

СОВРЕМЕННАЯ
ОРТОДОНТИЯ

СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ



Совместный номер с журналом

ОРТОДОНТИЯ

Россия



04 (14) 2008

ШЕФ-РЕДАКТОР

Проф. Персин Л. С. (Россия)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:Польма Л.В. (Россия)
Флис П.С. (Украина)**НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР:**Арсенина О.И. (Россия)
Гюева Ю.А. (Россия)
Скрипник И.Л. (Украина)**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Москаленко В.Ф. (Украина), Денга О.В. (Украина), Драгомирецкая М.С. (Украина), Жульев Е.Н. (Россия), Конарев А.В. (Россия), Кулаков А.А. (Россия), Лебеденко И.Ю. (Россия), Леонтьев В.К. (Россия), Макеева И.М. (Россия), Модина Т.Н. (Россия), Оспанова Г.Б. (Россия), Олесова В.Н. (Россия), Покровский М.М. (Украина), Смоляр Н.И. (Украина), Харьков Л.В. (Украина), Хацкевич Г.А. (Россия), Хоменко Л.А. (Украина), Цимбалюк А.В. (Россия), Шулькина Н.М. (Россия)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:


Алимова М.Я. (Россия), Аникиенко А.А. (Россия), Бычкова В.М. (Россия), Гинали Н.В. (Россия), Головкин Н.В. (Украина), Гуненкова И.В. (Россия), Данилова М.А. (Россия), Евтушенко Л.Г. (Украина), Малыгин Ю.М. (Россия), Матвеев В.М. (Россия), Медведовская Н.М. (Россия), Мирза А.И. (Украина), Морозова Н.В. (Россия), Панкратова Н.В. (Россия), Савичук Н.О. (Украина), Самойленко А.В. (Украина), Слабковская А.Б. (Россия), Тугарин В.А. (Россия), Филимонов Ю.В. (Украина), Хорошилкина Ф.Я. (Россия)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

W. Alexander (США), J.P. Moss (Великобритания), R.-R. Mithke (Германия), V. Mutaftchiev (Болгария), I. Rudzki-Janson (Германия), H.G. Sergl (Германия), A. Horn (Франция), A. Zentner (Нидерланды), Токарев И.В. (Белоруссия)

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, 2006-2008

© ООО «Юнимед», 2006-2008

Учредители:Национальный медицинский университет имени О.О. Богомольца,
ООО «Юнимед»**Издатель:**

ООО «Юнимед»

Свидетельство о регистрации журнала:

