

# **Экструзия первых постоянных моляров нижней челюсти ПРИ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ. МЕХАНИКА ДЛЯ СЛУЧАЯ РАССАСЫВАНИЯ КОРНЯ БОКОВОГО РЕЗЦА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СПРАВА, ВЫЗВАННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЕМ ПРИЛЕГАЮЩЕГО КЛЫКА**

**К.М. Шишкин, к.м.н., ассистент**

**М.К. Шишкин**

Стоматологическая поликлиника «Ортодонт», Самара

**лечение  
зубочелюстно-лицевых  
аномалий и деформаций**

**Э**кструзия первых постоянных моляров нижней челюсти является важной составляющей ортодонтической коррекции дистальной окклюзии. В качестве опоры для межчелюстной тяги по II классу эффективно использование микроимплантатов, установленных между премолярами верхней челюсти.

**Ключевые слова:** экструзия моляров, дистальная окклюзия, микроимплантаты.

лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций

Знание и умение ортодонта интегрируются в ортодонтическом лечении. Успешный результат означает, что его стратегия и тактика выбраны правильно. Анализ лечения каждого пациента является основой в развитии научных знаний и совершенствовании практических приемов.

Цель исследования – на клиническом примере показать значимость экструзии первых постоянных моляров нижней челюсти при коррекции дистальной окклюзии. Представить механику для случая рассасывания корня бокового резца верхней челюсти справа, вызванного прорезыванием прилегающего клыка.

## **Клинический пример**

Пациентка К.А., 10 лет 4 мес, обратилась в стоматологическую поликлинику «Ортодонт» с жалобой на неправильное положение зубов (рис. 1).

На ортопантомограмме (ОПТГ) – незначительное увеличение фолликула зачатка правого клыка верхней челюсти, коронка которого проецируется на корень прилегающего бокового резца (рис. 2).

Регулирование процессов прорезывания постоянных зубов проводили путем последовательного удаления молочных. В 12 лет 5 мес – контрольное обследование (рис. 3–5). Заметно уменьшение длины корней зубов относительно их коронок, ярко выраженное на верхней челюсти.



**Рис. 1. Вид пациентки (а) и окклюзия зубных рядов (б) до лечения, в 10 лет 4 мес.**



Экструзия первых постоянных моляров нижней челюсти при коррекции дистальной окклюзии. Механика для случая рассасывания корня бокового резца верхней челюсти справа, вызванного прорезыванием прилегающего клыка

К.М. Шишкин, М.К. Шишкин



Рис. 2. Ортопантомограмма в 10 лет 3 мес.



б

Рис. 3. Вид пациентки (а) и окклюзия зубных рядов (б) в возрасте 12 лет 5 мес.



Рис. 4. Ортопантомограмма в 12 лет 4 мес.

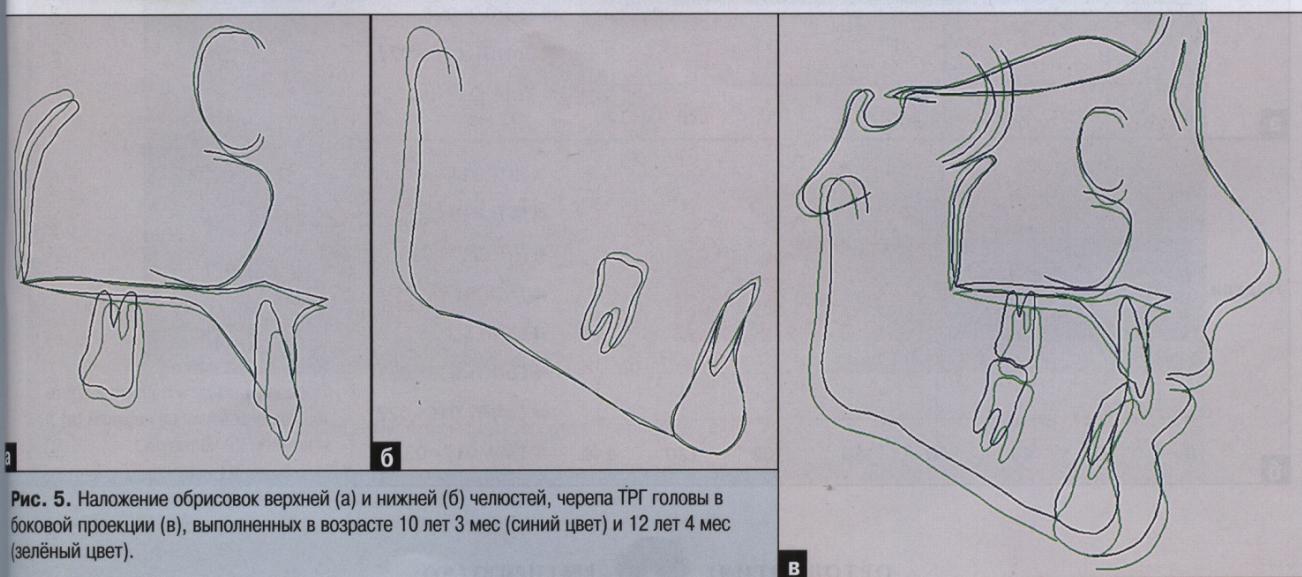


Рис. 5. Наложение обрисовок верхней (а) и нижней (б) челюстей, черепа ТРГ головы в боковой проекции (в), выполненных в возрасте 10 лет 3 мес (синий цвет) и 12 лет 4 мес (зелёный цвет).

