

# РАННЕЕ РАЗОБЩЕНИЕ ПРИКУСА И РАННИЕ ЭЛАСТИКИ — ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ИННОВАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ САМОЛИГИРУЮЩИМИСЯ БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

«Все новое — это хорошо забытое старое». В который раз приходится обращаться к прописным истинам, но ничего не поделаешь: ни раннее разобщение прикуса, ни использование межчелюстных эластиков на ранних этапах ортодонтического лечения давно не новость. Все, благодаря за внимание, статья окончена.

Продолжение для любопытных и для тех, кто привык читать не с начала (кстати, с самыми ленивыми, мною искренне уважаемыми коллегами, встретимся в выводах).

Все мы, конечно же, использовали разобщение прикуса для ранней коррекции II класса 2 подкласса или при открытом прикусе или при недостатке места для брекетов, не обходили вниманием и ранние эластики при III классе. Но эти возможности носили скорее вспомогательный и эпизодический характер до тех пор, пока не появились брекеты с пассивным типом лигирования. Хотя эти инновации пришли не сразу. Одним из первых предложил системно использовать раннее разобщение и эластики доктор Алан Багден.

Потом понадобилось несколько лет клинической работы многих ортодонт-ов мира, чтобы эти технологии себя хорошо зарекомендовали и прочно вошли в практику.

Теперь рассмотрим подробнее те клинические ситуации, когда использование раннего разобщения прикуса и ранних эластиков оправдано, вне зависимости от используемой брекет-системы. Это II класс 2 подкласс, когда, благодаря разобщению во фронтальном участке (накусочные брекететы или окклюзионные накладки на небной поверхности верхних резцов), происходит ранняя коррекция глубокого перекрытия (исправление окклюзионной плоскости). А ранние межчелюстные эластики в дистальных отделах, естественно, ускоряют этот процесс. Также логически оправдано раннее разобщение в боковых участках и межчелюстные эластики во фронтальном, при открытом прикусе в переднем отделе. Здесь мы вколачиваем дистальные зубы и одновременно ускоряем закрытие прикуса фронтально. Следует отметить и зубо-альвеолярную

коррекцию III класса, когда раннее разобщение необходимо для установки брекетов на зубы верхней челюсти и «разблокирования» окклюзии, а эластики позволяют удерживать положение нижней челюсти.



Фото 1—5. У пациентки с открытым скелетным прикусом во фронтальном отделе, эластики использовались с самого начала лечения. Разница во времени между первым и последним снимками — 11 месяцев

Фото 6—9. У пациента прикус был разобщен на 2-х нижних молярах и использовались ранние межчелюстные эластики для устранения обратного перекрытия в боковом участке справа и ротации нижней челюсти влево. Разница во времени между первым и последним снимками — 8 месяцев

Новые возможности для использования разобщения и эластиков с са-



Фото 10—13. Накусочные брекеты (Bite Turbos) на небной поверхности центральных верхних резцов для разобщения и ранние эластики в боковых участках для закрытия дезартикуляций



Фото 14—15. Разобщение на Bite Turbos, а также устранение дезартикуляций и контроль положения резцов при помощи переднего трапецевидного эластика по III классу

мого начала лечения обусловлены минимизацией силы трения в пассивно-самолигирующихся системах брекетов и работой «слабых дуг». В этой ситуации разобщение прикуса разблокирует «окклюзионный замок» и создает благоприятные условия для работы «системы слабых сил», а использование эластиков, с умеренными силами и с правильным вектором, позволяет значительно ускорить исправление окклюзионной плоскости, начать мягкую коррекцию положения нижней челюсти в сагиттальной и трансверсальной плоскостях, также направляет зубы-антагонисты в сторону правильного смыкания.

В качестве разобщающих конструкций можно использовать сплинты, окклюзионные накладки из композитных материалов, брекеты Bite Turbos. Иногда целесообразно сочетать съемные и несъемные разобщающие конструкции. В зависимости от патологии, окклюзионные накладки размещают либо на небной поверхности верхних фронтальных зубов (достаточно двух накладок или брекетов Bite Turbos) либо

на мезиальных щечных буграх нижних 2-х моляров. Возможны и другие варианты: например, разобщение на 1-х нижних молярах при необходимости вколачивания боковых зубов или при не прорезанных 2-х молярах. Достаточно часто встречается ситуация, когда нам необходимо разобщение во фронтальном участке, но сагиттальная дезартикуляция столь велика, что накладки просто не достают до нижних резцов. Тогда мы сначала устанавливаем накладки более дистально, а позже, после уменьшения сагиттальной щели (не без помощи ранних эластиков) меняем их на фронтальные.

