

СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ



04 (10) 2007

РЕДАКЦИЯ:

Главный редактор:
Проф. Флис П.С. (Киев)
Научный редактор:
Доц. Скрипник И.Л. (Киев)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Проф. Москаленко В.Ф. (Киев)
Проф. Король М.Д. (Полтава)
Проф. Смоляр Н.И. (Львов)
Проф. Хоменко Л.А. (Киев)
Проф. Денга О.В. (Одесса)
Проф. Харьков Л.В. (Киев)
Проф. Сысоев Н.П. (Симферополь)
Проф. Куцвяк В.И. (Харьков)
Проф. Покровский М.М. (Львов)
Проф. Гризодуб В.И. (Харьков)
Проф. Даньков Н.Д. (Днепропетровск)
Доц. Дрогомирская М.С. (Львов)
Доц. Романовская А.П. (Симферополь)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:


Проф. Головкин Н.В. (Полтава)
Проф. Зубова Л.П. (Одесса)
Проф. Удод А.А. (Донецк)
Проф. Руденко М.М. (Одесса)
Проф. Самойленко А.В. (Днепропетровск)
Проф. Казакова Р.В. (Ивано-Франковск)
Проф. Савичук Н.О. (Киев)
Проф. Мирза А.И. (Киев)
Проф. Гризодуб В.И. (Харьков)
Доц. Евтушенко Л.Г. (Днепропетровск)
Доц. Филимонов Ю.В. (Винница)

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ
РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Проф. А. Центнер (Нидерланды)
Проф. В. Ким (Южная Корея)
Проф. Персин Л.С. (Россия)
Проф. Оспанова Г.Б. (Россия)
Проф. Токарев И.В. (Белоруссия)
Проф. Гюева Ю.А. (Россия)
Доц. Слабковская А.Б. (Россия)

Журнал включен в перечень изданий, рекомендованных ВАК Украины. Выписка из протокола постановления президиума ВАК Украины от 04.07.06 г. №2-05/07.

Редакция может публиковать материалы, не разделяя точки зрения авторов. За достоверность фактов, цитат, имен, названий и иных сведений отвечают авторы.

Материалы с  публикуются на правах рекламы.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель. Перепечатка без согласования с редакцией запрещена.

© Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца, 2006, 2007
© ООО «Юнимед», 2006, 2007

Учредители:

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, ООО «Юнимед»

Издатель:

ООО «Юнимед»

Свидетельство

о регистрации журнала:
КВ №10218 от 03.08.2005

Адрес редакции:

г. Киев, ул. Зоологическая, 1,
тел.: (044) 209-13-65, 483-99-85
e-mail ukrstom@mail.ru
Отпечатано в типографии "Сим"
г. Харьков. Заказ №01/01,
Тираж 1 000 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРТОДОНТИЯ I СЪЕЗД АССОЦИАЦИИ ОРТОДОНТОВ УКРАИНЫ	2
ОРТОДОНТИЯ XI СЪЕЗД ОРТОДОНТОВ РОССИИ	4
ОРТОДОНТИЯ СИЛЫ ДЛЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЗУБОВ Токарев И.В., Хандогий Д.В.	5
ОРТОДОНТИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ Леоненко П.В., Леоненко Г.П.	10
ОРТОДОНТИЯ КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТОРТОАНОМАЛИЙ ПРИ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ Скрипник И.Л., Жачко Н.И.	16
ОРТОДОНТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНЧС. ЭТИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И КЛАССИФИКАЦИИ Репужинский И.М., Бабий С.С.	22
ОРТОДОНТИЯ НОВИЙ СПОСІБ РОЗРАХУНКУ ТРАНСВЕРЗАЛЬНИХ ВЕЛИЧИН ЗУБНОЇ ДУГИ ОРТОГНАТИЧНОГО ПРИКУСУ З УРАХУВАННЯМ СТАТЕВОГО ДИМОРФІЗМУ Філімонов Ю.В.	26
ОРТОДОНТИЯ СТАБИЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ИНКЛИНАЦИИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ У ПАЦИЕНТОВ СО II КЛАССОМ 2 ПОДКЛАССОМ H. Devreese, G. De Pauw, G. Van Maele, A.M. Kuijpers-Jagtman, L. Dermaut	29
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПІДГОТОВКА ПОРОЖНИНИ РОТА У ДОРОСЛИХ ПАЦІЄНТІВ ДО ПРОТЕЗУВАННЯ ПІСЛЯ УРАНОСТАФІЛОПЛАСТИКИ Тріль С.І., Тріль В.С., Янко Ю.О.	36
РЕТРО-СТРАНИЦА ВЛИЯНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ СРЕДИННЫХ ЛИНИЙ ЛИЦА И ЗУБОВ НА ОЦЕНКУ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТИ ЗУБОВ Chris D. Johnston, Donald J. Burden, Michael R. Stevenson	43
ЮРИДИЧЕСКАЯ СТРАНИЦА ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА С ПОЗИЦИИ НАРУШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ Антонов С.В., Бакшеев С.Н.	49
КРУГЛЫЙ СТОЛ ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ	51
СТРАНИЦА ЗУБНОГО ТЕХНИКА НЕСЪЕМНЫЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ОККЛЮЗИОННЫХ КАППАХ (лабораторные этапы изготовления) Матковська Ю.А., Медицький А.В.	55

