

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БРЕКЕТ -СИСТЕМЫ КОМБИНАЦИЕЙ ПАЗОВ ДЛЯ ЛУЧШЕГО КОНТРОЛЯ ТОРКА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ

Машарипова Саида Камаль-Эддиновна , Насимов Э.Э.
Ташкентский государственный стоматологический институт
floverrose69@gmail.com

Ключевые слова: дистальный прикус, торк зуба, паз брекета, гигиена полости рта, ортодонтическое лечение.

Аннотация

Прогнатический прикус характеризуется несоответствием формы, величины и положения верхней и нижней челюстей в сагиттальном направлении (А.И.Бетельман, 1958; Д.А.Калвелис, 1964; Е.И.Гаврилов, И.М.Оксман, 1968 и др.) [1]. Ранним клиническим симптомом развития дистальной окклюзии у детей 4-5 лет является положение дистальных поверхностей вторых молочных моляров в одной вертикальной плоскости [2]. Распространенность прогнатического прикуса у детей и подростков колеблется от 15 до 20% [1]. В популяции европеоидов соотношение резцов по II классу, I подклассу встречается также 15-20 % [3]. Пациенты с данной аномалией окклюзии зубного ряда не всегда знают о своей патологии, но в большинстве случаев имеет жалобу на профиль лица.

Коррекция дистальной окклюзии требуют длительного и комплексного лечения. Одним из ходов коррекции второго класса по Энгля, является дистализация передней группы зубов после удаления первых премоляров на верхней челюсти. В силу того, чтобы предвидеть возможные итоги создаваемых сил и нежелательные их результаты, данный этап лечения требует у ортодонта глубоких знаний и большого опыта. Также на сегодняшний день в ортодонтической практике широко известен и применяется термин «торк» [4]. В ходе лечения ортодонт стремится сохранить или улучшить торк зубов, соответственно клинической ситуации. Дистализация зубов производится после нивелирования зубного ряда, но часто бывает так, что резцы верхней челюсти не нуждаются последнему и устанавливая в зубную дугу тонкие дуги NiTi ортодонты часто допускают ошибки: потеря времени и эффект американских горок

Цель работы: выявить значимость разработки индивидуальных планов лечения пациентов независимо от одинакового диагноза, определить возможные методы комбинаций паза брекетов, обосновать легкость в применении комбинированных слотов брекета.

Материалы и методы: 26 человек в возрасте от 12 до 35 лет. Из них 12 пациенты женского пола, 14 мужского.

Результаты исследования: все пациенты были разделены на три группы: в первую группу вошли 8 человек, лечение которых проводилось

с применением комбинированного набора слота брекетов , и 9 пациентам из другой группы лечение проводилось по традиционной схеме с использованием 18 паза брекета, а последней группе с 9 пациентами были установлены только 22 пазные брекететы по ROTH. Первой группе пациентов лечение проводилось по специально разработанной индивидуально каждому пациенту лечения и включала выбор торка согласно анализам ТРГ : верхний угол инклинации, угол верхних резцов к окклюзионной плоскости, межрезцовый угол и желаемый результат самого пациента и оценка мягких тканей: тонус губ, эстетика улыбки, внутриротовое обследование: верхних и нижних дуг, зубов в прикусе; резцовая классификация, боковые сегменты, центральная линия, окклюзионные контакты с зубами-антагонистами и проксимальные контакты.

В результате диагностики был разработан каждому пациенту из первой группы индивидуальный план лечения и подобраны брекететы в зависимости желаемого результата. В частности, на верхние и нижние резцы трем пациентам из первой группы были зафиксированы 18 слотные брекететы для сохранения положительного торка при смещении зубов; остальным пациентам из этой же группы в целях укорочения срока лечения и для зубов, требующие контроль торка были установлены брекететы с 18 пазом. В ходе лечения во второй группе пациентов мы столкнулись с трудностями недостаточностью сил дуг у 5 из 10 пациентов. Получение результатов лечения в третьей группе стал очень протяженным, в ходе лечения было обнаружено, что брекететы с 22ым пазом требуют больше этапов смены дуг, соответственно больше материала и средств, дольше времени и умения владения навыками создания изгибов на дугах, соответственно и набором инструментов позволяющие создать нужный торк.

Выводы: В первой группе леченных пациентов продолжительность лечения была на 3 и 4 месяца меньше, чем при стандартном методе использования брекетов, также по расчетам материалов и инструментов, количества визитов пациента – данный метод оказался на 27% дешевле.

Во второй группе пациентов со стороны пациентов наблюдались недовольства о длительности лечения и медленных изменениях в зубочелюстной их системе.

Третья группа пациентов оставалась в основном довольной с единичными жалобами на затрудненную гигиену полости рта в результате создания изгибов на дугах.

Важно понимать, что значение применения в комбинации разных слотов брекетов не утрировано, как по мнению скептиков, а обосновано, так как это дает возможность не только контролировать сокращение сроков лечения, но и дает возможность начинающему ортодонту работать корректно с минимальным набором инструментов и тем самым уменьшить стоимость лечения .