Что касается эластиков, то общая схема их использования выглядит следующим образом:

- начальная стадия лечения (круглые NiTi и CuNiTi дуги) — эластики силой 2—3 унции (60—85 гр), размером 1/8—5/16 дюйма (3,18—7,94 мм);
- промежуточная стадия лечения (квадратные и прямоугольные NiTi и CuNiTi дуги) — эластики 3,5—4,5 унции (100—130 гр), размером 1/8—3/8 дюйма (3,18—9,35 мм);



Фото 16—24. Разобщение на Bite Turbos, а также устранение дезартикуляций и ранняя коррекция в сагиттальной плоскости при помощи эластиков. Разница во времени между первым и последним снимками — 8 месяцев

- завершающая стадия лечения (жесткие прямоугольные SS и TMA дуги) — эластики 6—8 унций (170—230 гр), размером 1/8—3/8 дюйма (3,18—9,35 мм);
- стадия детализации (различные комбинации дуг) — эластики силой от 2-х до 6-ти унций (60—230 гр), размером от 1/8 до 5/8 дюйма (3,18—15,9 мм).

Безусловно, эта схема дает лишь общее представление об использовании эластиков. Сейчас мы руководствуемся подробными алгоритмами, подобранными под каждую конкретную патологию, но эти материалы невозможно уместить в рамки одной статьи. Они

требуют отдельного изучения на клинических курсах и семинарах.

Возвращаясь к вопросу использования «ранних эластиков» и «разобобщения прикуса», предлагаю к рассмотрению несколько клинических примеров из собственной практики. Обратите внимание на то, что дополнительная внутри- и внеротовая аппаратура не использовалась (фото 1—24).

Ну и конечно выводы для ленивых, горячо мною любимых, т.к. именно ленивые — двигатели прогресса.

Таким образом, основное преимущество от раннего разобобщения прикуса

и ранних эластиков в сочетании с пассивно-самолигирующимися брекет-системами, это сокращение продолжительности лечения за счет ранней коррекции в вертикальной, сагиттальной и трансверзальной плоскостях. Кроме этого мы получаем дополнительный бонус в виде лучшей адаптации пациентов к эластикам, которые они используют с самого начала лечения. В психологическом плане тоже плюс, т.к. гораздо проще представить эластики как неотъемлемую часть лечения, чем вводить их лишь на завершающих этапах.

## ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

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

**Расскажите пожалуйста, что собой представляет система «Инвизилайн»?**

*Врач-стоматолог, Ю. С. Федоренко, г. Киев.*

С каждым годом ортодонтические пациенты становятся более требовательные к эстетике. Стандартные пластинки и брекет-системы не удовлетворяют эти требования. В 2000 году в США была разработана система невидимого лечения Invisalign (Инвизилайн). Само название технологии Инвизилайн состоит из двух английских слов и может быть переведено как «невидимое выравнивание».

В системе Инвизилайн вместо брекетов корректирующее давление на зубы создают элайнеры — прозрачные съемные каппы, набор которых по Вашему заказу изготовят в Калифорнийской лаборатории (США).

К преимуществу системы следует отнести: отсутствие стационарной фиксации каппы на поверхности зубов; каппа продолжает оставаться во рту во время приема пищи; не осложняет гигиену полости рта; система Инвизилайн практически незаметна и не портит улыбку.

Процесс ортодонтического лечения обычно происходит при следующих

условиях: каппы надевают на оба зубных ряда; время лечения может составить от 7 до 24 месяцев, в зависимости от степени сложности случая; необходимое количество капп, используемых в процессе лечения, также зависит от степени сложности случая и варьирует от 18 до 40 пар, соответственно; каждую каппу следует носить не менее 22 часов в сутки. Снимать ее необходимо только во время еды и чистки зубов; каппы следует носить последовательно: каждую каппу носят 2—3 недели (за этот срок происходит восстановление костной ткани), после чего меняют на новую и зуб перемещается, согласно плану лечения; необходимо проводить контрольные осмотры с периодичностью около 6—7 недель.

После ортодонтического лечения обязательен ретенционный период.

**Расскажите что представляет собой система Forsus EZ2?**

*Врач-стоматолог Ю. Г. Козлова, г. Волгодонск.*

Корректор дистального прикуса Forsus является последней инновацией

в разработке аппаратов для коррекции Класса II.

Применяется для повышения эффективности лечения Класса II в постоянном периоде прикуса путем сокращения сроков лечения (до 4—6 недель) за счет несъемного постоянного использования в комбинации с вестибулярными брекет-системами.

Forsus EZ2 — несъемный аппарат, который состоит из стержня, уникальной клипсы, которая легко защелкивается в стандартную трубку для лицевой дуги и телескопической пружины.

Активация достигается за счет мандибулярного стержня, который скользит по назубной дуге нижней челюсти. Один конец стержня входит в пружину, а другой в виде петли подвижно фиксируется на дуге позади клыка. Дополнительная активация достигается установкой зажимных стопоров на стержень. Для работы необходимы щипцы Вейнгарта любого варианта.

Последняя модификация EZ2 удобна в использовании для врача, относительно комфортна для пациента и лишена практически всех недостатков прошлых моделей Forsus.