Уважаемые читатели!

Спешим сообщить, что редакцией получено разрешение на печать статей из журнала Европейского общества ортодонтов. Теперь вы можете узнать из первых уст о новейших разработках европейских ортодонтов.

СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ТОРТОАНОМАЛИЙ ПРИ СКУЧЕННОСТИ ЗУБОВ

Скрипник И.Л., Жачко Н.И.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца,
кафедра ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии,
заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор Флис П.С.

Резюме

Высокий уровень стабильности результатов подтверждает целесообразность застосування операцій циркулярної супракристалічної фібротомії й розсічення ясеневого сосочка при ортодонтичному лікуванні скученості фронтальної групи зубів у пацієнтів після 16 років для запобігання рецидиву тортоаномалій. Ефективність запропонованого способу лікування доведена клінічно та антропометрично на ранніх та віддалених термінах спостережень (1, 6, 12 місяців).

Резюме

Высокий уровень стабильности результатов доказывает целесообразность применения операций циркулярной супракристаллической фибротомии и рассечения десневого сосочка при ортодонтическом лечении скученности фронтальной группы зубов у пациентов 16 лет и старше для повышения стабильности результатов лечения путем предотвращения рецидива тортоаномалий.

Эффективность предложенных способов лечения доказана клинически и антропометрически на ранних и отдаленных сроках наблюдений (1, 6, 12 месяцев).

Summary

The high level of stability of results proves expediency operations circumferential supra-crestal fiberotomy and papilla splitting at orthodontic treatment of frontal teeth density at patients older 16 years and for increasing stability of results of treatment by prevention of relapse tortoabnormalities.

Efficiency of the offered ways of treatment is proved clinically and anthropometrically on the early and remote terms of supervision (1, 6, 12 months).

Стабильность результатов всегда была ключевым принципом в ортодонтическом лечении [1-15]. Без стабильности результата лечения невозможно будет добиться сочетания идеальной эстетики и функции жевательного аппарата.

Достижение стабильности результатов ортодонтического лечения фронтальной группы зубов всегда была очень важной, так как в этой области наиболее часто наблюдаются тенденции к рецидиву скученности. Были описаны много факторов, влияющих на нестабильность положения резцов: ширина межжлыкового расстояния [4, 8, 11], позиция третьих моляров [7, 11], мезио-дистальные размеры резцов [10], вид прикуса [7, 8], межокклюзионные взаимоотношения [4, 7], состояние периодонтальных тканей [9, 15], состояние апикального базиса [4, 7, 8, 11], направление нижнечелюстного роста [12, 13], тонус мышц [13].

Наше исследование заключается в определении эффективности применения методов, предотвращающих рецидив тортоаномалий, - циркулярной супракристаллической фибротомии (ЦСФ) у пациентов в возрасте старше 16 лет и влияния ЦСФ на зубодесневое соедине-

ние при лечении тортоаномалий несъемной ортодонтической мультибондинговой аппаратурой.

Поэтому целью нашего исследования является оценка эффективности применения циркулярной супракристаллической фибротомии при лечении тортоаномалий для улучшения эффективности лечения, предотвращения рецидива и повышения стабильности достигнутого результата.

