

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Косырева Т.Ф., Васильева М.Б.

Российский университет дружбы народов, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, г. Москва

Диагностика и лечение дистальной окклюзии зубных рядов после окончания роста – одна из сложных и актуальных проблем ортодонтии. Дистальная окклюзия является самой распространенной зубочелюстной аномалией. Частота ее среди детей нашей страны составляет до 42% от числа аномалий прикуса по данным различных авторов. Значительное место среди аномалий зубочелюстной системы она занимает у подростков и взрослых. Дистальная окклюзия часто сочетается с глубоким резцовым перекрытием, скученностью фронтальных зубов и характеризуется нарушением положения и несоответствия соотношения зубных рядов в боковых отделах, прежде всего в сагиттальном направлении.

Обычно задачей при лечении зубоальвеолярной формы дистальной окклюзии является дистализация верхних премоляров и моляров для нормализации их смыкания и решения проблемы недостатка места в верхней зубном ряду. У растущих пациентов для этого используется внеротовая тяга лицевой дуги для коррекции соотношения моляров в период сменного прикуса. У подростков и взрослых метод дистализации боковых зубов верхней челюсти вызывает трудности, сложен выбор метода аппаратуры, их показания, неизвестны биомеханические принципы работы.

Цель исследования: разработать клинико-морфологические показания и усовершенствовать метод лечения дистальной окклюзии без удаления зубов разработанным дистализирующим корректором боковых зубов верхней челюсти.

Разработанный нами подход коррекции положения боковых зубов верхней челюсти с усовершенствованием несъемной скользящей механики показал хорошие результаты. Была проведена оценка эффективности результатов лечения и разработаны схемы коррекции патологии в зависимости от степени выраженности морфологических нарушений, что позволяет получить при лечении данной аномалии оптимальные устойчивые результаты.

Для более эффективной коррекции окклюзии по сагиттали в дистализирующий корректор введены дополнительные элементы: минивинт с силовым чейном для сдерживания работы мезиального вектора дистализирующей петли, что позволяет получить оптимальные результаты.

Разработанные схемы лечения дистальной окклюзии с учетом обусловленности и степени выраженности морфологических нарушений позволяют нам использовать стратегию лечения зубоальвеолярной формы дистальной окклюзии без удаления премоляров у «нерастущих пациентов». Предложенный алгоритм лечебных мероприятий и объективные критерии выбора ортодонтического аппарата для коррекции неправильного положения премоляров и моляров верхней челюсти позволяет врачам-ортодонтам проводить безэкстракционное лечение зубоальвеолярной формы дистальной окклюзии.

Литература

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.