КВ № 10218 от 03.08.2005

Адрес редакции:ООО «Юнимед»
г. Киев, ул. Лысенко, 4, оф. 68
тел.: (044) 209-13-65, 483-99-85
e-mail ukrstom@mail.ru
Отпечатано в типографии «ИКО»
г. Харьков. Заказ № 77
Тираж 1 000 экз.**СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ****ОРТОДОНТИЯ****ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБООЛЬВЕОЛЯРНЫХ ФОРМ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА БЕЗ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ** 2
Парубок Ю.М.**МЕТОДЫ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ — АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ САГИТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА** 7
Скрипник И.Л., Кулиш А.С., Жачко Н.И.**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБООЛЬВЕОЛЯРНЫМИ АНОМАЛИЯМИ** 13
Непомнящая Н.В., Постников М.А.**СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ И СОХРАНЕНИЯ ТОРКА САМОЛИГИРУЮЩИМИ БРЕКЕТАМИ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ, КЕРАМИЧЕСКИМИ И ПЛАСТИКОВЫМИ БРЕКЕТАМИ** 16
Enver Morina, Theodore Eliades, Nikolas Pandis, Andreas Jager, Cristoph Bourauel**ТЕХНИКА ТАНДЕМНЫХ ДУГ: УЛУЧШЕННЫЙ КОНТРОЛЬ РОТАЦИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ САМОЛИГИРУЮЩИХ СИСТЕМ 3М UNITEK** 21
Чарльз Родриг**ПРИМЕНЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕТИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В КЛИНИКЕ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА** 24
Дмитриенко С.В., Климова Н.Н., Филимонова Е.В., Дмитриенко Д.С.**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБООЛЬВЕОЛЯРНЫХ АНОМАЛИЙ И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ С РАЗВИТОЙ НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТЬЮ** 27
Чуйкин С.В., Аверьянов С.В.**РАБОТА С ТОРКОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПАССИВНОЙ САМОЛИГИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ «DAMON»** 33
Тихонов А.В.**РЕТРО-СТРАНИЦА**
РАСШИФРОВАТЬ ТРГ — НЕ ЗНАЧИТ ДОСТИЧЬ УСПЕХА ЛЕЧЕНИЯ! 39
J.A. Salzmann**ВЫСТАВКИ, СЕМИНАРЫ, КОНФЕРЕНЦИИ**
ЗАСІДАННЯ СЕКЦІЇ ОРТОДОНТІЇ НА III (X) З'їзді АСОЦІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ 40
Головкин Н.В.**В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРТОДОНТИИ. ПРОБЛЕМЫ В ОРТОДОНТИИ»** 42
Блум С.А.**ПЛАН ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ на январь-апрель 2009 г.** 44**СТРАНИЦА ЗУБНОЙ ТЕХНИКИ**
КОНСТРУКТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕХНОЛОГИЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОГО ОРТОДОНТИЧЕСКОГО АППАРАТА «Q.C.M.» (лабораторные этапы изготовления) 46
Скрипник И.Л.**ЮРИДИЧЕСКАЯ СТРАНИЦА**
ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА 49
Dallas R. McCauley**КРУГЛЫЙ СТОЛ**
ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ 50**ОРТОДОНТИЯ**
ИСТОРИЯ ОРТОДОНТИИ: СТАНОВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ПЕРВЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ 52
Алимова М.Я.

МЕТОДЫ ДИСТАЛЬНОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ — АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

Скрипник И.Л., Кулиш А.С., Жачко Н.И.

Национальный медицинский университет им А.А. Богомольца, кафедра ортодонтии и пропедевтики ортопедической стоматологии

Резюме

Результаты данного исследования указывают на то, что несъемные аппараты для быстрой дистализации моляров верхней челюсти — это эффективный метод исправления аномалий II класса.

Summary

The results of this research indicate that fixed appliances for fast distalization of molars on the upper jaw is an effective method of correction of the second class anomalies including accompanying deep occlusion, of the third class anomalies due to deficit of place on the upper jaw and in the cases of big density of teeth and when it is necessary to make a place which is absent due to retention or early extraction of teeth or an absence of teeth at embryonic state.

Исправление неправильно расположенных отдельных зубов, зубных рядов относится к одной из основных задач, решаемых ортодонтией.

Многие патологические состояния в ортодонтии: скученность зубов, тортоаномалии, дистальный, глубокий, открытый прикусы требуют увеличения длины зубного ряда. Добиться этого возможно путем перемещения боковой группы зубов в дистальном направлении [1].

Перемещение зубов верхней челюсти дистально хорошо известно и широко проводится всеми ортодонтами, и до недавнего времени заключалось в перемещении клыкков и премоляров в место, полученное после удаления одного из зубов [2].

Еще Энгль и его ученики [3] пытались произвести перемещение моляров в дистальном направлении с целью создания места впереди стоящим зубам. Вопрос о дистализации моляров интересовал ортодонтов давно однако представлял определенные трудности.

С появлением так называемой «дистализационной» механики коррекция окклюзии класса 2, таким способом, получила большее распространение. Этот тип механотерапии обычно используется у пациентов с дентаальвеолярной протрузией. Дистализация моляров может применяться также, когда для удаления зубов верхней челюсти нет показаний, и она обусловлена размерами и топографией зубов нижней челюсти [4].

