 5. Секторный элемент 3 снабжен Г-образными проволочными пружинами-толкателями 4 для отклонения области режущего края коронок верхних резцов на большую величину, чем пришеечную часть, а также для предупреждения зубоальвеолярного удлинения.

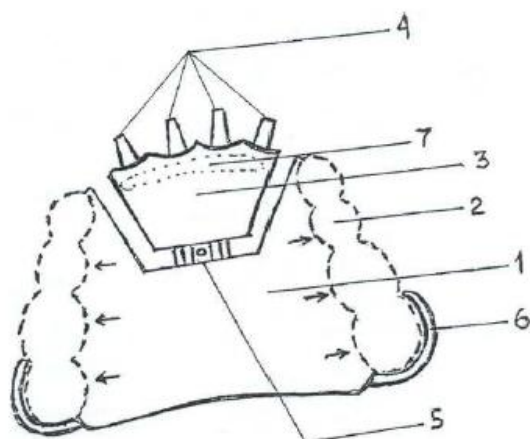


Рис.1

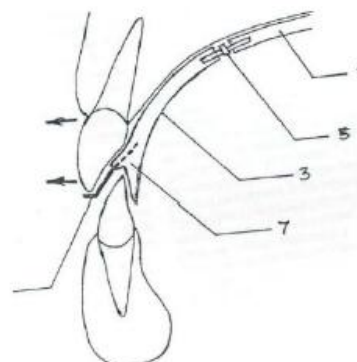


Рис.2

Устройство для лечения глубокого прикуса используют следующим образом. Действующей частью устройства являются Г-образные пружины, которые, выйдя из базиса секторного элемента, проходят одним коленом по середине коронковой части передних зубов с небной стороны и перекрывают режущий край, образуя Г-образный изгиб, затем поднимаются вторым коленом по небной поверхности, повторяя первое колено пружины, и заканчиваются также в базисе секторного элемента. Проволочные пружины активируются до полного контакта к оральной поверхности и режущему краю верхних резцов. Одновременно раскручивается ортодонтический винт на 1/4 оборота. Базис секторного элемента в области пришеечного участка ретрузионно расположенных резцов выпиливается на 0,5-1мм. Базис 1 фиксируют на верхней челюсти с помощью кламмеров 6. Пружинные толкатели воздействуют на неправильно расположенные зубы в области режущего края, а секторный элемент воздействует на всю поверхность коронки зуба, кроме пришеечного участка, где базис секторного элемента отстоит от перемещаемых зубов на 0,5-1мм.

Под действием перемещающей силы ортодонтического винта коронки ретрузионно расположенных зубов перемещаются на 0,15мм после каждой активации, а режущий край под действием Г-образной проволочной пружины отклоняется дополнительно. Расширение базиса в виде каппы на окклюзионную поверхность боковых зубов верхней челюсти обеспечивает регулируемое действие накусочной площадки на нижние передние зубы. Регулирующее действие достигается путем подточки жевательной поверхности каппы с созданием зазора не более чем на 1-1,5мм для профилактики зубоальвеолярного удлинения передних нижних резцов и дозированной перестройки альвеолярного отростка в боковом отделе. Новое расположение зубов закрепляется в течение 10 дней. Через 10 дней манипуляцию повторяют снова в течение 6-8 месяцев. Таким образом, под неоднократным, активным действием проволочной пружины и ортодонтического винта зубы перемещались наклонно-вращательным путем на расстояние, которое соответствует данным таблицы по сумме ширины резцов. Межрезцовый угол приближался к норме. У 23 больных резцовое перекрытие составило 3 мм, т.е. 1/3 высоты коронок нижних резцов, у 7 больных - 5 мм, т.е. 1/2 высоты коронок нижних резцов. Таким образом, у всех 30 больных с глубоким прикусом зубоальвеолярной формы получили положительный результат. Заключение. Устройство для лечения

глубокого прикуса с ретрузией верхних резцов позволяет изменить инклинацию верхних резцов с получением режуще-бугоркового контакта между верхними и нижними резцами. Изменение положение нижних резцов под воздействием накусочной площадки устройства способствует нормализации резцового перекрытия. Предлагаемое устройство рассчитано на стоматологов-ортодонтотв и может быть применено в поликлинических условиях. **Литература**

1. А.с. СССР № 1149964, Кл. А61С7/00, 1983;

2. А.с. СССР № 1426571, Кл. А61С7/00, 1985;

3. Дэймон Д. Рабочая тетрадь ортодонта. Санкт-Петербург, 2004;

4. Герасименко С.Н. Несъемная ортодонтическая техника. Санкт-Петербург, 2002;

5. Калвелис Д.А. Ортодонтия. Медицина, Ленинградский отдел, 1964

6. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Санкт-Петербург, 2001;

7. Персин Л.С., Кузнецова Г.В. Влияние положение резцов на состояние мягких тканей лица. Сб. матер. науч.-практ. конф. РМАПО. М., 2003, стр. 371-372 8. Предварительный патент № 20364 на изобретение.

Кл. А61С7/00, Астана, 2008. **Терең тістемге байланысты науқасты емдегенде күрек тістердің инклинациясының өзгеруі** Мамеков Ә.Д., Г.С. Акжарова, Д.Ә. Мамекова Ұсынылған қондырғының тиімді бағыттағы әсерімен күрек тістердің инклинациясын өзгертуге байланысты терең тістемнің тіс альвеоларлы формасы бар 30 науқасты ортодонтиялық емдеу жақсы нәтиже берді. **Changing inclination frontal teeth during treatment patients with deep bite** Mamekov A.D., G.S. Akgharova, D.A. Mamekova In this article discusses the treatment and successful results of 30 cases, with a deep bite. Changing inclination of frontal teeth by new technique demonstrates the viability for management treatment deep bite.