

ID: 2012-2-5-A-1520

Оригинальная статья

Венатовская Н.В., Суетенков Д.Е.

**Эффективность закрытия постэкстракционных промежутков у взрослых пациентов с использованием устройств временной скелетной опоры***ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздравсоцразвития России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии***Ключевые слова:** постэкстракционные промежутки, устройства временной скелетной опоры.

**Актуальность.** Функциональные, морфологические и эстетические нарушения в челюстно-лицевой области значительно распространены, в среднем они выявляются более чем у трети населения России [4, 9]. До 27% из них приходится на случаи дистальной окклюзии. [1, 8, 13]. При этом наблюдается высокая нуждаемость взрослого населения в комплексном лечении с участием ортодонта - от 30 до 55% [1; 4, 6, 9]. Из них 23% представляют скелетные формы патологии, нуждающиеся в наиболее сложном комплексном хирургическом, ортодонтическом и ортопедическом лечении [2, 10]. Зачастую пациенты предпочитают камуфляж хирургическому лечению, поэтому актуальным является выбор оптимальной методики коррекции дистальной окклюзии консервативным методом. В настоящее время с появлением ортодонтических микроимплантатов появилась возможность помочь взрослым пациентам со сложными аномалиями и деформациями зубочелюстной системы [3, 5, 7, 11, 12].

**Цель работы:** определение возможностей повышения эффективности ортодонтического лечения дистальной окклюзии за счёт использования скелетной опоры.

**Задачи:** сравнительный анализ способов ортодонтической коррекции дистальной окклюзии у взрослых пациентов с использованием межчелюстной эластической тяги и с использованием кортикальной опоры.

**Материалы и методы.** На ортодонтическом лечении с 2009 по 2011 год с диагнозом «дистальная окклюзия» находились 23 пациента в возрасте от 19 до 27 лет. В исследование вошли пациенты, которым проводилось ортодонтическое лечение с экстракцией 14, 24 зубов с использованием SWA техники и брекет-систем Innovation R, Innovation C, GAC. Пациенты были разделены на 2 группы: в первой закрытие постэкстракционных промежутков и коррекция окклюзии проводилась с помощью эластической тяги, во второй для дополнительной опоры пациентам были зафиксированы ортодонтические микроимплантаты Vector TAS, Ortiso (8 x 1,4 мм) в области зубов 15-16 и 25-26. Группы состояли из 13 и 10 человек соответственно. В ходе лечения эффективность использования скелетной опоры изучали по скорости закрытия промежутков и коррекции окклюзии; степени потери опоры; частоте посещений; потере торка; комфортности лечения и возникновению осложнений в ходе лечения (катаральный, гипертрофический гингивит, гипертрофия слизистой оболочки вокруг микроимплантата). Для оценки результативности лечения изучали профиль пациента до и после лечения и анализировали ТРГ в боковой проекции до и после лечения.

**Результаты.** В первой группе закрытие постэкстракционных промежутков происходило в течение 4-6 месяцев, во второй - 3-3,5 месяца, частота посещений в первой группе выше, что связано с необходимостью регулярной замены эластической тяги. При использовании полнопазных дуг потеря торка в первой группе была выше на 6-9 градусов, чем во второй, что объясняется косым направлением вектора тяги. Жалобы на дискомфорт у пациентов первой группы при добавлении к ортодонтической аппаратуре эластиков отсутствовали, а во второй группе после фиксации микроимплантатов наблюдались в 20% случаев. В ходе лечения развитие катарального гингивита наблюдалось в 38%, гипертрофического в 15% случаев в первой группе, что связано с ухудшением уровня гигиены при использовании эластиков, и 10% и 0% соответственно - во второй группе. Кроме того у пациентов со скелетной опорой в 20% случаев наблюдалась гипертрофия слизистой оболочки вокруг головки микроимплантата, отёк и гиперемия окружающих тканей. При наложении боковых ТРГ до и после лечения отмечалась мезиализация медиального контура верхнего первого постоянного моляра в среднем на 1,5-2 мм в первой группе и отсутствовала во второй. Введение в межзубное пространство микроимплантатов блокировало развитие этого эффекта.

**Выводы.** При ортодонтической коррекции дистальной окклюзии у взрослых пациентов для повышения эффективности лечения и более стабильного результата наиболее целесообразно использование скелетной опоры.



