

## СЪЕМНЫЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИЕ АППАРАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

Рустамов Обидхон Илхомхон огли  
Муртазаев Саидазим Саидазамович  
Джурабоева Нилуфар Абдухалил кизи

**Аннотация:** В статье представлены результаты анализа современных публикаций по проблеме лечения дистальной окклюзии у растущих пациентов с помощью современных ортодон-тических устройств. Требуется более широкое освещение вопросов лечения дистальной окклюзии в период формирования постоянного прикуса съемными функционально-механическими аппаратами.

**Ключевые слова:** зубочелюстные аномалии, дистальная окклюзия, лечение.

## REMOVABLE ORTHODONTIC DEVICES OF COMBINED ACTION

Rustamov Obidkhon Ilkhkhon ogli  
Murtazaev Saidazim Saidazamovich  
Dzhuraurava Nilufar Abdukhalil qizi

**Annotation:** The article presents the results of modern publications analysis of distal occlusion treatment for growing patients by means of modern orthodontic devices. More comprehensive consideration of distal occlusion treatment at a time of permanent occlusion development by removable functional and mechanical apparatus is required.

**Key words:** Dentoalveolar anomalies, distal occlusion, treatment.

За последние десятилетия в отечественной ортодонтии появилось множество новых методик и средств лечения дистальной окклюзии зубных рядов. Многие исследователи считают, что современный подход к лечению зубочелюстных аномалий должен быть комплексным и учитывать всю многофакторность этого заболевания. Одни авторы придерживаются мнения о необходимости раннего ортодонтического лечения, другие считают, что аппаратное лечение следует проводить в период постоянного прикуса. Приоритетным при выборе плана лечения является улучшение стоматологии эстетики лица при нормализации окклюзии зубных рядов и функций челюстно-лицевого комплекса. В последние годы большое распространение в лечении аномалий и деформаций прикуса у детей получила съемная ортодонтическая аппаратура. В ряде исследований установлено, что съемные ортодонтические аппараты являются наиболее эффективными приспособлениями для достижения оптимальных результатов при лечении дистальной окклюзии зубных рядов у подростков, когда при достаточно сформированной эмали зубочелюстная система пациента находится в периоде активного роста. Особенностью современных ортодонтических съемных аппаратов является частое использование стандартных конструкций. В настоящее время используют съемные пластиночные аппараты с различным расположением винтов (определенной величины, размера и количества), соответственно участку, который необходимо расширить или переместить вестибулярно. В детской ортодонтической практике в основном используются два типа съемных ортодонтических аппаратов: механически действующие и функциональные. В последнее время стали предлагаться ортодонтические двучелюстные приспособления из эластомерных материалов.

В период прикуса постоянных зубов лечение проводят с применением техники edgewise или straight wire. В период роста и развития зубочелюстной системы нарушения на скелетном уровне в сагиттальном направлении можно компенсировать за счет воздействия на рост с целью его стимуляции или сдерживания. В этом случае используют функциональные ортодонтические аппараты,

оказывающие протрузионное действие. По мнению ряда исследователей, следует отдавать предпочтение функционально действующим, или комбинированным съемным аппаратам, которые воздействуют не только на зубной ряд, но и на мягкие ткани, оказывая опосредованное действие на костные структуры; блокируют вредные привычки.

В настоящее время происходит интеграция механических и функциональных методов лечения в ортодонтии, задачи которой — нормализация окклюзии и создание миодинамического равновесия мышц челюстно-лицевого комплекса, что оптимизирует функционирование ВНЧС и зубочелюстной системы. С клинической точки зрения важно, что использование функционально-механической лечебной аппаратуры сокращает сроки ортодонтического лечения при создании стабильной окклюзии. Функциональные аппараты и аппараты комбинированного действия, применяющиеся при лечении дистальной окклюзии, обусловленной нижней ретромикрогнатией, имеют один общий аспект — они смещают нижнюю челюсть вперед.

Имеются рекомендации проводить ортодонтическое лечение, чередуя механически действующие аппараты с комбинированными [19]. Существуют различные комбинации функционально-механических ортодонтических аппаратов. Во многих случаях при лечении дистальной окклюзии зубных рядов в процессе лечения чередуются аппараты сочетанного действия с дугowymi. В ортодонтии для расширения зубных дуг и перемещения отдельных зубов широко применяют съемные аппараты с пружинами и вестибулярными дугами. R.K. Bennett et al. и D.G. Snodgrass описали модификацию конструкций и клиническое использование двух гибридных конструкций Pendulum и Pendex. J.J. Hilgers сообщает, что пружины, используемые в данных конструкциях, действуют на моляры верхней челюсти с силой примерно 230 г с каждой стороны, при этом обычное дистальное перемещение моляра составляет приблизительно 5 мм за период от 3 до 4 мес. В большинстве случаев авторы рекомендуют использовать конструкцию Pendex при наличии тенденции к поперечному сужению верхней челюсти у пациентов с окклюзией. В последние годы уделяется много внимания особенностям ортодонтического лечения подростков с ЗЧА после полного формирования прикуса с применением ортодонтических аппаратов нового поколения, арсенал которых в настоящее время достаточно велик. Одним из них является аппарат Гербста в различных модификациях. Считается, что выбор ортодонтического аппарата зависит от исходного нарушения положения первых постоянных моляров верхней челюсти. Данные литературы показывают, что дистализация моляров становится все более популярным вариантом для решения дистального прикуса II класса. При лечении детей с дистальной окклюзией, обусловленной верхней промакрогнатией, чаще всего используется лицевая дуга с внеротовой тягой. Многие ортодонты считают, что использование лицевой дуги должно в основном ограничивать рост верхней челюсти, в то время как применение функциональных аппаратов должно стимулировать рост нижней челюсти.

Однако, по мнению некоторых авторов, способ использования лицевой дуги в сочетании с внеротовой тягой доставляет ощутимое неудобство пациенту. Результаты рандомизированного контролируемого испытания Bondemark L показали, что для создания дистальных движений первых моляров верхней челюсти применение внутриротового прибора более эффективно, чем применение внеротового прибора. Сообщают, что при лечении дистальной окклюзии зубных рядов с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры в сочетании со съемными вспомогательными аппаратами функционально-направляющего действия получили хорошие результаты лечения. Достигнуты нейтральное смыкание первых моляров, правильное резцовое перекрытие и множественные фиссурно-бугорковые контакты в боковых отделах. Нормализовалась форма и размеры верхней и нижней зубных дуг. В результате лечения улучшились параметры, характеризующие положение обеих челюстей при сохранении их ретропозиции.

#### Список литературы:

1. Алимова М.Я. Особенности функциональной диагностики зубочелюстных аномалий в сагиттальной плоскости / М.Я. Алимова, О.Ш. Григорьева // Ортодонтия. — 2010. — № 3. — С. 18-25.

2. Байер И. Лечение аномалий окклюзии с помощью системы ортодонтических элайнеров Invisalign / И. Байер // Стоматолог-практик. — 2019. — № 1. — С. 42-45.
3. Арсенина О.И., Иванова Ю.А., Попова Н.В., Попова А.В. Раннее ортодонтическое лечение детей с зубочелюстными аномалиями в период смены зубов с использованием несъемной ортодонтической техники // Стоматология. 2015. Т. 94, № 4. С. 80-90