

## РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРЕКЕТ-СИСТЕМОЙ

У детей 7—9 лет в сменном прикусе имеются постоянные центральные и боковые резцы и первые моляры. В зависимости от клинической ситуации, психологического состояния и способности ребенка к сотрудничеству можно принять решение о выборе метода лечения — съемной или несъемной аппаратурой. Сложные аномалии невозможно вылечить при помощи простого ортодонтического аппарата. Типичной несъемной аппаратурой в период сменного прикуса является техника 2x4 — 2 кольца (замки под бондинг) на молярах и 4 брекета на резцах. Несмотря на то, что брекет-система устанавливается всего на 6 зубов, цель раннего лечения — не столько получение идеальной окклюзии, как создание лучших условий для последующего прорезывания постоянных зубов и формирования правильного прикуса.

Поскольку существует предел времени и терпения, которые родители и пациент готовы уделить для ортодонтического лечения, а также учитывая индивидуальные сроки прорезывания постоянных зубов, необходимо определиться с предполагаемыми объемами ортодонтического вмешательства.

Первым этапом является частичное лечение с последующей ретенцией до прорезывания всех постоянных зубов. В очень благоприятных случаях последующего лечения может больше не понадобиться. В период сменного прикуса при наличии несъемного ретейнера не исключается применение съемной аппаратуры. Например, для коррекции сагиттального соотношения. Далее, ребенку с комплексной проблемой после раннего ортодонтического лечения, скорее всего, может понадобиться второй этап лечения в период постоянного прикуса.

В некоторых случаях при тяжелых аномалиях прикуса разделение на фазы не происходит. Лечение происходит перманентно с момента постановки аппарата 2x4 до прорезывания остальных постоянных зубов и достижения оптимальной окклюзии.

### Рассмотрим клинические примеры.

Пациент Н. П., 7 лет, (рис. 1) — закрытие диастемы с помощью несъемной аппаратуры (двух брекетов). Перемещение зубов произошло за 2 месяца. Сразу после закрытия диастемы необходима ретенция, обычно требующая фиксации несъемного ретейнера до прорезывания постоянных боковых резцов.



Рис. 1.

Пациент П. Е., 8 лет (рис. 2) — дистальный прикус (II Класс, 2 подкласс), скученность резцов в.ч. Для коррекции скученности установлен несъемный аппарат 2x4. В течение 5 месяцев проводилось выравнивание. После снятия брекетов изготовлен ретенционно-

функциональный съемный аппарат Андресена-Гойпля для исправления дистального прикуса.



Рис. 2.

Пациент З. Д., 9 лет (рис. 3) — скученность резцов в.ч. и дефицит места для прорезывания постоянных клыков. Вариантами выбора в данном случае были: 1) ожидание прорезывания дистопированных клыков; 2) использование съемного расширяющего аппарата; 3) раннее лечение несъемной аппаратурой, что и было выбрано. Проводилось выравнивание скученности, раскрытие промежутков для клыков, ожидание прорезывания их в альвеолярном гребне, окончательная установка всех зубов в общей дуге. При других вариантах лечения невозможно было бы получить столь дифференцированного расширения зубной дуги без потери ангуляции/инклинации зубов в краткие сроки.

У пациента Е. А., 9 лет (рис. 4) лечение проводилось непрерывно с момента установки брекетов на резцы, до прорезывания



Рис. 3.



Рис. 4.

всех постоянных зубов, установки полного несъемного аппарата и окончательного формирования постоянного прикуса.

Во время первого визита индекс гигиены по Green-Vermillion был высокий (2,0), индивидуальная гигиена оценивалась как неудовлетворительная (рис. 4). Была проведена профессиональная гигиена полости рта. Следует отметить желание юного пациента к сотрудничеству, так как постановка брекет-системы была возможна в случае хорошей индиви-

дуальной гигиены полости рта. Через 2 недели определена хорошая индивидуальная гигиена полости рта по индексу Green-Vermillion, и назначен визит для фиксации несъемной аппаратуры. На протяжении ортодонтического лечения замечаний относительно неудовлетворительной гигиены полости рта не было. После снятия системы не определено ни одной новой кариозной полости.