Для этого нами были обследованы 23 пациента 16 лет и старше, которым проведено лечение несъемной мультибондинговой аппаратурой. Средний возраст пациентов в начале лечения в группе ЦСФ и контрольной группе был 16,0±1,5 и 15,8±1,3 лет соответственно. Среднее время лечения - 21,5±4,4 месяца для группы ЦСФ и 23,3±1,3 месяца для контрольной группы.

Характеристики патологического прикуса были схожи у обеих групп, а именно: скученность зубов фронтального участка верхней и нижней челюстей или наличие вертикальной патологии с сохранением ключа окклюзии.

В начале ортодонтического лечения у всех пациентов наблюдалась скученность резцов верхней и нижней челюсти от 2,3

Ключові слова: тортоаномалія, скученість, рецидив повороту зуба, циркулярна супракристалічна фібротомія.

Ключевые слова: тортоаномалия, скученность, рецидив поворота зуба, циркулярная супракристаллическая фибротомия.

Keywords: tortoabnormality, density, relapse of tooth turn, circumferential supracrestal fiberotomy.

до 25,5 мм согласно индексу отклонений (иррегулярности) Little. Индекс отклонений Little дает возможность измерить скученность нижнечелюстных резцов, а также провести измерения в верхней челюстной зубной дуге [16-18].

Все 23 пациента использовали несъемную аппаратуру до формирования оптимального прикуса. Из них 11 пациентам была проведена циркулярная супракристаллическая фибротомия (ЦСФ) на фронтальном участке верхней и нижней челюсти за 5 недель до снятия несъемной аппаратуры, 12 пациентов составили контрольную группу. Лечились с удалением премоляров 5 пациентов исследуемой группы с ЦСФ и 6 пациентов контрольной группы.

Процедура ЦСФ начиналась каждому пациенту, если наблюдалось явное смещение супраальвеолярных волокон, при наличии болезненных ощущений при перемещении зубов, при наличии ротируемых, вколоченных, наклоненных зубов и зубов, которые были перемещены вестибуло-орально. В случае удаления зубов в области перемещения хирургическое вмешательство с ретенционными процедурами позитивно влияло на стабильность результатов лечения.

Хирургические вмешательства проводил один хирург-стоматолог на базе одной клиники. Все хирургические операции проведены по методике Эдвардса [19-21]. В ходе операции в десневую бороздку погружали скальпель №15 и производили лингвально круговой надрез по ходу альвеолярного гребня, держа лезвие параллельно длинной оси зуба (рис. 1). Операция состояла из рассечения всех волокнистых тканей, включая супраальвеолярные волокна, окружающие зуб, на глубину приблизительно 1 мм до альвеолярного гребня. Лезвием надрезали транссептальные (межперегородочные) волокна в области периодонтальной связки межзубных перегородок.

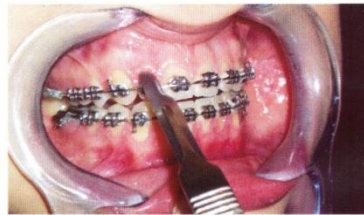


Рис. 1. Циркулярная супракристаллическая фибротомия 12 зуба

Таблица 1.

Рецидив скученности фронтальной группы зубов нижней челюсти

Ретенционный период	Контрольная группа	Группа с ЦСФ	Разница между группами
Через 6 месяцев (П3)	(П3-П2)/П1= 38,6%	(П3-П2)/П1= 0,6%	38%
Через 12 месяцев (П4)	(П4-П2)/П1= 63,6%	(П4-П2)/П1= 1,3%	62,1%

Метод фибротомии включает рассечение вестибулярных и лингвальных транссептальных волокон, полциркулярных волокон, находящихся между цементом и альвеолой, и разнонаправленных волокон, натянутых между цементом одного зуба и свободным десневым краем смежного зуба. Таким образом, интергингивальные, трансгингивальные, транссептальные и полциркулярные волокна при проведении ЦСФ подвержены рассечению.

