ХАРАКТЕР ГНАТИЧЕСКИХ И ДЕНТАЛЬАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЙ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА

Шамшетдинова Юлдузхан Полатовна
Медицинский Институт Караклпакстана
Стажер-Ассистент кафедры Стоматологии

Qabul qilindi: 03.11.2025
Ko'rib chiqildi: 04.11.2025
Tasdiqlandi: 05.11.2025

Актуальность: Актуальность: В лечении пациентов с глубокой резцовой окклюзией с ретрузией резцов на верхней челюсти в сочетании с дистальной окклюзией важным является этап коррекции окклюзионной плоскости . Коррекцию окклюзионной плоскости осуществляют путем разобщения зубных рядов с правильным их расположением в сагиттальной плоскости, что позволяет получить зубоальвеолярное удлинение в боковых отделах зубных рядов.

Цель исследования – доказать клиническую эффективность модифицированного функционального метода лечения пациентов с глубокой резцовой окклюзией или в сочетание с дистальной окклюзией. Материал и методы. Провели ортодонтическое лечение 40 детей (26 девочек и 14 мальчиков; средний возраст 12 лет) с глубокой резцовой окклюзией в сочетание с дистальной окклюзией. Использовали модули МФМ несъемный ортодонтический аппарат для разобщения зубных рядов и коррекции окклюзии и индивидуального проволочного губного бампера, фиксируемого на нижнюю челюсть. У всех пациентов проводился анализ боковой ТРГ головы до и после лечения , биметрическое иследование гипсовых моделей зубных рядов с дополнением методов определения мезиальной ротации первых моляров верхней челюсти по Тугарину В.А. и Мосейко Р.А., их мезиального смещения. Анализ боковых ТРГ головы проводился по общеприня той методике, принятой на кафедре ортодонтии МГМСУ с дополнением, касающихся полногодентоальвеолярного характера в положении фронтальных и боковых групп зубов на верхней и нижней челюсти.

Результаты и их обсуждение. После лечения значение индекса ODI уменьшилось и приблизилось к норме (N=72). Значение межрезцового угла уменьшилось, что свидетельствует об изменении инклинации резцов

верхней и нижней челюстей до нормальных от величины с созданием сбалансированного межрезцового угла. Уменьшился наклон верхней окклюзионной плоскости по Bjork. Наклон нижней окклюзионной плоскости по Bjork уменьшился. Увеличились задние зубоальвеолярные высоты верхней и нижней челюстей и уменьшилась передняя зубоальвеолярная высота верхней челюсти за счет интрузии резцов и экструзии боковой группы зубов. Инклинация резцов верхнего зубного ряда увеличилась. Угол образованный пересечением длинной оси зуб 16 к плоскости SNA и K-U 16 уменьшились, говорит о достижении правильной ангуляции зуба. Значение K-U 11 увеличилось, что говорит об удлиннении зубного ряда за счет изменения инклинации (протрузии) верхних резцов.

Анализируя данные антропометрических измерений гипсовых моделей определяется расширение зубных зубов верхней и нижней челюстей в области моляров и премоляров, удлинение верхнего и нижнего зубных рядов. После фиксации на верхней челюсти несъемного ортодонтического аппарата для разобщения зубных рядов и коррекции аномалии окклюзии за счет эффекта дизокклюзии возрастает потенциал роста нижней челюсти с изменением инклинации резцов верх ней челюсти (протрузия), правильное формирование окклюзионной плоскости вследствие дифференцированного дентоальвеолярного роста в боковых отделах (зубоальвеолярное удлинение в области групп боковых зубов). Использование губного бампера на нижней челюсти позволяет снять негативное давление круговой мышцы рта со стороны нижней губы на резцы верхней челюсти и динамично изменить инклинацию резцов, а изоляция давления щек в боковых отделах благоприятно сказывается на развитии зубных рядов трансверзальном направлении.

Заключение. Модифицированный функциональный эффективен при лечении пациентов с глубокой резцовой окклюзией: лечение проходит динамично, сокращается срок активного периода ортодонтического лечения. Анализ отдаленных результатов лечения показал, что применение МФМ для коррекции глубокой резцовой окклюзии или ее сочетания с дистальной окклюзией позволяет при минимальных затратах времени, не используя сложных по конструкции аппаратов, особенно у пациентов в период роста и формирования окклюзии постоянных зубов и пациентов с гнатическим компонентом патологии, достичь стабильных долгосрочных результатов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персин, Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий: руководство для врачей / Л. С. Персин. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2004 – 360 с.

2. Montasser, M. A. Relationship between dental crowding, skeletal base lengths, and dentofacial measurements / M. A. Montasser, M. Taha // Prog. Orthod. – 2012 –Vol. 13 – №3. – P. 281-287.

3. Proffit, W. R. Contemporary orthodontics, 4th ed. / H. W. Fields, D. M. Sarver // St-Louis: Mos-

4. Solano-Mendoza B., Sonnemberg B., Solano-Reina E., Alejandro Iglesias-Linares. How Effec- tive Is the Invisalign® System in Expansion Movement With Ex30' Aligners?// Clin Oral Investig.- 2017