Для дистализации моляров известен способ использования лицевой дуги в сочетании с внеротовой тягой, однако он доставляет ощути-

мое неудобство для пациента. Это приводит к минимальному времени использования аппарата и, как следствие, — неудовлетворительный результат, который огорчает и врача, и пациента [5, 6, 7]. Поэтому новые аппараты: Pendulum, Pendex, Hilgers, Distal jet, Wilson, First clas, Veltri, компрессионные пружины, изгибание прямых проволочек, аппараты с отталкивающимися магнитами обладают более эффективным механизмом для дистализации моляров и сводят к минимуму неудобства пациента, а значит и врача.

Имея такой огромный арсенал аппаратов, мы поставили перед собой цель — найти наиболее эффективный аппарат для быстрой дистализации группы зубов, требующий минимального участия пациента, что обеспечивает достижение максимального эффекта для врача.

Широко распространенный метод дистализации моляров, не требующий содействия пациента, это так называемая система «Pendulum». В 1992 году Хилджерс описал разработку двух гибридных приспособлений, Pendulum и Pendex. Модификации в конструкции и клиническом использовании приспособлений также были описаны Беннетом и Снод-грассом [8, 9, 10, 11] (рис. 1).

Аппарат Pendulum состоит из акриловой кнопки Nance, расположенной на средней части неба. Акриловая

кнопка соединена с зубным рядом посредством окклюзионных опор, которые отходят от боковых сторон пластины и адгезивным методом зафиксированы на окклюзионных поверхностях первого и второго премоляров. Пружины, изготовленные из проволоки 0,032" ТМА, направлены назад и отходят от дистальной стороны кнопки Nance, имеют петлю в области срединной линии, а затем идут в стороны и входят в пазы колец, зацементированных на первых молярах. Активируются пружины путем разгибания их кзади и при установке в пазы колец, при этом они оказывают дистализационное перемещение первых моляров. Хилджерс [12] сообщает, что эти пружины действуют на верхние моляры с силой примерно в 230 граммов с каждой стороны, при этом обычное дистальное перемещение моляра составляет приблизительно 5 мм за период от трех до четырех месяцев.

Конструкция аппарата Pendex в основном такая же, как и у Pendulum, за исключением добавления юстировочного винта посредине неба. В большинстве случаев конструкция Pendex используется при наличии тенденции к поперечному сужению верхней челюсти у пациентов с окклюзией II класса.

Лечебный эффект применения маятниковых аппаратов

Проводилось всего несколько клинических исследований эффекта лечения аппаратами Pendex и Pendulum. Ghosh и Nanda оценили 41 случай лечения пациентов при помощи маятниковых аппаратов и

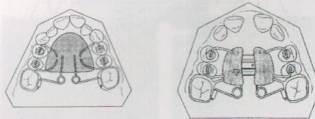


Рис. 1.

обнаружили, что в 57% случаев коррекции класса II была дистализация моляров, а в 43% — потеря передней опоры и опоры первых верхних премоляров. На примере этих пациентов авторы проследили также увеличение, в среднем на 2,8 мм нижней передней высоты лица. Исследователи также заметили, что наличие вторых верхних моляров оказывало минимальный эффект на дистализацию первых моляров [13].

Joseph и Butchart [14] оценили результаты лечения с применением Pendulum у 7 пациентов. Они отметили в среднем 5,1 мм дистализации моляров и 3,7 мм переднего смещения верхнечелюстных резцов. Они также описали дистальный наклон первых моляров верхней челюсти в среднем 15,7 градусов и протрузию верхних резцов в среднем на 4,9 градусов.

Bussick и McNamara [15] изучали зубо-альвеолярные и скелетные влияния Pendulum у 101 пациента с диагнозом II класс по Энгля на различных стадиях прорезывания зубов с различными типами лица (высокие, нормальные и низкие углы плоскости нижней челюсти). Были изучены количество и характер дистализации верхних первых моляров, реципрокное воздействие на опорные первые верхние моляры и резцы также, как и скелетные изменения в сагиттальной и вертикальной плоскостях лица.

Лечение 101 пациента (45 мальчиков и 51 девочки) подтверждало телерентгенограммы, полученные до и после лечения.

