

ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

1. Существуют ли противопоказания к применению несъемной аппаратуры для ранее леченных эндодонтических зубов? Подвержены ли их корни резорбции?

Абсолютных противопоказаний нет. При планировании лечения нужно принять к сведению данные рентгенографии, устранить острые и хронические воспалительные процессы в корневых каналах.

При планировании ортодонтического лечения с удалением зубов отдать предпочтение ранее леченным, если это совпадает с планом ортодонтического лечения. Зубы, подвергшиеся (ортодонтическому) эндодонтическому лечению, более склонны к корневой резорбции, однако, после хорошего эндодонтического лечения перемещение депульпированного зуба не приводит к выраженной резорбции. Нужно быть более внимательным при подборе аппаратуры, т.к. на микроскопическом уровне резорбции подвержены все зубы в любом возрасте, все зависит от приложения силы к перемещаемым зубам.

2. Чем опасен камуфляж при лечении мезиального прикуса у подростков?

При выборе лечения мезиального прикуса стоит отдать предпочтение, особенно у молодых пациентов и детей, стимуляции роста верхней челюсти. Камуфляж не предусматривает модификации роста. Лечение мезиального прикуса за счёт камуфляжа возможно лишь у взрослых. К сожалению, при скелетных проблемах III (3) класса средней степени выраженности камуфляж менее эффективен. Если такое лечение проведено пациентам, у которых ещё есть потенциал роста, это чревато рецидивом. Нижняя челюсть находится в вынужденном положении, что приводит к проблемам ВНЧС в будущем. Также может ухудшиться эстетика лица и окклюзия за счёт экстррузии в боковых участках. Даже минимальный наклон нижних резцов делает подбородок более выступающим и негативно в дальнейшем ска-

зывается на профиле. При III (3) классе тяжелой степени предпочтение стоит отдать хирургическим методам коррекции после завершения роста. Все эти моменты нужно учитывать при выборе лечения у растущих пациентов и не топиться с камуфляжем.

3. В чём заключается опасность нарушения миофункционального равновесия в сменном прикусе? Как это связано с прорезыванием постоянных зубов?

Как правило, на фоне активного роста челюстей и прорезывания постоянных зубов, начинаются проблемы с прикусом.

В 7-9 лет активно развивается фронтальный участок верхней челюсти. Он должен увеличиться на 5,5 мм и на нижней челюсти — на 3,8 мм. Зачатки нижних резцов, которые располагаются язычно, при прорезывании стимулируют рост нижней челюсти. Своего пика роста во фронтальном отделе нижней челюсти достигает при прорезывании латеральных резцов. Целесообразно в этом периоде простимулировать рост нижней челюсти и увеличить межклыковое расстояние. Также в этот период решающую роль играют вредные привычки, давление со стороны языка и губ, тонус мимической и жевательной мускулатуры, ротовое дыхание, расположение уздечек и сама глубина преддверия. Прорезывание резцов верхней челюсти начинается на 6-9 месяцев позже, чем резцов нижней челюсти. Это дает возможность сформироваться фронтальному участку нижней челюсти. Зубы верхней челюсти прорезываются не вертикально, а немного вестибулярно.

Формирование ортогнатического прикуса возможно лишь при последовательном мезиальном смещении нижней челюсти вперед.

Нужно создать благоприятные условия за счёт миофункциональной аппаратуры (трейнеры, MBS, пластинки различных модификаций, вестибулярные бамперы и т.д.), чтобы реализовать рост фронтального участка и устранить из-

менение давление со стороны (губ, щёк) мягких тканей.

Мышцы языка стимулируют рост челюстей, а мимические — тормозят. Учитывая, что в столь юном возрасте нервная система детей ещё не сформирована, они чувствительны, эмоциональны. Активно работает мимическая мускулатура. Часто присутствуют дефекты речи, зачастую перенимают не самый хороший опыт сверстников, а также вредные привычки, склонны к подражанию. Именно применение миофункциональной аппаратуры, преортодонтических трейнеров, пластинок может сыграть хорошую роль в развитии прикуса.

Даже если ортодонтическое лечение отложить на более поздний срок, а миофункциональное равновесие будет ухудшаться, это приведёт к формированию стойкой патологии. Не стоит это игнорировать.

4. Зубы мудрости. Чаще всего они создают проблемы при ортодонтическом лечении (лучше вовремя с ними расстаться).

А когда целесообразно их оставить?

Учитывая большой процент ортодонтической патологии, связанной с дефектом места в зубном ряду, прорезывание 8 зубов лишь усугубляет ситуацию.

Зубы мудрости на верхней челюсти прорезываются раньше даже при большом дефекте места, чем на нижней челюсти, т.к. 8 зубы на нижней челюсти расположены в дистальном отделе, в месте перехода тела нижней челюсти в ветвь. Если окончание развития ветви нижней челюсти наступит раньше, то у зачатков 8 зубов не будет шансов прорезаться. Кроме того, очень рыхлая подслизистая ткань десны создаёт неприятности в виде коронаритов.

При глубоком дистальном прикусе желательнее создать все условия для правильного прорезывания 8 зубов. Именно в этом случае это оправдано. Нужно дать возможность реализоваться IV (4) этапу повышения прикуса, добиться миофункционального равновесия жевательной мускулатуры за счёт разобщения прикуса.