Состояние тканей пародонта у всех пациентов на момент оперативного вмешательства было в пределах нормы, санация полости рта и гигиенические процедуры были произведены до операции. После снятия несъемной аппаратуры все пациенты получили съемные пластиночные ретенционные аппараты с контурированной акрилом вестибулярной дужкой, а так же рекомендации об их использовании. Индекс отклонений Little [16-18] и изменения ширины межклыкового и межмолярного расстояния были измерены на контрольных моделях в начале активного лечения (П1), после окончания активного лечения (П2), через 6 месяцев после активного лечения (П3), и через год после активного лечения (П4) с помощью циркуля-измерителя с точностью до 0,1 мм.

Проведено исследование тканей пародонта для определения глубины зубодесневого соединения перед и после процедуры ЦСФ, а также в фазе ретенции.

При сравнении изменений, произошедших в группах, рост индекса отклонений для верхнечелюстной зубной дуги в контрольной группе оказался достоверным для периодов П2-П3 и П2-П4 ($P < 0,01$ и $P < 0,001$ соответственно). В нижнечелюстной зубной дуге рост индекса отклонений был достоверным в сравнении с группой с ЦСФ для периодов П2-П3 и П2-П4 ($P < 0,001$).

Таблицы 1 и 2 показывают средний уровень рецидива скученности для обеих групп в процентах. Не были обнаружены никакие существенные изменения в уровне эпителиального прикрепления. Глубина бороздок, измеренная периодонтальным зондом, существенно не изменилась с П1 на П2 и П3, также как и глубина зоны прикрепления десны после хирургического вмешательства (углубление на 0,5 мм вестибулярно и 0,4 мм лингвально).

Таким образом, применяя циркулярную супракристаллическую фибротомию, мы

Таблица 2.

Рецидив скученности фронтальной группы зубов верхней челюсти

Ретенционный период	Контрольная группа	Группа с ЦСФ	Разница между группами
Через 6 месяцев (П3)	(П3-П2)/П1= 14,1%	(П3-П2)/П1= 0,8%	13,3%
Через 12 месяцев (П4)	(П4-П2)/П1= 26%	(П4-П2)/П1= 1%	25%

достигаем высокой стабильности результатов ортодонтического лечения скученности фронтальной группы зубов, что подтверждается низким индексом иррегулярности Little в конце лечения в группе с проведением ЦСФ и статистически достоверным увеличением ширины межклыкового расстояния в верхнечелюстной зубной дуге и межмолярного расстояния на верхнечелюстной и нижнечелюстной зубных дугах в конце лечения.

Нет неопровержимых данных, что рецидив тортоаномалий происходит в первую очередь благодаря переорганизации соединительно-тканых волокон [4, 22-28]. Смещенные и растянутые фиброзные структуры свободной гингивальной связки устойчивы к силам поворота; не наблюдаются перемещения фиброзных структур в маргинальных зонах пародонта, где супраальвеолярные волокна остаются перемещенными и растянутыми даже после ретенционного периода в 33 недели [9, 29-39].

Нами проведена процедура ЦСФ у пациентов с вестибулярными и тортоаномалиями зубами. Благоприятные результаты были получены в группах с изучением отдаленных результатов ретенционного периода.

Для предотвращения рецидива тортоаномалий при скученности зубов фронтального участка, что определяет стабильность отдаленных результатов, мы использовали супракристаллическую циркулярную фибротомию.

Период после снятия несъемной аппаратуры самый критичный, так как рецидив наиболее вероятен в первые 24 часа, и около 50% рецидива в общем происходит на протяжении первой недели после дебондинга.

Количество скученных зубов перед лечением варьировало между двумя группами этого исследования. В контрольной группе индекс отклонений Little, в среднем, составлял 10 мм в зубной дуге нижней челюсти и 4,6 мм в зубной дуге верхней челюсти, в то время как, в группе ЦСФ индекс отклонений Little, в среднем, составлял 15 мм и 9,8 мм соответственно.

В конце лечения индекс отклонений обеих групп был близок к нулю. В группе с ЦСФ во время ранних ретенционных периодов в 6 и 12 месяцев не были замечены достоверные изменения индекса отклонений для дуг верхней или нижней челюсти. Рецидив первоначальных отклонений фронтальной группы зубов нижней челюсти составлял 0,6% на этапе ПЗ и 1,5% на П4, и данные для фронтальной группы зубов верхней челюсти 0,8% на этапе ПЗ и 1% на П4.