Дистализация первых верхних моляров происходила в среднем на 5,7 мм с дистальным наклоном в 10,6 градусов. Опорные зубы передвигались мезиально, на что указывает переднее смещение верхних первых премоляров на 1,8 мм с мезиальным наклоном в 1,5 градуса. Интрузия первых верхних моляров происходила на 0,7 мм, а экструзия первых премоляров — на 1,0 мм. Нижняя передняя высота лица возросла на 2,2 мм [16].

По результатам наших наблюдений: при лечении 10 пациентов (7 девочек и 3 мальчика) список негативных моментов при использовании маятниковых аппаратов можно дополнить сложностью активации данных аппаратов. При извлечении дистального пружинящего отростка из паза кольца часто происходит расцементировка опорных элементов на премолярах, это требует повторной фиксации аппарата и отнимает много времени у врача, а также окклюзионные на-

кладки на премолярах приводят к некоторому открытию прикуса.

Мини-дистализирующие аппараты (МДА)

Хилджерс [17] также рекомендует использовать маленькие назубные приспособления для дистализации и расширения, которые он назвал мини-дистализирующими аппаратами (МДА) (рис.2).

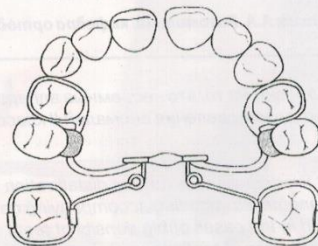


Рис. 2.

Этот аппарат состоит из маленького веретенообразного расширителя (Ормко), который спаян с кольцами на первых верхних молярах и первых премоляров. Вместо акриловой кнопки Nance для опоры во время установки аппарата фиксируют брекеты на верхний зубной ряд.

Хилджерс предпочитает этот аппарат в связи с его гигиеничностью и жесткостью расширения, а также в связи с тем, что он не имеет окклюзионных накладок, что помогает избежать открытия прикуса.

Автор предупреждает [18], что МДА должен использоваться у пациентов с сильной жевательной мускулатурой (брахиоцефалический II класс, 2 подкласс) и у пациентов, которым некоторое выдвигание фронтальных зубов допустимо и даже желательно.

Apparat Distal Jet

Далеким родственником аппарата Pendulum является Distal Jet (рис. 3), разработанный Carano и Testa в Италии как еще один метод дистализации моляров без активного вмешательства пациента [19].

Этот аппарат имеет много схожих черт с Pendulum, но у него есть три

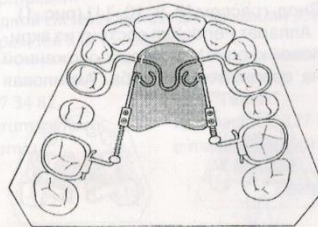


Рис. 3.

явных преимущества. Первое — верхние первые моляры дистализируются без лингвального смещения. Второе — Distal Jet может быть легче превращен в удерживающую дугу Nance после завершения дистализации моляров. Третье — был отмечен меньший наклон моляров и более корпусное перемещение по сравнению с аппаратом Pendulum [20, 21].

Carano и Testa рекомендуют использовать никель-титановую пружину, которая создает силу 240 г для взрослых и 180 г для детей, хотя авторы заявляют, что может быть успешно использована и пружина из нержавеющей стали.

Эффекты лечения аппаратом Distal Jet Carano и Testa изучали путем анализа внутривидеоскопических фотографий, полученных у 25 пациентов. Исследователи провели прямые клинические измерения, при этом было отмечено открытие пространства мезиальнее верхнечелюстных опорных премоляров в среднем 0,9 мм за месяц. Они обнаружили, что 80% полученного пространства было образовано за счет дистального передвижения первых моляров, а другие 20% — за счет потери передней опоры. Авторы также отметили ротацию моляров и различную степень их экспансии [19, 20, 21].

Нами было отмечено: значительное перекрытие акриловой пластмассой слизистой оболочки неба, наличие пролежней на слизистой неба по окончании лечения.