В 12 лет 6 мес установлен «Pendulum/Pendex» на срок 9,5 мес. После снятия аппарата зафиксирована кнопка «Nance», длительность её использования 8 мес. В 14 лет установлена эджуайз-техника: на нижней челюсти брекет-система «Alexander SL», на верхней – «Damon-3» и три накусочных брекета.

Через 6 мес после установки брекетов пациентка по жаловалась на ноющую боль под десной и наличие полости в боковом резце верхней челюсти справа (рис. 6).

Объективно: полость под десной с нёбной поверхности, зондирование резко болезненно. На RVG резорбция корня с дистальной поверхности более половины его длины; разряжение в периапикальной области. Зуб сохранили в течение года, затем удалили; в альвеолу заложили Collo Plug. Через 1,5 мес после удаления зуба установили дентальный имплантат Nobel Active раз

мером  $3,5 \times 13$  мм; применена мембрана «Bio-Guide». Коронку удаленного зуба использовали как косметическую фасетку с фиксацией сначала на проволочной дуге, затем на дентальном имплантате.

Через 1 мес после дентальной имплантации для наложения межчелюстной тяги установили вестибулярно между премолярами верхней челюсти два микроимплантата «Dentos FH 1716-09» (справа и слева). Микроимплантаты удалили за 1 мес до снятия брекетов и использовали в течение 7,5 мес для наложения эластичной тяги «Coguar» с первых постоянных моляров нижней челюсти. В этот период на нижней челюсти проволочную дугу CoNiTi .017×.025 отsekli за первыми постоянными молярами. В процессе ортодонтической коррекции применяли проволочные дуги различного сечения (рис. 7).



Рис. 6. «Срез» компьютерной томограммы верхней челюсти пациентки в возрасте 15 лет.

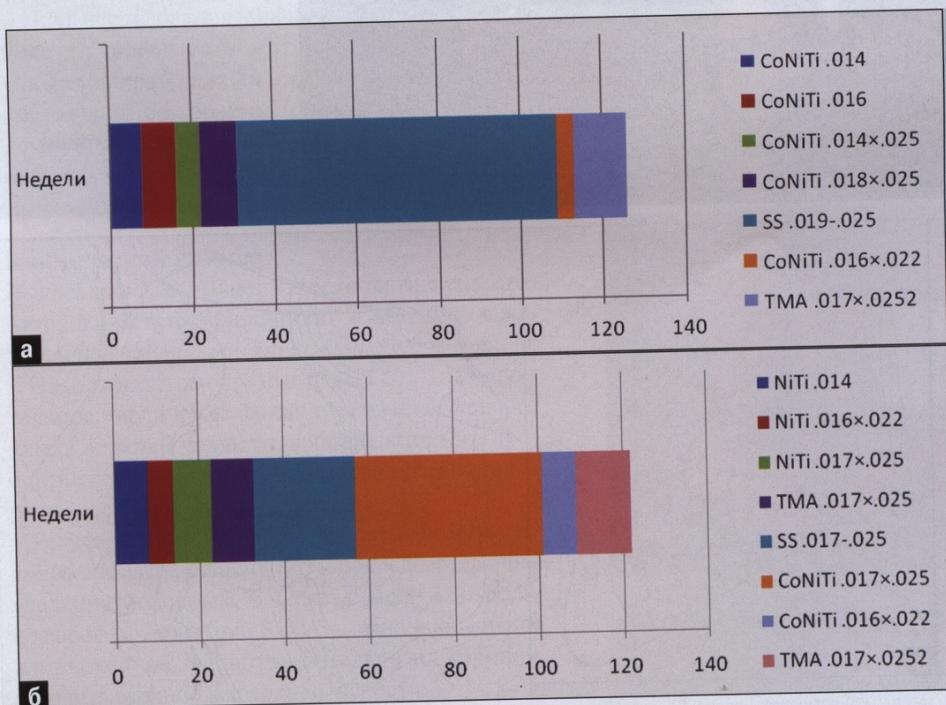


Рис. 7. Диаграмма. Проволочные дуги и длительность их использования на верхней (а) и нижней (б) челюстях.

Длительность лечения с помощью брекет-системы составила 31 мес. Сделали ОПТГ и обрисовки ТРГ головы в боковой проекции после окончания ортодонтического лечения (рис.8, 9).

После снятия брекетов боковой резец верхней челюсти справа восстановлен керамической коронкой «Impress 2» на циркониевом аттачменте.