В контрольной группе увеличение отклонений для нижнечелюстной и верхнечелюстной зубных дуг наблюдались на 6 и 12 месяцах ретенционного периода. В

нижнечелюстной зубной дуге пациентов контрольной группы наблюдался больший рецидив после того, как дебондировали несъемную аппаратуру (38,6% на этапе ПЗ и 63,6% на П4). Рецидив скученности в верхнечелюстной дуге в среднем, отталкиваясь от первоначальных отклонений, был 14,1% на этапе ПЗ и 26% на П4.

Предотвращение раннего рецидива скученности фронтальной группы зубов может способствовать профилактике более позднего рецидива. Поздний рецидив включает в себя многие факторы, а именно рост челюстей, третьих моляров, изменения ширины межклыкового расстояния, вестибулярный наклон резцов. Эти факторы не зависят от склонности к возникновению раннего рецидива скученности, но этот ранний рецидив может повысить вероятность скученности зубов в дальнейшем при наличии вышеприведенных факторов.

После лечения изменения в наклоне резцов нижней и верхней челюсти были минимальными. Такой же вывод можно сделать об изменениях ширины межклыкового расстояния.

Клинические результаты явно свидетельствуют:

1) во время первого года ретенции можно ожидать рецидива протрузии фронтальных зубов и поворотов зубов, даже если пациент носит постоянно ретейнер;

2) ЦСФ на фронтальной группе зубов эффективна для предотвращения рецидива скученности для ретенционных периодов в 6 месяцев и 1 год;

3) стабильность группы с ЦСФ была выше, несмотря на то, что индекс отклонений Little верхней и нижней челюстей до лечения был больше в группе с ЦСФ, чем в контрольной.

В контрольной группе, индекс отклонений Little в среднем составлял 10 мм в зубной дуге нижней челюсти и 4,6 мм в зубной дуге верхней челюсти, в то время как, в группе с ЦСФ индекс отклонений Little в среднем составлял 15 мм и 9,8 мм соответственно.

В контрольной группе наблюдались рост индекса отклонений в среднем в верхнечелюстной зубной дуге на $1,41 \pm 1,46$ мм в П2-ПЗ и $2,50 \pm 1,68$ мм в П2-П4. В нижнечелюстной зубной дуге рост индекса отклонений в среднем составлял $1,80 \pm 0,92$ мм во время П2-ПЗ и $2,96 \pm 1,43$ мм в П2-П4. В контрольной группе на стадиях ПЗ и П4 наблюдалось значительное увеличение индекса отклонений для фронтальной группы зубов верхней и нижней челюсти ($P < 0,05$, $P < 0,01$).

В группе с ЦСФ были отмечены только минимальные изменения, от 0,06 до 0,16 мм, цифры, которые не были важными ни статистически, ни клинически.

Заключения по данным исследования указывают на незначительный рецидив ортодонтически роторированных зубов при скученности фронтального участка верхней и нижней челюсти после проведения ЦСФ.

В клинике кафедры ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца мы наблюдали пациентку 16,5 лет, Наташу С-ко, с диагнозом: глубокий травматический прикус, сужение зубных дуг верхней и нижней челюстей, скученность фронтального участка обеих челюстей, супраокклюзия нижнего фронтального участка, мезио-оральный поворот 11 зуба на 30° , мезио-вестибулярный поворот 21 зуба на 30° , мезио-вестибулярный поворот 12 зуба на 60° , вестибулярное положение 13, 23, 33 и 43 зубов с дефицитом места, оральное положение 35 и 45 зубов с дефицитом места в зубной дуге. В анамнезе у пациентки нет травм в области передних зубов и вредных привычек. Патология прикуса пациентки генетически обусловлена по материнской линии.

Оценка баланса места в зубной дуге на контрольных моделях по методу Little описана в таблице 3.

Таблица 3.