Дистализирующая дуга Wilson

Другим известным методом дистализации моляров является использование дистализирующей дуги Wilson — одного из компонентов системы съемных ортодонтических аппаратов (рис. 4), разработанных Wilson & Wilson как дополнение практически к любой системе несъемных аппаратов [22]. Хотя это дополнение было использовано авторами как начальный метод дистализации моляров, мы установили его наиболее эффективное применение к концу лечения несъемным аппаратом, когда дезокклюзия II класса 2-3 мм остается унилатерально или билатерально, т.е. этот метод не позволяет получить значительную

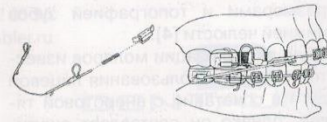


Рис. 4.

дистализацию, а также требует дополнительного использования эластиков II класса [23].

Эффект лечения

Существуют только два исследования в литературе [24, 25], которые рассматривают эффекты лечения дистализирующей дугой Wilson.

Muse и соавторы [26] изучали величину и направление изменений верхних моляров, которые происходят во время коррекции класса II с помощью конструкции Wilson. Десять пациентов были применены двухразмерные дистализирующие дуги, аппарат активировался максимум 5 раз или до тех пор, пока визуально не было обнаружено, что соотношение по классу I достигнуто. Были изучены боковые телерентгенограммы головы в начале и в ходе лечения. Обнаружено, что за время лечения дистализация моляров произошла на 2,2 мм с наклоном 8 градусов, при этом протрузия верхних резцов произошла на 0,3 мм, а экстррузия на 1,6 мм.

Во время недавнего исследования Rana и Beshar также рассматривались эффекты лечения дистализирующей дугой Wilson восемнадцати преимущественно растущих пациентов [27]. Исследователи сообщают, что верхнечелюстные моляры переместились дистально приблизительно на 1 мм и наклонились постериально на 2 градуса. Они также отметили протрузию верхних резцов — 3,5 градуса и экстррузию резцов на 2,7 мм.

Сравнивая результаты этих исследований с результатами использования Pendulum, оказалось, что дистализирующая дуга Wilson менее эффективна для дистального перемещения моляров. Сотрудничество с пациентом при использовании этих дуг является спорным вопросом. Поэтому дуги Wilson рекомендуются к использованию на последних, заключительных этапах лечения.

Компрессионные пружины, изгибание прямых проволочных дуг также не позволят достичь значимых величин дистализации моляров и могут быть рекомендованы, как дополнение в ходе или на завершающих этапах лечения [28, 29, 30, 31].

Аппараты с отталкивающимися магнитами

Отталкивающиеся магниты в комбинации с опорой Nance также могут использоваться для дистализации моляров [32, 33]. Этот аппарат

(рис. 5) может использоваться как в позднем сменном периоде прикуса после прорезывания верхних премоляров, так и в постоянном прикусе, успешно применяясь для взрослых пациентов.

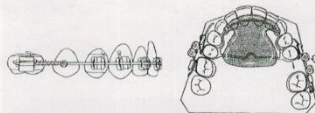


Рис. 5.

Последовательная активация магнитов — каждые 2 или 4 недели, создают дистализирующую силу, которая приводит к постериальному смещению первых моляров верхней челюсти.

Согласно работам Gianelly [32, 34, 35], приблизительно 25% всего перемещения зубов приходится на переднее смещение опорных премоляров, указывающее на легкую потерю опоры. В течение 4-5 месяцев образуется пространство, равное величине премоляра кпереди первых верхних моляров.

Бесспорно, магнитные силы могут вызывать перемещение зубов, в то же время использование этого метода не получило широкого одобрения потому, что магниты являются дорогими и громоздкими приспособлениями. Учитывая эти недостатки, а также необходимость в частой реактивации, Darendeliler в своих исследованиях [36] пришел к выводу, что магниты не представляют преимуществ перед общепринятыми системами дистализации.