За период с 12 лет 4 мес до 16 лет 6 мес проинклиация резцов верхней челюсти составила  $7,2^\circ$ , нижней –  $13,1^\circ$ . Угол NAB увеличился на  $3,4^\circ$ , а угол ANB уменьшился на  $1,2^\circ$ . Длина тела нижней челюсти увеличилась на 2 мм, однако произошло значительное увеличение высоты ее ветви (рис. 10, 11).

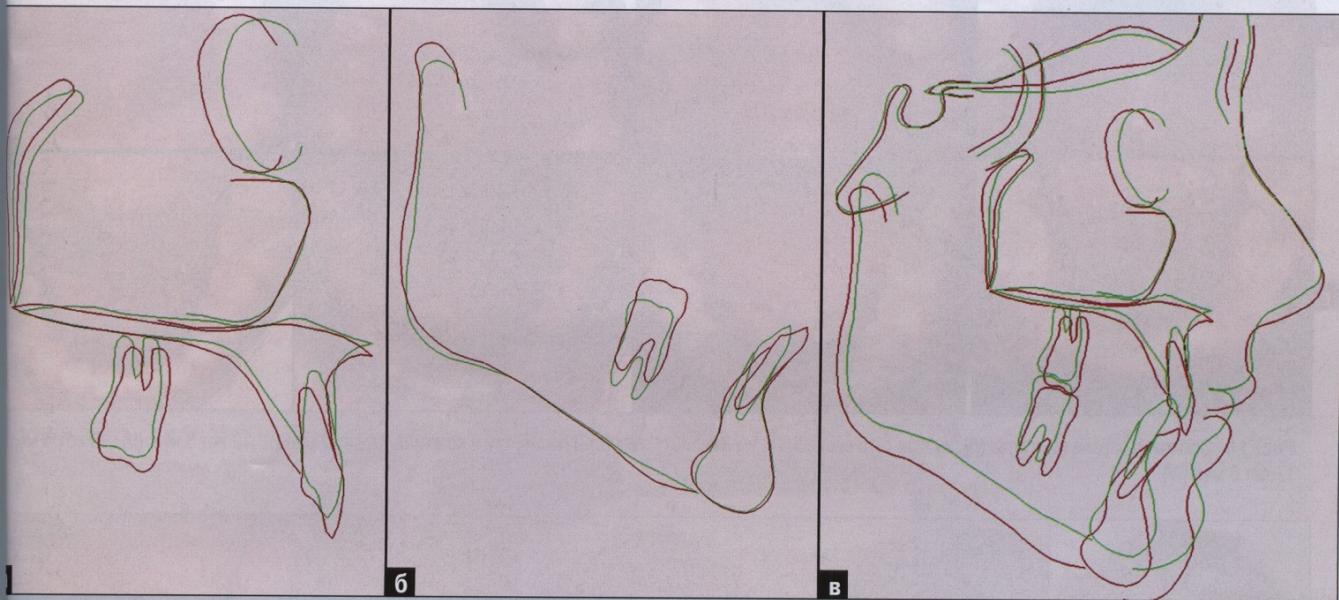


Рис. 8. Наложение обрисовок верхней (а) и нижней (б) челюстей, черепа ТРГ головы в боковой проекции (в), выполненных в возрасте 12 лет 4 мес (зелёный цвет) 16 лет 6 мес (красный цвет).



Рис. 9. Ортопантомограмма пациентки в возрасте 16 лет 6 мес.



Рис. 10. Оклюзия справа (а), слева (б), зубная дуга верхней (в) и нижней (г) челюстей пациентки в возрасте 10 лет 4 мес (I), 12 лет 5 мес (II), 16 лет 4 мес (III), 17 лет 8 мес (IV).



Рис. 11. Вид пациентки (а) и оклюзия зубных рядов пациентки в возрасте 17 лет 8 мес.

### Заключение

Использование тяги II класса «Coguar» с выраженным вертикальным вектором и проволочной дуги на нижней челюсти CoNiTi .017×.025, отсеченной за первыми постоянными молярами, обеспечило экструзию первых моляров нижней челюсти. Соответствующие изменения вертикальных взаимоотношений резцов сделали возможной сагиттальную коррекцию оклюзии. Микроимплантаты, установленные между первыми и вторыми премолярами верхней челюсти, позволили провести дентальную имплантацию и юстировку зубов одновременно с ношением тяги II класса.

*The extrusion of the first permanent molars of the mandibula during orthodontic correction of class II the malocclusion. Method of treatment for the case with a resorption of the root of the right lateral incisor on maxilla, caused by eruption of the adjacent canine*

*Shishkin K.M., Shishkin M.K.*

*T*he extrusion of the first permanent molars of the mandibula is an important part of orthodontic correction of the class II malocclusion. As a support for intraoral elastics (II class) it will be efficient to use microimplants placed between premolars of maxilla.

*Key words: the extrusion of the first permanent molars, the malocclusion class II, microimplants.*