5. Бытует мнение, что ортодонтическое лечение должно сопровождаться болевыми ощущениями: «если зубы не болят — значит не двигаются». Так ли это?

Любая боль индивидуальна. При ортодонтическом лечении возникновение боли совсем не обязательно. Всё зависит от аппаратуры и приложения силы. Ортодонтическое перемещение зубов требует не только реконструкции кости, но и реорганизации самой периодонтальной связи. Чем больше силы, тем больше подвижность, что может привести к разрыву ПДС. Не оправдано при ортодонтическом лечении использовать чрезмерные силы, это приводит к немедленной высокой болевой реакции. Жалобы пациента на острую длительную боль, если она продолжается больше 5-7 дней, должны насторожить доктора. Такие методы лечения в современной ортодонтии недопустимы. Это может привести не только к «быстрому» передвиганию, но и к необратимым последствиям (разрыв ПДС, резорбция корней, стерильный некроз пульпы).

При оптимальных силах пациент сразу ничего не чувствует, но через несколько часов ощущает слабую болевую реакцию и чувствительность при накусывании. Через 3-4 дня чувствительность пропадет до повторной активации.

Нужно помнить, что большие усилия создают большие участки ишемии, это и есть источник боли.

6. Играет ли искусственное вскармливание решающую роль в развитии патологии прикуса?

Нет. Такие дети относятся лишь к группе риска, т.к. при искусственном вскарм-

ливании ребёнок быстро получает большое количество пищи без миофункциональной нагрузки. Решающую роль генетика, но не нужно забывать, что детям, которые искусственно вскармливались, часто выставляют диагноз — дистальный прикус во фронтальном участке, скученность, глубокий прикус.

Дистальное положение нижней челюсти у новорожденных — это физиологический компенсаторный механизм, т.н. мандибулярная ретрогнатия. Это облегчает роды. Именно грудное вскармливание в первые месяцы жизни активизирует рост и тренировку мышц. Дистальное положение нижней челюсти относительно верхней челюсти в среднем составляет 5-6 мм, вертикальная щель — 2,5 мм. В 6-8 месяцев положение челюстей нормализуется за счёт работы мышц, благодаря грудному вскармливанию.

7. Что такое техника «2х4»?

Типичная несъемная аппаратура для лечения в период смешанного прикуса: 2 кольца на молярах и 4 брекета на резцах. При такой конструкции легко создать большие моменты сил, и дуги сами по себе более упругие и менее жесткие. Это обеспечивает лёгкие силы и интрузию зубов. Нужно помнить, что такие дуги более хрупкие и легко ломаются. Как правило, это стальные дуги. Применение № iTi CuNiTi не оправдано.

Это сложная техника, т.к. нельзя развивать чрезмерные силы, потому что в качестве опоры служат только первые моляры, объем перемещений ограничен. Для усиления опоры можно использовать лингвальную дугу.

По окончании лечения нужен обязательно ретейнер. После раннего лече-

ния ретенция более важно, чем даже при позднем, т.к. сменный прикус — очень нестабильный период. Нужно предупредить, что это возможно I (первый) этап в ортодонтическом лечении, чтобы не вызвать разочарований пациента и настроить на сотрудничество. Учитывая недобросовестность пациентов в этом периоде ретейнер должен быть по возможности несъемным, очень важно, чтобы он не мешал прорезыванию. Показания к применению этой техники: формирующий дистальный прикус, выраженная скученность во фронтальном отделе, особенно на нижней челюсти.

8. Что такое юстировка в ортодонтии? Когда её применяют?

Юстировка (от немецкого *Justire*) означает выверять. Комплекс мероприятий, направленных на устранение погрешностей. В ортодонтии, иными словами, это стабилизация окклюзии.

В завершении ортодонтического лечения дугу на верхней челюсти рассекают за боковыми резцами и оставляют как сегмент во фронтальном отделе. Боковые зубы свободны от дуги, на них накладывают финишные эластики для лучшей окклюзии, исключение — перекрестный прикус. Эластические тяги используют не больше двух недель, после чего стоит лишь переходить к ретенции.



Цена 150 грн

Гал Дент
ВИДАВНИЦТВО

Практическое руководство по ортодонтической диагностике

Франк Нетцель, Кристиан Шульц

Львов: ГалДент, 2006. — 176 с. — 264 рис.

«Практическое руководство по ортодонтической диагностике» является ориентиром при выборе используемых в практике и описанных в литературе видов анализа, принципов, таблиц и формул. Чёткая структура, систематизированное строение и богатый иллюстративный материал дают представление о возможностях ортодонтического лечения. Книга предназначена для ортодонт-практиков и преподавателей стоматологических факультетов медицинских университетов.

По вопросам приобретения обращайтесь:

«Гал Дент»,
тел.: 0(32) 271-22-72,
271-20-22

СП «Промед»,
тел. 0(44) 278-73-64

«Дентальное депо»,
тел./факс 0(44) 361-81-16

ФЛ-П Сидоренко В.С.,
тел. 0(67) 449-31-24