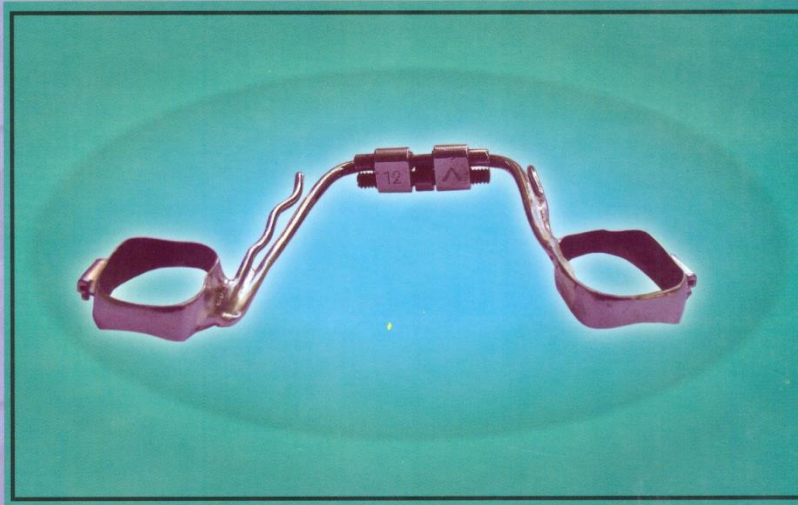


# СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ



03 (09) 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. Деняга О.В. (Одесса)  
Проф. Харьков Л.В. (Киев)  
Проф. Сысов Н.П. (Симферополь)  
Проф. Куцевляк В.И. (Харьков)  
Проф. Покровский М.М. (Львов)  
Проф. Гризодуб В.И. (Харьков)  
Проф. Даньков Н.Д. (Днепропетровск)  
Доц. Дрогомирецкая М.С. (Львов)  
Доц. Романовская А.П. (Симферополь)

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**


Проф. Головкин Н.В. (Полтава)  
Проф. Зубкова Л.П. (Одесса)  
Проф. Удод А.А. (Донецк)  
Проф. Руденко М.И. (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. Токаревич 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 №01/09 от 03.09.07 г.,  
Тираж 1 000 экз.

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ НОРМАЛЬНОЙ И НЕПРАВИЛЬНОЙ АРТИКУЛЯЦИИ ЯЗЫКА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНЫХ ДУГ И ЛЕЧЕНИИ III КЛАССА</b>	2
Евтушенко Л.Г., Свешникова Т.Ю., Киснер О.А.	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>ВЛИЯНИЕ АДЕНЗТОМИИ И НОСОВОГО ТИПА ДЫХАНИЯ НА РЕЗЦОВУЮ И МОЛЯРНУЮ ДЕНТОАЛЬВЕОЛЯРНУЮ ВЫСОТУ И ПЕРЕДНЮЮ ВЫСОТУ ЛИЦА</b>	5
Derek Mahony, Agneta Karsten и Sten Linder-Aronson	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>БИОМЕХАНИКА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЗУБОВ</b>	9
Филимонов Ю.В.	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>ПРОБЛЕМЫ ФОРМЫ И ФУНКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ</b>	14
Даньков Н.	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>ПЛАНИРОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА (ЧАСТЬ II).</b>	20
<b>Литературный обзор</b> Жачко Н.И., Скрипник И.Л.	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ФИРМЫ President и Silver Care В КОМПЛЕКСЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА</b>	27
<b>СТРАНИЦА ЗУБНОГО ТЕХНИКА</b> <b>VARIETY — НЕСЪЕМНЫЙ МУЛЬТИРАСШИРЯЮЩИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ (лабораторные этапы изготовления)</b>	
Скрипник И.Л.	
<b>СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ</b> <b>ЗАЩИЩЕННОСТЬ ВРАЧА ИЛИ ЧТО ТАКОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ</b>	33
Из опыта практического ортодонта Плющева Н.Е.	
<b>ЮРИДИЧЕСКАЯ СТРАНИЦА</b> <b>ЗАЩИЩЕННОСТЬ ВРАЧА ИЛИ ЧТО ТАКОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ</b>	34
Чопенко Н.А., Бакшеев С.Н.	
<b>ОРТОДОНТИЯ</b> <b>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОИМПЛАНТОВ В КАЧЕСТВЕ ВРЕМЕННОЙ СКЕЛЕТНОЙ ОПОРЫ В ОРТОДОНТИИ</b>	37
Прокопьева П.Ю.	
<b>РЕТРО-СТРАНИЦА</b> <b>МИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗУБА КАК ИНДИКАТОР ПУБЕРТАТНОГО СКАЧКА РОСТА</b>	43
Seymour Chertkow, B.D.S.	
<b>ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ</b> <b>ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ</b>	47
<b>ВЫСТАВКИ, СЕМИНАРЫ, КОНФЕРЕНЦИИ</b> <b>МАТЕРИАЛЫ I СЪЕЗДА АССОЦИАЦИИ ОРТОДОНТОВ УКРАИНЫ</b>	48
<b>ВЫСТАВКИ, СЕМИНАРЫ, КОНФЕРЕНЦИИ</b> <b>ПЛАН ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОКТЯБРЬ-ДЕКАБРЬ 2007 г.</b>	59
<b>ВЫСТАВКИ, СЕМИНАРЫ, КОНФЕРЕНЦИИ</b> <b>МАТЕРИАЛЫ I СЪЕЗДА АССОЦИАЦИИ ОРТОДОНТОВ УКРАИНЫ (окончание)</b>	60