Новейший аппарат для получения быстрой и управляемой дистализации верхних моляров — **First Class** [37].

Аппарат состоит из 4 колец, вестибулярной и небной частей (рис. 6). С вестибулярной стороны аппарата установлены активирующие винты, а с небной стороны — нитиоловые пружины; все это дополнено увеличенной модифицированной кнопкой Nance. Один оборот винта в день производит расширение на 0,1 мм, необходимое для получения дистализации моляров с минимальной потерей опоры.



Рис. 6.

Клинический эффект применения данного аппарата: среднее время, необходимое для получения результата, составило от 52 до 105 дней, при этом можно получить до 10 мм места в зубном ряду. Однако по результатам наших наблюдений небная бабочка перекрывает практически все небо, под ней образуются пролежни к окончанию лечения. Также этот аппарат достаточно дорогой.

Поэтому мы остановили свой выбор на новом дистализаторе **Veltri**.

Новый аппарат исходит из идеи доктора *Nikola Veltri*, описанной в 1999 году, и ее последующих модификаций [38]. Аппарат состоит из небного сагиттального винта для дистализации моляров по Veltri (рис. 7), который присоединяется своими рукавами к кольцам на первых верхних молярах и вторых верхних премолярах (или вторых молочных молярах). Вспомогательное приспособление для опоры представлено в виде небольшой кнопки Nance, которая припаивается к телу винта. Винт активируется из расчета 2 четверти поворота каждую неделю. Четверть оборота соответствует активации аппарата на 0,2 мм, а это значит, что дистализация моляра за месяц равна приблизительно 1,5 мм, т. е. за 3,5 месяца можно достичь 5 мм, а за 6-7 месяцев — 10 мм увеличения зубного ряда.



Рис. 7.

Преимущества нового дистализатора по отношению к другим внутриротным аппаратам для дистализации моляров следующие:

1. С биомеханической точки зрения новый дистализатор производит корпусное перемещение первых верхних моляров, так как точка приложения силы расположена в теле винта, а вектор силы проходит именно через центр сопротивления верхних первых моляров.
2. Активация аппарата для пациента очень легка благодаря специальному ключу.
3. Эстетика гарантирована благодаря небному расположению.
4. Лабораторная стоимость, по сравнению с другими внутриротными аппаратами для дистализации, существенно ниже.
5. В конце дистализации аппарат

04 (14) 2008

может быть легко превращен в ретенционный, без дополнительных лабораторных этапов.

6. Оценка клинических случаев лечения с помощью нового дистализатора показывает, что потеря опоры

во фронтальном участке верхней зубной дуги меньше, чем при использовании других дистализирующих аппаратов, при этом можно достичь максимальных величин дистализации.

7. Удобен для пациента в гигиеническом аспекте.

8. Требуется наименьшей степени кооперации с пациентом, что позволяет врачу получить оптимальный результат лечения.

Приводим несколько клинических случаев из практики:

Пациент А. — 18 лет, 2 месяца, II класс, II подкласс, вестибулярное положение 23 зуба.

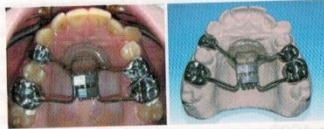


Рис. 8. Аппарат в полости рта и на модели в день фиксации



Рис. 9. Через 1 месяц лечения (аппарат расцементирован, производилась повторная фиксация)



Рис. 10. Дентальный R-снимок через 1 месяц использования аппарата



Рис. 12. Через 5 месяцев после установки дистализирующего аппарата



Рис. 11. Через 3 месяца после установки аппарата для дистализации (фиксирована брекет-система)

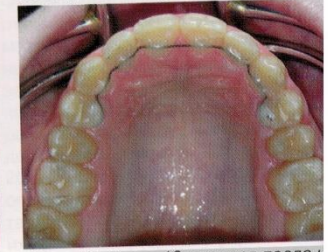


Рис. 13. Через 10 месяцев после начала дистализации (установлен ретейнер)

Пациент Ч. — 22 года и 8 месяцев, II класс, вестибулярное положение 23 зуба.

