

### Выводы

- Диаметр имплантата имеет большое влияние на торк вкручивания и, следовательно, первичную стабильность ортодонтического миниимплантата.
- Для достижения высокого торка вкручивания угол

от 60° до 70° является наиболее целесообразным.

- Если свободного пространства между двумя соседними корнями мало, благоприятным будет выбрать косое направление вкручивания для минимизации риска корневого контакта.

• Очень высокий торк вкручивания может привести к увеличению отторжения, вызванных чрезмерным сжатием кости; соответствующие отношения между имплантатом и диаметром предварительного сверления имеет решающее значение.

Материал подготовлен Э. В. Голик

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Angle Orthodontist, Vol 79, No 4, 2009-609-614-Impact of Insertion Depth and Predrilling Diameter on Primary Stability of Orthodontic Mini-implants — Benedict Wilmes; Dieter Drescher.
2. Angle Orthodontist, Vol 78, No 4, 2008-692-698-Comparison of Stability between Cylindrical and Conical Type Mini-Implants-Jong-Wan Kim; Seung-Hak Baek; Tae-Woo Kim; Young-Il Chang.
3. Angle Orthodontist, Vol 78, No 6, 2008-1065-1070-Insertion Angle Impact on Primary Stability of Orthodontic Mini-Implants Benedict Wilmes; Yu-Yu Su; Dieter Drescher.
4. Mini-Implants in Orthodontics Innovative Anchorage-B. Ludwig, S. Baumgaertel, S. Bowman — 5-8.

## ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

На вопрос отвечает Э. В. Голик,  
врач-интерн НМУ

**При каких патологиях показано удаление постоянных моляров?**

Удаление первых постоянных моляров широко применялось в практике в прошлом, но из-за нарушения окклюзионных контактов данная методика не час-то применяется. Чаще всего данные зубы удаляются при:

1. Разрушении их коронковой части, изменении периапикальных тканей, которое не подлежит терапевтическому лечению.

2. Выраженной дистальной окклюзии, наличии контактов на первых постоянных молярах (до прорезывания вторых постоянных моляров).

3. Резко выраженная прогнатия в позднем периоде молочного прикуса для улучшения соотношения зубных рядов.

При дистальном прикусе после удаления верхних первых постоянных моляров «выравнивающая экстракция» не требуется, после удаления нижних — необходима, а при мезиальном прикусе — наоборот. Удаление лучше проводить в возрасте 9—11 лет, особенно при показаниях к удалению на нижней челюсти.

Удаление вторых постоянных моляров рекомендуется при:

1. Кариозном разрушении.
2. Тесном расположении премоляров, их мезиальном наклоне.
3. Наличии глубокого перекрестного смыкания вторых моляров.

На вопросы читателей отвечают зав. кафедрой ортопедической стоматологии КМУУАНМ, д.м.н., профессор С. И. Дорошенко и доцент кафедры к.м.н., Е. А. Кульгинский.

**В каких случаях показана непрякая фиксация брекетов?**

Врач-стоматолог А. А. Шикота, г. Ирпень.

Фиксация элементов несъемных аппаратов — главный этап ортодонтического лечения, поскольку от него зависит достижение его эффективности. Существует два метода фиксации брекет-системы: прямой и непрякой. При прямом методе фиксация брекетов производится непосредственно в полости рта пациента. Метод непрякой фиксации брекетов заключается в установке брекетов сначала на гипсовой модели с последующим перенесением всей конструкции при помощи фиксирующей каппы в полость рта пациента, где она и фиксируется.

Непрякой метод имеет свои преимущества: во-первых, позволяет зафиксировать брекеты с большей точностью в правильной позиции на поверхности всех зубов, что с трудом достигается на жевательных зубах при прямой фиксации из-за ограниченного доступа к ним. Во-вторых, изготовление конструкции вне полости рта избавляет пациента от продолжительного пребывания в стоматологическом кабинете и облегчает работу врача, т.к. освобождает его от длительных и кропотливых манипуляций. Однако, несмотря на явные

преимущества, метод непрякой фиксации брекет-системы имеет и ряд недостатков. Основным из которых является сложность выбора способа позиционирования и фиксации элементов несъемной ортодонтической аппаратуры, который бы обеспечил точную их установку при минимальном риске возникновения осложнений.

Непрякой метод рекомендуется применять для начинающих врачей-ортодонт, а также в сложных клинических случаях, когда трудно провести прямую фиксацию брекет-системы.

**Что можно предпринять, если пациент 15 лет, пользующийся съемным аппаратом на верхнюю челюсть с винтом длительное время не являлся в клинику и продолжал бесконтрольно раскручивать винт, вследствие чего у него произошло перерасширение верхней зубной дуги.**

Врач-стоматолог А. С. Троицкая, г. Харьков.

К сожалению, такие случаи нередко встречаются в практике врача-ортодонта. Для устранения данного осложнения необходимо пациенту прекратить на некоторое время пользоваться аппаратом. Через 2—4 недели трансверзальные параметры верхней челюсти должны придти в соответствие. А дальше врач-ортодонт решает, оставлять ли старый аппарат, произвести его реактивацию, или изготовить новый.