**Уважаемые читатели!**

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

# VARIETY — НЕСЪЕМНЫЙ МУЛЬТИРАСШИРЯЮЩИЙ ОРТОДОНТИЧЕСКИЙ АППАРАТ (лабораторные этапы изготовления)

Текст — Скрипник И.Л.

Фотоматериал — Сидоренко В.С.

Лабораторные этапы изготовления аппарата — Немцов С.А.

Распространенность деформаций лицевого скелета, по данным различных авторов, составляет от 28,9 до 40,8%. Среди них — частота недоразвития или аномалийная форма нижней челюсти занимает 3,6-14,3%. В зависимости от вида и генеза, деформация проявляется уплотнением нижней трети лица, нарушением межчелюстных соотношений — несоответствие размеров верхнего и нижнего зубных рядов, седловидным или асимметричным сужением нижнего зубного ряда, что проявляется в виде одно- или двухстороннего лингвального перекрестного прикуса, проявляющегося асимметрией лица. Лечение таких пациентов всегда доставляло немало хлопот, так как изменять форму и размеры нижнего зубного ряда съёмными аппаратами достаточно сложно. Ключом к изменению нижней челюсти в трансверзальном направлении можно считать **несъёмный мультирасширяющий ортодонтический аппарат — Variety**.

Что же это за винт **Variety**? Очень похож на винт для разрыва небного шва Нугах, однако, в отличие от него он имеет только две удерживающие дуги, что позволяет применять его для расширения нижней челюсти, но в то же время не ослабляет его. Опорные дуги выдерживают большую нагрузку, компактный дизайн обеспечивает высокий уровень расширения (до 12 мм) и дает возможность применять и для разрыва небного шва в молочном и раннем сменном периодах прикуса, для дистализации и мезиализации групп зубов, для ротации моляров, делается незаменимым при дистракционном остеогенезе.

Этот аппарат может применяться как в молочном, так и в постоянном периодах прикуса, но только до тех пор, пока не закончился рост челюсти (по окончании роста можно изменить только наклон зубов).

Как же изготовить этот аппарат? Рассмотрим один из вариантов — аппарат для расширения нижнего зубного ряда. Для этого нами подготовлена модель с имеющимся сужением нижней челюсти при перекрестном прикусе: на ней одеты подобранные ранее кольца на опорные зубы (рис. 1). Кольца на модели не должны

пружинить, для этого их можно укрепить при помощи липкого воска. Следующим этапом в изготовлении аппарата является подготовка отрезка, обеспечивающего расширение. Его можно отмоделировать из воска (см. «Современная ортодонтия» №03(05) 2006), затем при помощи литья заменить на металл, а можно изогнуть из ортодонтической пружинящей проволо-