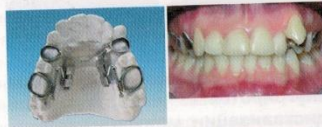


Рис. 14. Аппарат в полости рта и на модели в день фиксации

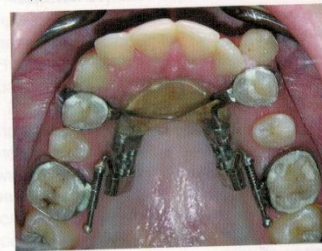


Рис. 15. Через 2 месяца после начала дистализации



Рис. 16. Через 3 месяца после начала дистализации



Рис. 17. Через 4 месяца после начала дистализации (в.ч. — две дуги)



Рис. 18. Через 10 месяцев после начала дистализации

Пациент Б. — 11 лет и 5 месяцев, II класс, осложненный односторонним буккальным перекрестным прикусом, ретенцией 15 и небным положением 25 зубов.



Рис. 21. Через 5 месяцев после начала дистализации



Рис. 19. Полость рта в день фиксации аппаратуры

Рис. 22. Через 9 месяцев после начала дистализации



Рис. 20. Ортопантомограмма на момент начала лечения



Рис. 23. Через 1 год и 2 месяца

Пациент В. — 14 лет и 7 месяцев, II класс, вестибулярное положение 13 зуба.