Исследование контрольных моделей пациентки С-ко Н. в периоды наблюдения П1, П2, П3, П4

Параметр	Параметр	Абсолютное число, мм
Индекс отклонений (верхняя челюсть)	П1	18,7
	П2	1,7
	П3	1,9
	П4	1,9
Индекс отклонений (нижняя челюсть)	П1	10,8
	П2	1,6
	П3	1,8
	П4	1,9
Ширина межжидкового расстояния (верхняя челюсть)	П1	33,1
	П2	35,3
	П3	35,1
	П4	34,8
Ширина межжидкового расстояния (нижняя челюсть)	П1	26,3
	П2	29,8
	П3	27,4
	П4	27,1
Ширина межмозлярного расстояния (верхняя челюсть)	П1	38,5
	П2	44,3
	П3	42,8
	П4	42,2
Ширина межмозлярного расстояния (нижняя челюсть)	П1	33,7
	П2	37,2
	П3	36,2
	П4	35,2

В апреле 2001 г. фиксирована брекет-система на зубах верхней челюсти и быстрый небный расширитель нашей модификации (декларационный патент на изобретение №2003043187 от 15.01.2004 г.). После фиксации брекет-системы накладывалась начальная ортодонтическая нитиноловая дуга диаметром 0.14. Через 4 недели ее сменила дуга диаметром 0.16 (рис. 2, 3, 4).

В июле 2001 г. после нивелирования верхнего зубного ряда фиксирована брекет-система на зубах нижнего зубного ряда с нитиноловой дугой диаметром 0.14 (рис. 5). Соответственно смена дуг.

В ноябре 2001 г. эластичными лигатурами фиксирована в пазах брекетов верхняя ТМА дуга сечением 0.16x0.16 и нижняя

нитиноловая реверсионная дуга сечением 0.16x0.16 (рис. 6, 7).



Рис. 2. Фотография пациентки С-ко Н. Фиксирована брекет-система на зубах верхней челюсти



Рис. 3. Фотография пациентки С-ко Н. Приоткрытый рот



Рис. 4. Фотография пациентки С-ко Н. Аппарат быстрого небного расширения



Рис. 5. Фотография пациентки С-ко Н. через 3 месяца лечения. Фиксированы брекет-системы на нижней челюсти



Рис. 6. Фотография пациентки С-ко Н. через 5 месяцев лечения

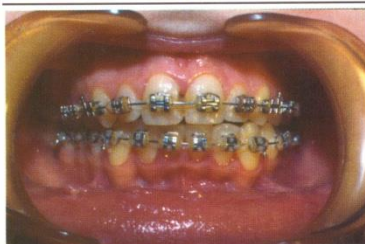


Рис. 7. Фотография пациентки С-ко Н. через 5 месяцев лечения



Рис. 8. Фотография пациентки С-ко Н. через 8 месяцев лечения. Сомкнутые зубы



Рис. 9. Фотография пациентки С-ко Н. через 8 месяцев лечения. Приоткрытый рот

Таким образом, провели выравнивание роторированных зубов в горизонтальной и вертикальной плоскостях, коррекцию кривой Шпее (нормализацию формы зубного ряда).

В марте 2002 г. определялись признаки ортогнатического прикуса и «идеальная» форма зубных дуг, были фиксированы стальные дуги 0.17x0.25 длинной металлической лигатурой для достижения параллельности корней зубов (рис. 8, 9).

В феврале 2003 года произведена циркулярная супракристаллическая фибротомия 11, 21, 12, 13, 23, 33, 43, 31, 41, 32, и 42 зубов. В апреле 2003 года снята брекет-система и одеты съемные ретенционные пластиночные аппараты на верхнюю и нижнюю челюсть с контурированной акрилом вестибулярной дугой. Пациентка продолжает наблюдаться. Проведенная процедура фибротомии предотвратила рецидив тортоаномалий при скученности зубов у данной пациентки (рис. 10, 11, 12).

Клинические результаты свиде-

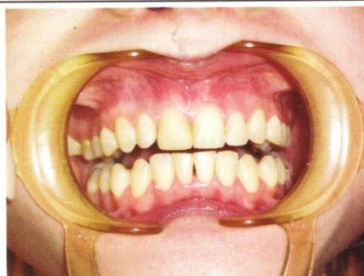


Рис. 10. Фотография пациентки С-ко Н. через 12 месяцев после снятия брекет-системы. Приоткрытый рот



Рис. 11. Фотография пациентки С-ко Н. через 12 месяцев после снятия брекет-системы. Вид справа



Рис. 12. Фотография пациентки С-ко Н. через 12 месяцев после снятия брекет-системы. Вид слева