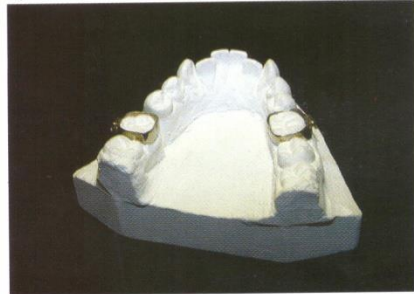


Рис. 1. Гипсовая модель с опорными ортодонтическими кольцами



Рис. 2. Фиксация дентального фрагмента к кольцу

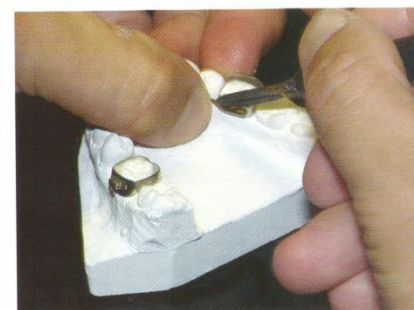


Рис. 3. Фиксация дентального фрагмента к кольцу

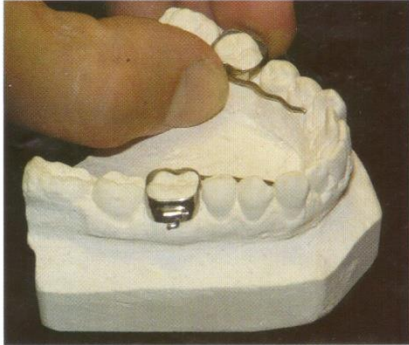


Рис. 4. Дентальный фрагмент, повторяющий форму язычной поверхности зубов

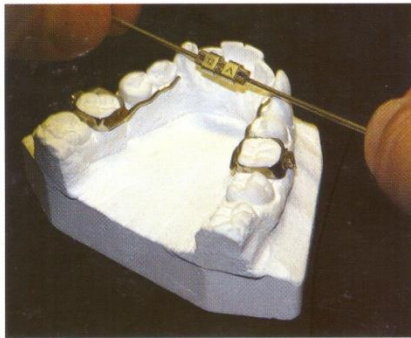


Рис. 5. Припасовка винта на модели

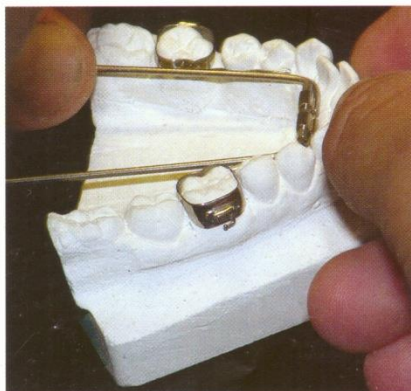


Рис. 6. Изгибание опорных дуг винта

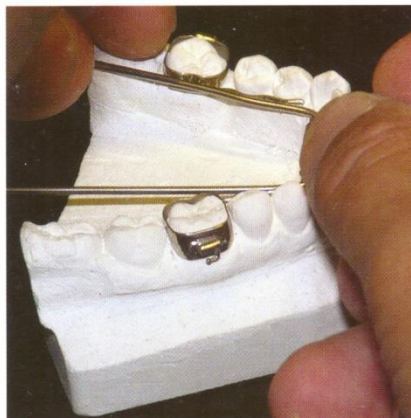


Рис. 7. Изгибание опорных дуг винта

ки толщиной 1,1 мм. Моделируя из воска либо изгибая проволоку, необходимо не забывать, что дентальный фрагмент должен повторять форму язычной поверхности передвигаемых зубов и на дистально расположенных зубах располагаться ближе к окклюзионной поверхности кольца, а на мезиальных — проходить возле десневого края. Присоединить фрагмент к опорным элементам при помощи воска (рис. 2, 3). При этом необходимо помнить, что расширять на нижней челюсти в области клыков нельзя!, поэтому длина дентального фрагмента должна заканчиваться на премолярах (рис. 4). Далее необходимо разметить на модели расположение тела самого винта (рис. 5). После этого приступаем к припасовке винта и изгибанию опорных дуг по язычной поверхности нижнего зубного ряда (рис. 6, 7, 8, 9, 10).