Рис 1. Пациент П. На этапе закрытия постэкстракционных промежутков



Рис 2. Пациент П. На завершающих этапах лечения

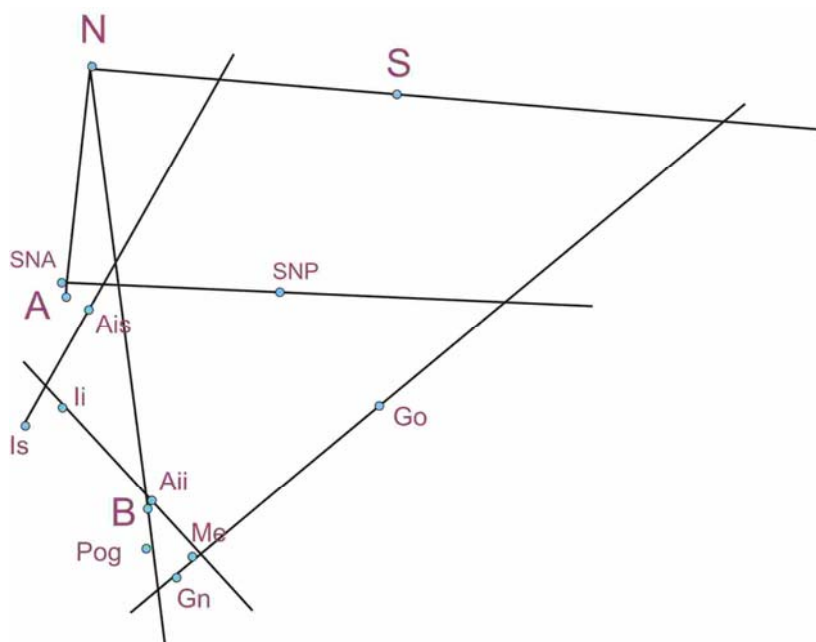


Рис 3. Пациент П. Схема ТРГ перед началом лечения.

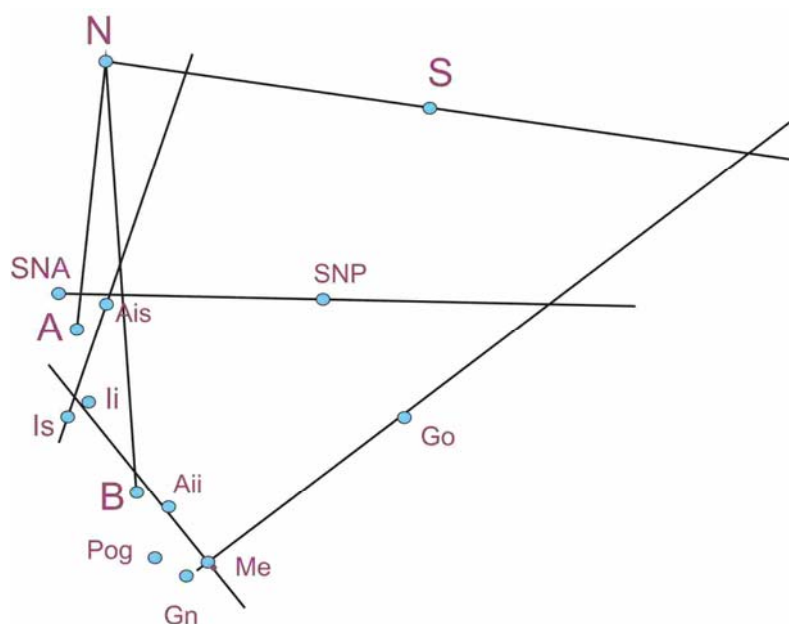


Рис 4. Пациент П. Схема ТРГ на завершающем этапе ортодонтического лечения

#### Литература

1. Алимский А.В., Никоненко В.Г., Смолина Е.С. Распространенность аномалий зубочелюстной системы и их структура среди первокурсников военного университета // Экономика и Менеджмент в Стоматологии. - 2006.-№2( 19).-С. 60-62.
2. Герсон М. Вопросы лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями в хирургическом аспекте / М. Герсон //Ортодент-инфо,-1998.- №4.-С.21 -24.
3. Иванов С.Ю., Поляма Л.В., Мураев А.А., Оборотистов Н.Ю. Дополнительные методики ортодонтической опоры. // Материалы X междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. Санкт-Петербург, 24-26 мая 2005 г. - С. 70.
4. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. М., 2007. - С.-105-128.
5. Поляма Л.В., Оборотистов Н.Ю., Мураев А.А. Возможности ортодонтического лечения с применением временных имплантатов // Ортодонт. Реф. журн. - 2004. - №3. - С. 91-92.
6. Смердина Л.Н., Боровских Н.А., Смердина Ю.Г. Ортодонтическое лечение взрослых с заболеваниями пародонта и вторичными деформациями зубочелюстной системы. // Труды VI съезда СТАР: Сб. науч. трудов.- Москва, 2000. С.247-248.
7. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантатов с модифицированным покрытием. Ж. Пародонтология, 3(51), 2009. - С. 45-50.
8. Трезубов В.Н. Комплексный подход к лечению взрослых с зубочелюстными аномалиями / В.Н. Трезубов, Р.А. Фадеев, В.В. Трезубов // Клиническая стоматология.-2002.- №2.- С.54-60.
9. Хорошилкина Ф.Я., Персии Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Книга IV. М., 2005г. - 25-48.
10. Ю. Рудски-Янсон И. Опыт работы ортодонтон и хирургов при лечении взрослых пациентов / И.Рудски-Янсон, Г.Маст // Ортодент-инфо.-1998.-№4.- С. 19-20.
11. Creekmore T.D. The possibility of skeletal anchorage. // J. Clin. Orthod. -1983.-№17.-P. 266-269.
12. Roberts W.E., Helm F.R., Marshall K.J. Gongloff R.K. Rigid endosseous implants for orthodontic and orthopedic anchorage // Angle Orthod. 1989. -Winter; 59(4). - P. 247-256.
13. Ronchin M. European Board of Orthodontics case report: malocclusion in adult patient. // Prog. Orthod. 2006. - 7 (1). - P. 86-94.