тельствуют, что проведение ЦФС эффективно для предотвращения рецидива тортоаномалий при лечении скученности зубов для ретенционных периодов в 6 месяцев и 1 год. Также существует вероятность, что рецидив может продолжиться и в последующие годы, особенно в зубной дуге на нижней челюсти. Скученность зубов может увеличиваться в зависимости от метода лечения у всех ортодонтических пациентов в связи с нормальным процессом роста [7, 31, 34, 35, 40]. Предотвращение раннего рецидива тортоаномалий с помощью проведения ЦФС предупреждает поздний рецидив и приводит к более стойкому стабильному отдаленному результату лечения тортоаномалий при скученности зубов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аюпова Ф.С. Выбор метода лечения при скученном положении зубов // *Соврем. вопр. стоматологии.* – Ижевск, 2000. – С.253-255.
2. Грохольский А.П. Врачебные ошибки в стоматологии / А.П. Грохольский, М.Л. Заксон, Н.Н. Корбелецкий и др. – К.: Здоров'я, 1994. – 209с.
3. Хургина Я.С. Возрастные показания в оценке выбора к ортодонтическому вмешательству // *Стоматология.* – 1954. – №5. – С.43.
4. Ahrens D.G. An approach to rotational relapse / D.G. Ahrens, Y. Shapira, M.M. Kuffinec // *Am. J. Orthod.* – 1970. – Vol.57. – P.35-46.
5. Boese L.R. Fiberotomy and reproximation without lower retention, nine years in retrospect: part I // *Angle Orthod.* – 1980. – Vol.50, N2. – P.88-97.
6. Crum R.E. The effect of gingival fiber surgery on the retention of rotated teeth / R.E. Crum, G.F. Andreasen // *Am. J. Orthod.* – 1974. – Vol.65, N6. – P.626-637.
7. Graber T.M. [Orthodontics principles and practice]: [Article in Spanish] // *Boi. Odontol. (Bogota).* – 1968. – Vol.34, N393. – P.62-70.
8. Kuffinec M.M. Effect of edgewise treatment and retention on mandibular incisors / M.M. Kuffinec, D. Stom // *Am. J. Orthod.* – 1975. – Vol.68, N3. – P.316-322.
9. Parker G.R. Transseptal fibers and relapse following bodily retraction of teeth: a histologic study // *Am. J. Orthod.* – 1972. – Vol.61, N4. – P.331-344.
10. Shields T.E. Stability and relapse of mandibular anterior alignment: a cephalometric appraisal of first-premolar-extraction cases treated by traditional edgewise orthodontics / T.E. Shields, R.M. Little, M.K. Chapko // *Am. J. Orthod.* – 1985. – Vol.87, N1. – P.27-38.
11. Swanson W.D. Postretention study: incidence and stability of rotated teeth in humans / W.D. Swanson, R.A. Riedel, J.A. D'Anna // *Angle Orthod.* – 1975. – Vol.45, N3. – P.198-203.
12. Thompson H.E. Orthodontic relapse analyzed in a study of connective tissue fibers // *Am. J. Orthod.* – 1959. – Vol.45. – P.93-109.
13. Vanarsdall R. Personal communication // *Am. J. Orthod.* – 1978. – Vol.6. – P.348.
14. Walsh E.A. Percision: an aid to the reduction of rotational relapse in clinical practice. An assessment // *Br. J. Orthod.* – 1975. – Vol.2. – P.135.
15. Wiser G.M. Resection of the supra-alveolar fibers and the retention of orthodontically rotated teeth // *Am. J. Orthod.* – 1966. – Vol.62. – P.855.
16. Gilmore C.A. Mandibular incisor dimensions and crowding / C.A. Gilmore, R.M. Little // *Am. J. Orthod.* – 1984. – Vol.86, N6. – P.493-502.
17. Little R.M. Stability and relapse of mandibular anterior alignment-first premolar extraction cases treated by traditional edgewise orthodontics / R.M. Little, T.R. Wallen, R.A. Riedel // *Am. J. Orthod.* – 1981. – Vol.80, N4. – P.349-365.
18. Little R.M. The irregularity index: a quantitative score of mandibular anterior alignment // *Am. J. Orthod.* – 1975. – Vol.68, N5. – P.554-563.