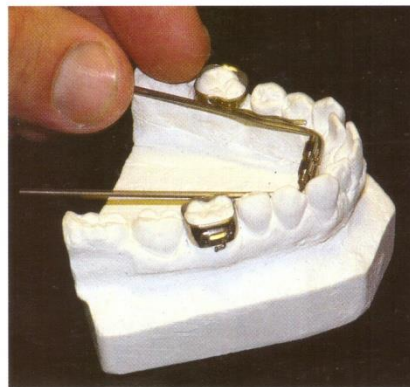


Рис. 8. Изгибание опорных дуг винта



Рис. 9. Изгибание опорных дуг винта

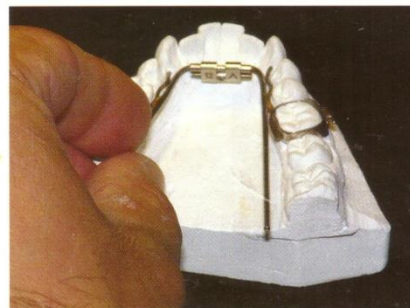


Рис. 10. Изгибание опорных дуг винта

Формовочным гипсом все элементы фиксируются так, чтобы осталось достаточно места для припоя (рис. 11, 12).

Детали из проволоки и винт сначала то-

чечно приваривают ручными электродами, а затем припаивают (рис. 13, 14, 15, 16). Аппарату (рис. 17) проводят грубую механическую обработку (рис. 18, 19, 20), полируют (рис. 21, 22, 23). Готовый ортодонтический аппарат направляют в клинику (рис. 24), начинают расширение.

