

нарушения окклюзии и методы ее нормализации.— Пермь, 1990.— 447 с.

6. Эль-Нофели А. Сравнительная оценка современных методов диагностики и лечения дистального прикуса: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1964.— 32 с.

## Показания к удалению отдельных постоянных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю

Е. С. Бимбас, С. Р. Булатова  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

Выбор метода лечения при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю является актуальной проблемой современной ортодонтии. Разнообразие клинических проявлений данной патологии затрудняет дифференциальную диагностику. До сих пор наблюдается высокий процент рецидивов после лечения. Остается дискуссионным вопрос о показаниях к удалению отдельных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса. Так, Arvystas [4], Farmand [7] и другие исследователи указывают на нецелесообразность удаления постоянных зубов даже в тяжелых случаях данной аномалии, в то время, как Hirzel [8], Ehmer [6], Diernberger [5] сообщают о необходимости удаления зубов. Однако не определены параметры для обоснования того или иного метода лечения.

Цель данной работы — определение морфологических критериев, с помощью которых можно было бы объективно определить показания к удалению отдельных постоянных зубов при дизокклюзии II класса 2 подкласса по Энглю.

Материал и методы. Мы обследовали клинически 20 пациентов в возрасте от 12 до 36 лет, имеющих дизокклюзию II класса 2 подкласса по Энглю. У всех были изучены контрольно-диагностические модели по методикам Nance, Pont, Ton, Korkhaus, Howes, дополненным Снагиной, Gerlach [1]. Изучены боковые телерентгенограммы головы по методикам Schwarz, Bimler, Tweed [2].

Критериями выбора метода лечения являлись дефицит места для постоянных зубов в зубной дуге (ЗД) по данным КДМ, осевое положение верхних центральных

резцов к базису одноименной челюсти. Проведен анализ результатов лечения.

Результаты исследования. В процессе лечения мы стремились к нормализации межрезцового угла, что является фактором стабильности результатов лечения.

При устранении ретрузии верхних резцов ЗД удлиняется, за счет этого устраняется тесное положение зубов. Однако следует учитывать дефицит места в ЗД и степень ретрузии верхних резцов. Так, при осевом положении верхних резцов к плоскости SpP до  $80^\circ$  и дефиците места до 4 мм окклюзия нормализовалась без удаления зубов (4 больных). При дефиците места в ЗД 4 мм более было показано удаление зубов (3 пациента).

При осевом положении верхних резцов к плоскости SpP  $80^\circ$ — $90^\circ$  удаление зубов требовалось при дефиците места более 6 мм (5 больных), у остальных за счет устранения более выраженной ретрузии в достаточной степени удлинялась и ЗД (3 пациента).

Если ретрузия резцов составляла более  $90^\circ$  к базису ВЧ, то за счет ее исправления устранялось тесное положение зубов при дефиците места в ЗД до 8—9 мм (3 человека). У 2 пациентов дефицит места составил более 10 мм, и им были удалены 1-е премоляры.

Следует отметить, что определяемая клинически ретрузия должна быть подтверждена рентгенологически. Это связано с наличием у некоторых пациентов угла между корнем и коронкой резца (угол collum).

Таким образом, для выбора метода лечения рекомендуется учитывать осевой наклон резцов ВЧ к ее базису, дефицит места в ЗД.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ужумецкене И. И. Методы исследования в ортодонтии.— М., 1970.— 199 с.
2. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортодонтии.— М., 1976.— 151 с.
3. Хорошилкина Ф. Я., Зубкова Л. П. Удаление отдельных зубов с целью исправления зубочелюстных аномалий.— М., 1977.— 181 с.
4. Arvystas M. G. // Amer. J. Orthodont.— 1991.— Vol. 99, N 1—P. 74—84.
5. Diernberger R. // Fortschr. Kieferorthop.— 1984.— Bd. 45, N 4—S. 284—297.

6. Ehmer U., Tabanci J. // Fortschr. Kieferorthop.— 1990.— Bd. 51, N 4.— S. 208—212.

7. Farmand M. // Fortschr. Kieferorthop.— 1988.— Bd. 49, N 1.— S. 56—61.

8. Hürzel H. C. // Fortschr. Kieferorthop.— 1972.— Bd. 33, N 2.— S. 213—220.

## Некоторые аспекты работы отделения стоматологической имплантологии

Е. А. Вайнштейн, Л. П. Мальчикова, В. В. Ребров,  
М. Е. Шимова, Л. В. Матвеев  
Уральский медицинский институт  
г. Екатеринбург

Негативное отношение стоматологов к оральной внутрикостной имплантации сменилось в настоящее время возрастающим интересом и желанием большого количества врачей заниматься устранением дефектов зубных рядов (ЗР) с применением имплантатов. Подобное наблюдалось в 60—70-е годы нашего столетия, когда неоправданно широкое развитие в стране получила трансплантация зубов. Высокий процент послеоперационных осложнений, связанных с недостаточной теоретической и практической подготовкой стоматологов-хирургов, привел к полной дискредитации метода.

Стоматологическая имплантология имеет два аспекта. Первый (общий) относится к трансплантологии, когда необходимо решить проблемы депрессии и коррекции иммунитета для уменьшения опасности отторжения имплантатов. Второй аспект (частный) — совокупность вопросов, которые могут быть разрешены совместными усилиями хирурга и ортопеда-стоматолога. В течение 2,5 лет мы занимались решением некоторых из них. Освоение имплантации мы начали с организации специализированного отделения, в котором наряду с врачами-стоматологами и зубным техником работает врач-лаборант, умеющий проводить клинические, биохимические и иммунологические анализы. В настоящее время закончено лечение более 200 пациентов с дефектами ЗР различной этиологии и локализации. Имплантацию проводили спустя 9—12 мес. после удаления зубов. Показаниями к операции служили: отсутствие одного зуба в оронтальном отделе ВЧ, включенные дефекты 3 и более