19. Edwards J.G. A long-term prospective evaluation of the circumferential supracrestal fiberotomy in alleviating orthodontic relapse // *Am. J. Orthod. Dentofacial. Orthop.* – 1988. – Vol.93, N5. – P.380-387.
20. Edwards J.G. A study of the periodontium during orthodontic rotation of teeth // *Am. J. Orthod.* – 1968. – Vol.54, N6. – P.441-461.
21. Edwards J.G. A surgical procedure to eliminate rotational relapse // *Am. J. Orthod.* – 1970. – Vol.57, N1. – P.35-46.
22. Слабковская А.Б. Морфологическое строение зубочелюстной системы и функциональное состояние пародонта у детей в возрасте 7-12 лет с сужением зубных рядов: Автореф. дис... канд. мед. наук / Моск. мед. стоматол. ин-т им. Н.А. Семашко. – М., 1995. – 25с.
23. Эхте Л.С. Диагностика и лечение тесного положения передних зубов верхней челюсти у взрослых: Автореф. дис... канд. мед. наук / Калинин. гос. мед. ин-т. – Калинин, 1988. – 24с.
24. Ahrens D.G. An approach to rotational relapse / D.G. Ahrens, Y. Shapira, M.M. Kuffinec // *Am. J. Orthod.* – 1981. – Vol.80, N1. – P.83-91.
25. Beertsen W. Remodelling of collagen fibers in the periodontal ligament and the supra-alveolar region // *Angle Orthod.* – 1979. – Vol.49, N3. – P.218-224.
26. Brain W.E. The effect of surgical transection of free gingival fibers on the regression of orthodontically rotated teeth in the dog // *Am. J. Orthod.* – 1969. – Vol.55, N1. – P.50-70.
27. Crum R.E. The effect of gingival fiber surgery on the retention of rotated teeth / R.E. Crum, G.F. Andreasen // *Am. J. Orthod.* – 1974. – Vol.65, N6. – P.626-637.
28. Fullmer H.M. The histochemistry of connective tissues // *International review of connective tissue research.* – Orlando: Academic Press, 1965. – P.56-63.
29. Okada H. Cytokine expression in periodontal health and disease / H. Okada, S. Murakami // *Crit. Rev. Oral. Biol. Med.* – 1998. – Vol.9, N3. – P.248-266.
30. Proffit W.R. Contemporary orthodontic. – Boston: Mosby Year Book, 1993. – 886 p.
31. Proffit W.R. Contemporary orthodontic. – North Carolina, 2000. – 896p.
32. Punecky P.J. Tooth morphology and lower incisor alignment many years after orthodontic therapy / P.J. Punecky, C. Sadowsky, E.A. BeGole // *Am. J. Orthod.* – 1984. – Vol.86, N4. – P.299-305.
33. Rannie I. Observations on the oxytalan fibers of the periodontal membrane // *Trans. Eur. Orthod. Soc* – 1963. – P.127-137.
34. Reitan K. Biomedical principles and reactions // *Current orthodontic concepts and techniques.* – Philadelphia: WB Saunders Company, 1969. – Vol.1. – P.56-159.
35. Reitan K. Principles of retention and avoidance of posttreatment relapse // *Am. J. Orthod.* – 1969. – Vol.55, N6. – P.776-790.
36. Reitan K. Tissue rearrangement during retention of orthodontically rotated teeth // *Angle Orthod.* – 1959. – Vol.29. – P.105-113.
37. Riedel R.A. Dr. Richard A. Riedel on retention and relapse / R.A. Riedel, S. Brandt // *J. Clin. Orthod.* – 1976. – Vol.10, N6. – P.454-472.
38. Rinaldi S.A. Changes in free gingival level and sulcus depth of the human periodontium following circumferential supracrestal fiberotomy // *Am. J. Orthod.* – 1979. – Vol.75, N1. – P.46-53.
39. Sabag N. Ultrastructure of the normal human epithelial attachment to the cementum root surface / N. Sabag, R. Saglie, C. Mery // *J. Periodontol.* – 1981. – Vol.52, N2. – P.94-95.
40. Персин Л.С. Ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий. — М.: Науч.-изд. центр «Инженер», 1998. — 297с.