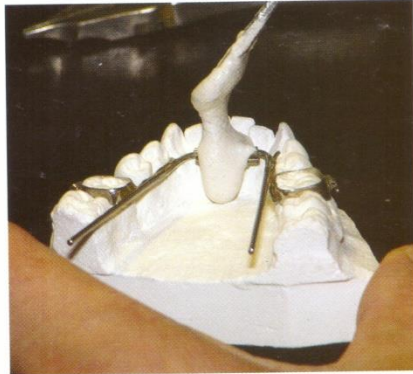


Рис. 11. Нанесение формовочного гипса

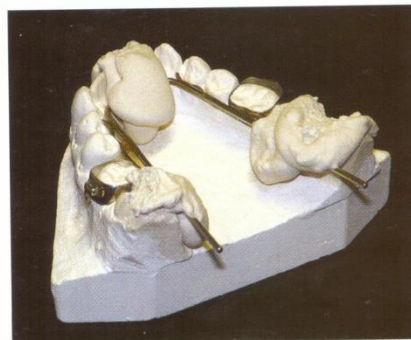


Рис. 12. Нанесение формовочного гипса



Рис. 13. Сварка деталей аппарата



Рис. 14. Сварка деталей аппарата

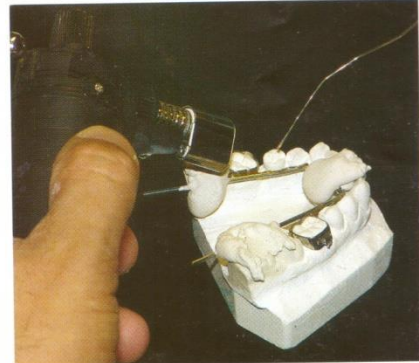


Рис. 15. Сварка деталей аппарата

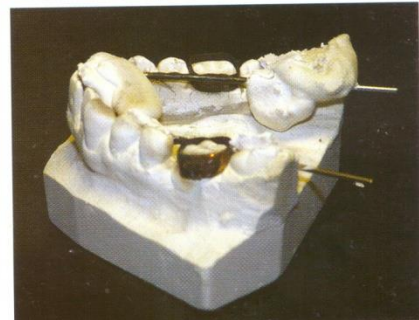


Рис. 16. Сварка деталей аппарата



Рис. 17. Аппарат, подготовленный к механической обработке



Рис. 18. Механическая обработка аппарата



Рис. 19. Механическая обработка аппарата

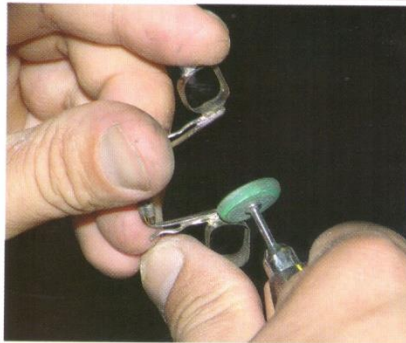


Рис. 22. Полировка



Рис. 20. Механическая обработка аппарата

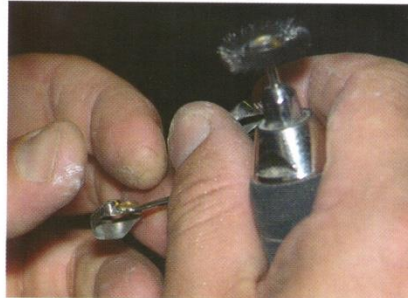


Рис. 23. Полировка



Рис. 21. Полировка



Рис. 24. Готовый аппарат

Для изготовления аппарата использовались материалы (ортодонтический винт, опорные кольца, ортодон-

тическая проволока) производства компании «Дентаурум», предоставленные компанией «Промед».

ретенированного зуба посредством «булавоночной» петли передается на твердое небо, а не на рядом стоящие зубы и не перегружаетсь передонтактные ткани опорных зубов.

При этом не происходит прогиба на петле, как это бывает при использовании аппарата с W-образным изгибом на вестибулярной

дужке. Не создается кариесогенная ситуация, как это бывает при использовании аппарата, состоящего из коронок или колец, соединенных между собой дугой, к которой фиксируется лигатура от ретенированного зуба.

При необходимости в аппарат можно установить расширяющие винт и кламмера

на зубы, органичивающие дефект. Это увеличивает длину зубного ряда, позволяет создать место в зубном ряду для выводимого зуба. Аппарат прост в изготовлении и использовании. Работая с данным аппаратом, ортодонт на 100% может прогнозировать результат.

## СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С САГИТАЛЬНЫМИ АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА

Скрипник И.Л., Клитинский Ю.В.

г. Киев

Сагитальные аномалии — дистальный и мезиальный прикусы, являются наиболее сложными среди аномалий зубо-челюстной системы. По данным разных авторов, они встречаются у 2-15% населения, что составляет около 60% среди зубо-челюстных аномалий. (Аболмасов Н. Г., 1970; Каламкар Х.А., 1978; Неспрядько В.П., 1989; Тяжкороб Т.В., 1989; Виноградов Е.С., 2001; Ковалевский А.М., 2001; Бедняков А.А., 2002; Graber L., 1977; Jakobson A., 1974).

Уже на ранних этапах формирования прикуса сагитальные аномалии сопровождаются морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями, что негативно отражается на физическом и психоэмоциональном состоянии детей, подростков и взрослых.

Диагностике и лечению аномалий прикуса в сагитальной плоскости посвящены многочисленные работы Бетельмана А.И. (1972), Хорошилкиной Ф.Я. (1972, 1982, 1999), Токаревича И.В. (1985, 1999), Безрукова В.М. (1981), Бимбаса Е.С. (1990), Дорошенко С.И. (1991, 1992), Ращенко Н.В. (1992), Персина Л.С. (1980), Гиоевой Ю.А. (2005), Frenkel (1971), L.

Graber (1977); Jakobson A., (1975), S. E. Bishara (1983), W. R. Proffit (2000). Однако основное внимание в них уделено изучению нарушения лицевого скелета, влиянию нарушения отдельных анатомических структур на развитие патологии, представлены данные о различных отклонениях в росте верхней и нижней челюстей.

Мы решили проверить, как выглядит ВНЧС на КТ у пациентов с мезиальным и дистальным прикусами. В наше исследование вошли 36 пациентов от 7 до 38 лет. По методике Рабухиной Н.А. изучали степень смещения суставных головок и форму суставной впадины, ее ширину, глубину и форму суставной впадины нижней челюсти, величину щели между головкой и впадиной в ее переднем, среднем и заднем участках.