По мере выравнивания фронтальной группы зубов (рис. 5) и прорезывания

остальных постоянных зубов, на них устанавливались брекететы (рис. 6, 7, 8), проводилось выравнивание зубной дуги (рис. 7, 8), использовались межчелюстные эластичные тяги по II Классу (рис. 9). Проводилась детализация (рис. 10, 11) и консолидация прикуса (рис. 12). Лечение завершено на сформированном прикусе постоянных зубов (рис. 13). Период активного лечения составил 30 месяцев.

Как видно из представленных случаев, даже при одновременном наличии таких

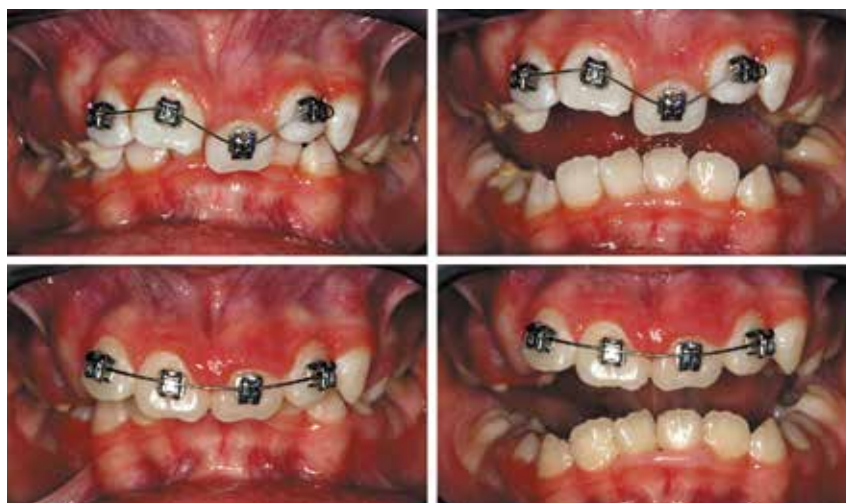


Рис. 5.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.

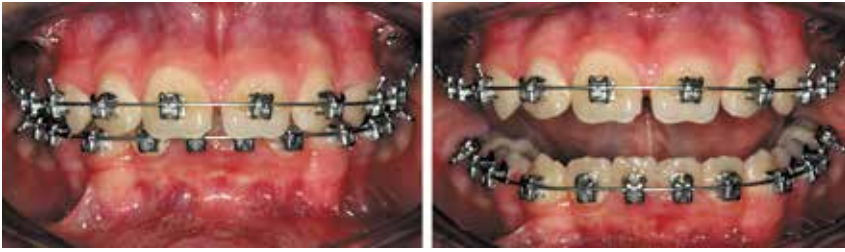


Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.



Рис. 13.



факторов как несъемная аппаратура, длительность лечения, незрелая эмаль постоянных зубов, развития кариозного процесса можно избежать при соблюдении качественной индивидуальной гигиены

и проведении профессиональной гигиены полости рта. Ортодонтическое лечение несъемной аппаратурой может быть методом выбора в случаях лечения пациентов в сменном прикусе. Ранняя норма-

лизация прикуса у детей может устранить необходимость продолжения лечения в подростковом возрасте полностью или уменьшает длительность и объем вмешательства.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уильям Р. Проффит. Современная ортодонтия. — М.:«МЕДпресс-информ» 2006. — С.352
2. Деклан Миллет, Ричард Уэлбери. Решение проблем в ортодонтии и детской стоматологии. — М.:«МЕДпресс-информ» 2009.
3. Graber, Vanarsdall, Vig. Orthodontics. Current Principles & Techniques. 2005, pp. 551, 760-824.