

# ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ САМОЛИГИРУЮЩЕЙСЯ СИСТЕМОЙ DAMON

Гарбацевич Н.А., Обейд Айман

Белорусский Государственный медицинский университет  
Кафедра ортодонтии

В настоящее время предлагаются 2 основных вида самолигирующихся систем брекетов: активные и пассивные. При активном самолигировании дуга прижимается ко дну паза брекета, а при пассивном – находится в пазе свободно. В пассивной самолигирующейся системе Damon свободному расположению дуги в пазе брекета способствует ее суперэластичность, в результате которой, дуга развивает очень слабые силы в процессе лечения, в связи с чем пассивные самолигирующиеся системы не требуют таких дополнительных приспособлений, как например, лицевые дуги, аппарат Дерихсвайлера для быстрого небного расширения и др. Это значительно экономит время работы врача. Индивидуальные значения торка брекетов позволяют реже удалять отдельные зубы при их скученности, что способствует улучшению эстетики лица: можно избежать уплощения лица, появления «темных коридоров» и т.д.

**Цель работы:** проанализировать изменения, происходящие на уровне зубов, зубных рядов и прикуса при лечении зубочелюстных аномалий брекетами Damon без удаления отдельных зубов.

**Материал и методы.** Проведено измерение 34 пар моделей челюстей взрослых пациентов с различными зубочелюстными аномалиями до и после лечения брекетами Damon по следующим параметрам: длина зубной дуги, ширина зубной дуги в области премоляров, моляров и клыков, длина переднего отрезка дуги. Проведено сравнение полученных результатов до и после лечения, а также с рассчитанной нормой по Линдеру-Харту и Корхгаузу.

**Результаты.** Длина зубной дуги верхней и нижней челюстей после проведенного лечения увеличилась не значительно. Полученные данные подтверждаются рядом исследователей [1,2,3,4].

Наибольшее расширение зубных дуг произошло в области первых премоляров верхней и нижней челюстей (на  $3,70 \pm 0,79$ мм и  $3,85 \pm 0,81$ мм соответственно). Однако, по сравнению с нормой по Линдеру – Харту на верхней челюсти ширина зубной дуги осталась меньше нормы на  $1,77 \pm 0,67$ мм, а на нижней стала больше нормы на  $2,07 \pm 0,79$ мм. Это несоответствие, по-видимому, указывает на идентичность ширины верхней и нижней зубных дуг, о чем сообщается в исследованиях ряда авторов. В области моляров расширение верхней зубной дуги равно  $1,54 \pm 0,77$ , на нижней челюсти расширение недостоверно. По сравнению с нормой по Линдеру – Харту ширина верхней зубной дуги в области моляров не достигла рассчитанной индивидуальной нормы на  $2,95 \pm 0,66$ мм.

В области клыков, как на верхней, так и на нижней челюсти достоверно значимых изменений не произошло.

Длина передних отрезков верхней и нижней зубных дуг практически не изменилась после лечения. По сравнению с рассчитанной по Корхгаузу нормой длина их до лечения была меньше на  $2,36 \pm 0,6$  мм и  $2,28 \pm 0,6$  мм соответственно. После лечения длина переднего отрезка верхней зубной дуги не достигла нормы на  $1,28 \pm 0,48$  мм, а нижней – на  $1,70 \pm 0,48$  мм. Это не противоречит выводу, основанному на собственном исследовании и подтвержденному работами других авторов, о незначимом изменении длины зубных дуг, в том числе и их передних отрезков, до и после лечения брекетами Damon. Основные изменения происходят за счет значительного расширения зубных дуг в области премоляров и моляров. Полученные данные не подтверждают предположений некоторых авторов о возникновении рецессии десны, протрузии резцов и клыков после лечения брекетами Damon. Изучение моделей челюстей пациентов до лечения и после его завершения системой Damon, а так же сравнение полученных результатов с существующими нормами показало высокую эффективность метода, обусловленную точными расчетами свойств брекетов, дуг, эластических элементов, предложенных автором и запрограммированных на высокий результат.

#### «Литература»

1. Adkins MD, Nanda RS, Gurrier GF. Arch perimeter changes on rapid palatal expansion. Am J. Orthod Dentofacial Orthop 1990; 97: 194 – 199
2. Akkaya S, Lorensen S, Usem T T. Gazi University, Ankara, Turkey European Journal of Orthodontis 1998; 20: 255 – 261.
3. Germane N, Lindauer SJ, Rubenstein LK, Revere JH, Isaacson RJ. Increase in arch perimeter due to orthodontic expansion. Am Orthod Dentofacial Orthop 427 – 100:421; 1991
4. Norosi H, Diavidi GE, Moeinzad H, Teimouri A, Prediction of arch perimeter changes due to orthodontic treatment Am Orthod Dentofacial Orthop 607 – 122:601; 2002

Гарбацевич Нина Андреевна, доцент кафедры ортодонтии, кандидат медицинских наук, Минск, ул. Матусевича д. 21, кв. 261.

Обейд Айман, клинический ординатор, Минск, ул. Берута д. 17, к. 1, кв. 75.