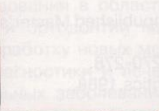


Рис. 24. Полость рта в день фиксации аппаратуры



Рис. 26. Через 1 месяц после начала дистализации



Рис. 28. Через 2 месяца после начала дистализации



Рис. 25. Установка дистализирующего аппарата



Рис. 27. Через 2 месяца после начала лечения



Рис. 29. Через 4 месяца после начала дистализации



Рис. 30. Через 11 месяцев после начала лечения

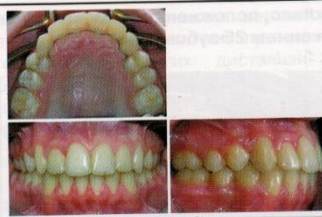


Рис. 31. Через 12 месяцев после начала лечения

Предлагаем использовать дистализацию моляров как альтернативный метод лечения сагиттальных аномалий прикуса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гашимов Р.Г., Хмелевский С.И., Оруджев Р.К. // Стоматология — 1981. — №6. — С.43-45.
2. Каламбаров Х.А. // Стоматология детского возраста // Под редакцией А.А. Колесова. — М., 1970 — С.107-109.
3. Гашимов Р.Г., Хмелевский С.И. // Стоматология — 1971 — №5. — С.41-44.
4. Sinclair PM. The reader's corner/ J Clin Orthod 1994;28: 361-363.
5. White LW. A new paradigm of motivation. Pac Coast Soc Orthod Bull 1988;44-45
6. White LW. A new paradigm of motivation. In: Trotman CA, McNamara JA, Jr, eds. Creating the compliant patient. Ann Arbor Monograph 33, Craniofacial Growth Series, Center for Human Growth and Development, The University of Michigan, 1997.
7. Alexander RG. Creating the compliant patient. In: Trotman CA, McNamara JA, Jr, eds. Creating the compliant patient. Ann Arbor Monograph 33, Craniofacial Growth Series, Center for Human Growth and Development, The University of Michigan, 1997.
8. Hilgers JJ. The Pendulum appliance... An update. Clin Impressions 1993: 15-17.
9. Bennett RK, Hilgers JJ. The Pendulum appliance: Creating the gain. Clin Impressions 1994;3:14-18.
10. Bennett RK, Hilgers JJ. The Pendulum appliance: Maintaining the gain. Clin Impressions 1994;3:6-9, 14-8, 22.
11. Snodgrass DG. A fixed appliance for maxillary expansion, molar rotation, and molar distalization. J Clin Orthod 1996; 156-159.
12. Hilgers JJ. The Pendulum appliance for Class II noncompliance therapy. J Clin Orthod 1992;26:706-714.
13. Byloff FK, Darendeliler MA, Clar E, Darendeliler A. Distal molar movement using the Pendulum appliance. Part 2: The effects of maxillary molar root uprighting bends. Angle Orthod 1997;67:261-270.
14. Joseph AA, Butchart CJ. An evaluation of the Pendulum distalizing appliance. Semin Orthod 2000;6:129-135.
15. Bussick TJ, McNamara JA, Jr. Dentoalveolar and skeletal changes associated with the Pendulum appliance. Am J Orthod Dentofac Orthop 2000;117:333-343.
16. McNamara JA, Jr. Maxillary transverse deficiency. Am J Orthod Dentofac Orthop 2000;117:567-570.
17. Hilgers JJ, Bennett RK. The Pendulum appliance. Part II: Maintaining the gain. Clin Impressions 1994;3:5-9,14-18;22.
18. Hilgers JJ, Tracey S. Hyperefficient orthodontic treatment employing Bioprogressive principles. Clin Impressions 2000;9:18-27.
19. Carano A, Testa M. The distal jet for upper molar distalization. J Clin Orthod 1996; 30:374-380.
20. Huertter GW, Jr. A retrospective evaluation of maxillary molar distalization with the distal jet appliance. St Louis: Unpublished Master's thesis, Department of Orthodontics, St Louis University, 1999.
21. Patel A. Analysis of the distal jet for maxillary molar distalization. Oklahoma City: Unpublished Master's thesis, Department of Orthodontics, University of Oklahoma.
22. Wilson WL. Modular Orthodontic systems. Part I. J Clin Orthod 1978;12:259-267,270-278.
23. Wilson RC, Wilson WL. Enhanced orthodontics. Denver: Rocky Mountain Orthodontics, 1988.
24. Wilson WL. Modular Orthodontic systems. Part 2. J Clin Orthod 1978;12:358-375.
25. Wilson WL, Wilson RC. New treatment dimensions with first phase sectional and progressive edgewise mechanics. J Clin Orthod 1980;14:607-627.
26. Muse DS, Fillman MJ, Emmerson WJ, Mitchell RD. Molar and incisor changes with Wilson rapid molar distalization. Am J Orthod Dentofac Orthop 1993;104:556-565.
27. Rana R, Becher MK. Class II correction using the bimetric distalization arch. Semin Orthod 2000;6:106-118.
28. Gianelly AA, Bednar J, Dietz VS. Japanese NiTi coils used to move molars distally. Am J Orthod Dentofac Orthop 1991;99:564-566.
29. Miura F, Mogi M, Ohura Y, Karibe M. The super-elastic Japanese NiTi alloy wire for use in orthodontics. Part III. Studies on the Japanese NiTi alloy coil springs. Am J Orthod Dentofac Orthop 1988;94:89-96.
30. Jones RD, White JM. Rapid Class II molar correction with an open-coil jig. J Clin Orthod 1992;26:661-664.
31. Kalra V. The K-loop molar distalizing appliance. J Clin Orthod 1995;29:298-301.
32. Gianelly AA. Personal communication, 1992.
33. Steger ER, Blechman AM. Case reports: molar distalization with static repelling magnets. Part II. Am J Orthod Dentofac Orthop 1995;108:547-555.
34. Gianelly AA, Vaitas AS, Thomas WM, Berger DG. Distalization of molars with repelling magnets. Clin Orthod 1988;22:40-44.
35. Gianelly AA, Vaitas AS, Thomas WM. The use of magnets to move molars distally. Am J Orthod Dentofac Orthop 1989;96:161-167.
36. Darendeliler MA. Contemporary mechanics: magnets and constant forces. Pac Coast Soc Orthod Bull 1995;67:43-44.
37. Фортини А., Луполи М., Парри М., Ортодент-инфо, 2000. — №3. — С.34-41.
38. Багетти Т., Франчи Л., Ортодент-инфо, 2001. — №1. — С.23-27.