Выяснили, что в начальном сменном прикусе в 33% случаев нарушено центральное положение нижней челюсти, т.е. сужена или расширена суставная щель, картина к периоду сформированного сменного прикуса изменяется в сторону улучшения (13%) — включаются компенсаторные механизмы,

но в постоянном прикусе тенденция идет к увеличению изменений в суставе (29%) — декомпенсация.

Результаты нашего исследования также показали, что не всегда изменения суставной щели в правом и левом суставах одинаковы, так например, при дистальном прикусе можно наблюдать сужение суставной щели в дистальном отделе справа и сужение в переднем отделе слева. А это значит, что такому пациенту нельзя применять аппараты, которые симметрично изменяют положение в суставах.

Длительное существование окклюзионной дисгармонии, смещение суставных головок, нефункциональная нагрузка, постоянное мышечное напряжение, может привести к травме суставных тканей, изменению их формы или развитию артроза.

Доскональная диагностика даст возможность разработать четкий алгоритм лечебных манипуляций, который позволит нормализовать функцию зубочелюстной системы, улучшить эстетическое и психоэмоциональное состояние пациентов и обеспечит стабильность достигнутых результатов.

## ВИКОРИСТАННЯ ІМПЛАНТАТІВ ПРИ ВРОДЖЕНІЙ АДЕНТІЇ

Скрипник І.Л., Куц П.В.

м. Київ

Успішний розвиток імплантології й ортодонції, взаємодія цих дисциплін, а також поява в стоматології нових технологій, дозволяють проводити комбіноване лікування пацієнтів з відсутністю зачатків постійних зубів. Про можливість застосування імплантів після ортодонтичного лікування повідомляв Linkow ще в 1970 р. А. Hotz в 1981 р. звернув увагу на те, що відсутність зачатків зубів є абсолютним показанням до імплантації у підлітків.

Використання імплантів при вродженій адентії дозволяє уникнути препарування здорових зубів при протезуванні мостоподібними протезами і негативного впливу на слизову при користуванні знімними протезами. При ортодонтичному переміщенні зубів застосування імплантів для усунення дефектів дає й функціональний результат лікування, тому що, згідно Kobes (1984), втрата

кожного зуба приводить до ослаблення жувальної функції. Надійність використання імплантів при лікуванні вродженої адентії, доведена тривалими клінічними й експериментальними дослідженнями нашого університету.

Поширеність вродженої адентії, навіть крім 3-х молярів, досить висока: від 1,5 до 8%. Можливо, вроджена відсутність будь-якого зубного елемента, але частіше відсутні 2-і нижні премоляри, верхні бічні різці, 2-і верхні премоляри й 3-і моляри. Адентія одного або обох різців верхньої щелепи найчастіше зустрічається в дівчат.

При виборі методу лікування враховують вік, результати ортодонтичного обстеження, кількість відсутніх зубів, дані рентгенологічного дослідження (щільність кісткової тканини, розташування дна верхньощелепних пазух, топографія нижньощелепного каналу), ширина

альвеолярного відростка й довжина дефекту, наявність зубів-антагоністів, наявність дентоальвеолярного подовження, товщину слизової, пародонтологічний статус.

Згідно К. Hotz, після закінчення прорізування зубів процес росту щелепи триває в дівчат аж до 16-18 років, у юнаків — до 18-20 років. V. Kokich обстежив пацієнтів 14-15 років після ортодонтичного лікування. Кращим моментом для імплантації, на його думку, є завершення росту кісток лицевого відділу черепа, тобто відсутність динаміки довжини обличчя. А кращий метод визначення кінця цього процесу — проведення двох послідовних телерентгенографій: 1-й — після проходження пацієнтом піка росту, 2-й — через 6-12 міс.

Рекомендується проводити імплантацію в підлітків після 16 років.

## НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО И ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Срибник П.Л., Срибник Т.В.

г. Днепрпетровск

Актуальность использования съемных пластиночных аппаратов для лечения аномалий и деформаций ЗЧЛО сохраняется до

сих пор. Частота патологии прикуса в Украине колеблется в пределах 13-77% детского контингента (Дычко Е.Н., Куроедова В.Д.,

Дмитренко М.И.), и существует тенденция к увеличению этих показателей.

Ортодонтическое лечение в детском воз-

**СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ**