

В.О. Дрок

## Результати лікування зубощелепних аномалій, ускладнених захворюваннями пародонту, у пацієнтів, хворих на сколіоз

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ, Україна

**Мета:** розробити раціональну методіку лікування зубощелепних аномалій, ускладнених захворюваннями пародонту, спрямовану на досягнення стабільності результатів лікування, залежно від щільності кісткової тканини у хворих на сколіоз.

**Пацієнти та методи.** Проведено лікування зубощелепних аномалій у дітей, які страждають на сколіоз різної локалізації та різного ступеня тяжкості з ознаками остеопенічного синдрому. Пацієнти розділені на чотири групи по 24 дитини – три основні та одну порівняння. Розроблено та застосовано метод медикаментозної корекції остеопенічних станів альвеолярного відростка.

**Результати.** Проведено ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій у дітей, які страждають на сколіоз різної локалізації та різного ступеня тяжкості. У пацієнтів зі сколіозом спостерігаються ознаки остеопенічного синдрому.

**Висновки.** Розроблений нами лікувально-профілактичний комплекс показав високу ефективність, що відзначилось відсутністю рецидивів зубощелепних аномалій у ретенційний період ортодонтичного лікування.

**Ключові слова:** сколіоз, остеопенічний синдром, захворювання пародонту, рецидиви.

### Вступ

Зубощелепні аномалії є фактором, що сприяє виникненню захворювань пародонту та погіршує їх перебіг. За наявності зубощелепних аномалій погіршується гігієнічний стан порожнини рота, відбувається порушення мікроциркуляції, може спостерігатись неадекватне навантаження на тканини пародонту. Тому так необхідне ортодонтичне втручання при комплексному лікуванні захворювань пародонту [1, 4, 5]. Відомо, що перебудова тканин ослабленого пародонту при ортодонтичному лікуванні відрізняється від тієї, що спостерігається при інтактному пародонті, тому, що наявні різко виражена резорбція внутрішніх поверхонь альвеолярних лунок і недостатнє компенсаторне нашірвання нової кістки в ретенційний період. Під час ортодонтичного лікування у слизовій оболонці порожнини рота підсилюється злушення епітеліальних клітин, здавлюються кровоносні судини у сполучній тканині, порушуються трофіка епітеліальних тканин, захисні процеси та ферментативна рівновага, змінюється характер рефлекторних реакцій. Унаслідок механічної дії апарата затримується розмноження клітин базального шару епітелію, яке частково компенсується високою здатністю до регенерації слизової оболонки порожнини рота [2, 3].

Сучасні дослідники віддають перевагу використанню незнімної ортодонтичної апаратури для лікування зубощелепних аномалій у підлітків [5, 8], але поряд з високою ефективністю такі методи мають здатність негативно впливати на стан тканин пародонту [3], гігієнічний стан порожнини рота [7], сприяти демінералізації емалі зубів [6]. Тому ведеться активний пошук засобів профілактики, а в багатьох випадках і лікування захворювань пародонту, які можуть виникати під час ортодонтичного лікування.

**Мета** дослідження – розробити раціональну методіку лікування зубощелепних аномалій, ускладнених захворюваннями пародонту, спрямовану на досягнення стабільності результатів лікування, залежно від щільності кісткової тканини у хворих на сколіоз.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети було обстежено 96 пацієнтів віком від 12 до 17-ти років, які звернулись по ортодонтичну допомогу. Усі обстежені пацієнти лікувалися із приводу скученості зубів. При вивченні діагностичних моделей щелеп визначали аномалії розмірів зубів і зубних рядів, розташування зубів, форму зубних рядів. Виявляли порушення співвідношення зубних рядів у трьох взаємоперпендикулярних напрямках. Було сформовано чотири групи.

Перша група (порівняння) – 24 практично здорових пацієнти (9 хлопців і 15 дівчат, середній вік ( $M \pm m$ ) –  $14,9 \pm 0,2$  років). У шести осіб була вкорочена вуздечка язика. Тканини пародонту інтактні. Рівень гігієни добрий.

Друга група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали три хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 6 хлопців і 18 дівчат, середній вік склав  $14,8 \pm 0,2$  року. У десяти хворих була вкорочена вуздечка язика. У пацієнтів спостерігався хронічний катаральний гінгівіт переважно генералізованої форми. Рівень гігієни задовільний. Усі вони отримували традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота.

Третя група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали 4 хворих, II – 4 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 7 хлопців і 17 дівчат, середній вік склав  $14,0 \pm 0,3$  року. У пацієнтів спостерігався хронічний катаральний гінгівіт, переважно генералізованої форми. Рівень гігієни незадовільний. Функціональні порушення мали дванадцять хворих, а саме спостерігався ротовий чи змішаний тип дихання, що супроводжувалося зниженням тонуусу колового м'яза рота. У восьми пацієнтів проведена пластика вкороченої вуздечки язика. Окрім вищезгаданого лікування перед ортодонтичним лікуванням пацієнти отримували аплікації гелю «Холісал» на ясенний край, за наявності функціональних порушень проводилась міогімнастика, після лікування призначався препарат «Кальцій-Д3 Нікомед».

Четверта група – 24 пацієнти, хворих на сколіоз (III–IV ступінь сколіозу мали три хворих, II – 5 хворих, I – 16 хворих). Серед них було 7 хлопців і 17 дівчат, середній вік склав  $14,2 \pm 0,3$  року. У пацієнтів спостерігався хронічний катаральний гінгівіт переважно генералізованої форми. Рівень гігієни незадовільний. Функціональні порушення мали шістнадцять хворих. У них спостерігався ротовий чи змішаний тип дихання, зниження тонуусу колового м'яза рота. У дев'яти осіб була проведена пластика вкороченої вуздечки язика. Перед ортодонтичним лікуванням ці пацієнти отримували ультрафонофорез із гелем «Холісал» на ясенний край, за наявності функціональних порушень для міогімнастики використовувався запропонований нами пристрій для усунення міофункціональних порушень, після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С»  $0,25$  мг по одній таблетці два рази на день після їжі, потім уживання препарату «Кальцій-Д3 Нікомед» по одній таблетці два рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез із  $5\%$  масляним розчином ацетату токоферолу, який проводять почергово з опроміненням ділянки альвеолярного відростка світлом гелій-неонового лазера.

Більшість пацієнтів (83 особи –  $86,5 \pm 3,5\%$ ) мали звуження зубних рядів першого ступеня, у решти 13-ти ( $13,5 \pm 3,5\%$ ) пацієнтів спостерігалось звуження зубних рядів другого ступеня. Слід відзначити, що виділені чотири групи пацієнтів порівняли за віком ( $p > 0,10$ ), статтю ( $p > 0,30$ ), ступенем звуження зубних рядів ( $p > 0,60$ ), а групи хворих зі сколіозом – за ступенем сколіозу ( $p > 0,80$ ). Проводилось ортодонтичне лікування скученості зубів у всіх пацієнтів за допомогою незнімної апаратури а саме, брекет-систем. У ретенційний період використовували знімні ретенційні апарати.

### Результати дослідження та їх обговорення

Результати лікування оцінювалися через дванадцять місяців після закінчення ретенційного періоду ортодонтичного лікування. На прохання з'явитись на обстеження в силу різних обставин відгукнулись не всі пацієнти – 74 особи з 96-ти пролікованих раніше ( $77,1\%$ ). У пацієнтів першої групи рецидивів зубощелепних аномалій не було. Індекс гігієни –  $1,36 \pm 0,05$  розцінюється як хороший. У пацієнтів другої групи часткові рецидиви зубощелепних аномалій спостерігались у чотирьох осіб ( $22,2 \pm 9,8\%$ ), рецидив хронічного катарального гінгівіту – у 16-ти осіб ( $88,9 \pm 7,4\%$ ). Індекс РМА  $13,62 \pm 1,48\%$  свідчить про легку форму цього захворювання, гігієнічний індекс  $2,09 \pm 0,07$  свідчить про незадовільний стан гігієни порожнини рота. У пацієнтів третьої групи рецидиви зубощелепних

аномалій спостерігались в  $11,8 \pm 7,8\%$  випадків (дві особи), рецидиви хронічного катарального гінгівіту – у 5-ти ( $29,4 \pm 11,1\%$ ), гігієнічний індекс задовільний, індекс РМА  $3,57 \pm 1,44\%$  свідчить про легку локалізовану форму цього захворювання. У пацієнтів четвертої групи рецидивів зубощелепних аномалій не виявлено, рецидив гінгівіту мав місце лише у двох осіб ( $10,5 \pm 7,0\%$ ), легка локалізована форма захворювання (індекс РМА –  $1,50 \pm 1,05\%$ ), гігієнічний індекс  $1,54 \pm 0,08$  свідчить про задовільний стан гігієни.

Оцінюючи віддалені результати, можна сказати, що рецидиви зубощелепних аномалій не виникали у практично здорових пацієнтів і пацієнтів зі сколіозом із четвертої групи, що свідчить про ефективність запропонованої нами схеми лікування. У пацієнтів другої групи кількість рецидивів зубощелепних аномалій була достовірно вище, ніж у пацієнтів першої й четвертої груп ( $p < 0,05$  за двостороннім критерієм Фішера), що може свідчити про недосконалість процесів ремоделювання кісткової тканини в пацієнтів другої групи. Третя група займала проміжне положення між усіма групами ( $p > 0,20$  при всіх порівняннях з іншими групами). Рецидиви хронічного катарального гінгівіту спостерігались у пацієнтів усіх трьох груп, хворих на сколіоз, але найнижчим він був у пацієнтів четвертої групи –  $10,5 \pm 7,0\%$ , найвищим у пацієнтів другої групи –  $88,9 \pm 7,4\%$  ( $p < 0,001$  порівняно з іншими групами за критеріями  $\chi^2$  і Фішера). Гігієнічний індекс також був найгіршим у пацієнтів другої групи –  $2,09 \pm 0,07$ , що розцінюється як «незадовільний» ( $p < 0,01$  порівняно з іншими групами за критерієм Дункана). Вищезгадані результати свідчать про те, що найбільш удалою виявилася запропонована нами схема лікування в четвертій групі, що дозволило наблизити кінцеві результати лікування пацієнтів з остеопенією до таких самих у практично здорових пацієнтів.

Оцінюючи в цілому ефективність лікування, слід зазначити, що хронічний катаральний гінгівіт мав рецидиви тільки у 23-х осіб з усіх пролікованих –  $74$   $31,1 \pm 5,4\%$ , а зниження індексу РМА із  $24,54 \pm 1,7$  до  $4,53 \pm 0,83\%$  ( $p < 0,001$ ) про те, що переважають легкі локалізовані форми цього захворювання. Тому можна зробити висновок, що ортодонтичне лікування досить позитивно впливає на стан тканин пародонту, і його можна використовувати для виключення цієї ланки патогенезу захворювань пародонту.

### Висновки

Ортодонтичне лікування в поєднанні з розробленим нами лікувально-профілактичним комплексом позитивно впливає на стан тканин пародонту, і його можна використовувати для виключення цієї ланки патогенезу захворювань тканин пародонту.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Галкина О.П. Особенности состояния зубочелюстной системы у подростков со сколиозом / О.П. Галкина, Е.И. Журочко // Современная стоматология. – 2010. – № 1. – С. 79–80.
2. Денисова Ю.Л. Клиническая характеристика тканей пародонта при комплексном лечении больных с зубочелюстными аномалиями современными несъемными аппаратами прикуса / Ю.Л. Денисова, С.А. Наумович // Стоматологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 21–24.
3. Денга О.В. Профилактика сопутствующих осложнений при лечении зубочелюстных аномалий у детей несъемными ортодонтическими аппаратами / О.В. Денга, М. Раджаб, Б.Н. Мирчук // Вісник стоматології. – 2004. – № 2. – С. 63–67.
4. Дмитренко М.І. Реакція пародонту на скученість зубів у дітей / М.І. Дмитренко // Вісник стоматології. – 2004. – № 3. – С. 60–61.
5. Куроедова В.Д. Скупченість зубів. Навчально-методичний посібник / В.Д. Куроедова, М.І. Дмитренко. – Полтава: Верстка, 2008. – 140 с.
6. Лихота К.М. Профілактика ускладнень під час лікування пацієнтів незнімними ортодонтичними апаратами / К.М. Лихота, І.В. Мельник // Дентальні технології. – 2007. – № 2. – С. 64–66.
7. Мірчук Б.М. Стан гігієни порожнини рота та пародонту у динаміці комплексного ортодонтичного лікування дітей незнімними апаратами / Б.М. Мірчук // Вісник стоматології. – 2009. – № 5–6. – С. 111–119.
8. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО «МИА», 2010. – 592 с.

## Результаты лечения зубочелюстных аномалий, осложненных заболеваниями пародонта, у пациентов со сколиозом

В.А. Дрок

**Цель:** разработать рациональную методику лечения заболеваний пародонта, направленную на снижение количества рецидивов, в зависимости от состояния костной ткани у больных сколиозом.

**Пациенты и методы.** Проведено лечение зубочелюстных аномалий и заболеваний пародонта у детей, страдающих сколиозом различной локализации и степени тяжести с признаками остеопенического синдрома. Пациенты разделены на четыре группы по 24 ребенка – три основные и группу сравнения. Разработан и применен метод медикаментозной коррекции остеопенических состояний альвеолярного отростка.

**Результаты.** Проведено ортодонтическое лечение зубочелюстных аномалий у детей, страдающих сколиозом различной локализации и степени тяжести. У пациентов со сколиозом наблюдаются признаки остеопенического синдрома.

**Выводы.** Разработанный нами лечебно-профилактический комплекс показал высокую эффективность, что выразилось в отсутствии рецидивов зубочелюстных аномалий в ретенционный период ортодонтического лечения.

**Ключевые слова:** сколиоз, зубочелюстные аномалии, рецидивы, ретенционный период.

## The results of treatment of dentofacial anomalies in patients with scoliosis

V. Drok

**Purpose:** develop a rational method of treatment of periodontal disease, aimed at reducing recurrence, depending on the condition of the bone tissue in patients with scoliosis.

**Patients and methods.** The treatment of dentofacial anomalies and periodontal disease in children with scoliosis different localization and severity of symptoms with osteopenic syndrome. The patients were divided into four groups of 24 children – three of the main and the comparison group. Develop and apply a method of drug correction of osteopenic states of the alveolar process.

**Results.** A orthodontic treatment of dentofacial anomalies in children with scoliosis different localization and severity. In patients with scoliosis, there are signs of osteopenic syndrome.

**Conclusions.** We have developed therapeutic and preventive complex showed high efficiency, which was reflected in the absence of recurrence of dentoalveolar anomalies in retention period of orthodontic treatment.

**Key words:** scoliosis, abnormalities of teeth and jaws, scoliosis, osteopenic syndrome, retention period.

*Дрок Вікторія Олександрівна – канд. мед. наук,  
асистент кафедри стоматології факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗУ».  
Адреса: 50007, м. Кривий Ріг, вул. Іллічівська, 74, кв. 391. Тел.: (067) 998-38-68. E-mail: drokviktoriya@ua.ru.*

НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ • НОВОСТИ

## КОМПАКТНЕЕ, ЛЕГЧЕ, БЫСТРЕЕ: 3SHARE ПРЕДСТАВИЛА НОВУЮ ВЕРСИЮ СКАНЕРА TRIOS

«TRIOS®3 – наше новое «три в одном» решение для получения цифровых оттисков», – говорит соучредитель 3Share Таис Клаузен. Устройство представляет собой третье поколение цветных интраоральных сканеров 3Share, позволяющих получать цифровые оттиски. Отличительной особенностью новой версии TRIOS является интраоральная камера, интегрированная с высокоскоростным цветным интраоральным 3D-сканером, который делает до 3000 снимков в минуту, а также более компактный и закругленный сканирующий наконечник, обеспечивающий больший комфорт для пациентов. Сделанные с помощью камеры фотографии высокой четкости позволяют стоматологам повысить детализацию и точно определить границу препарирования. Камеру также можно использовать для получения снимков и видео в реальном времени для обсуждения с пациентами вариантов лечения.

Таис Клаузен также отметил, что сканер, получивший в 2014 году второй год подряд награду «Лучший в своем классе» престижного международного конкурса «Technology Award», поддерживает широкий спектр стоматологических процедур – от протезирования на имплантатах до частично-съёмных протезов, что предоставляет пациентам больше вариантов лечения, а стоматологам – больше возможностей для быстрого возврата инвестиций.

Руне Фискер, вице-президент 3Share по товарной политике, подчеркнул, что выпуск новой версии сканера был также обусловлен целью снижения цены продукта для того, чтобы сделать его доступным для большего количества стоматологов.

«Все стоматологи работают по-разному. Поэтому мы стремимся предоставить им максимально возможное количество опций, в том числе гибкость конфигурации оборудования и открытое программное обеспечение. Таким образом, вы сами можете решать, каким будет оборудование, которое вы хотите использовать», – говорит президент и генеральный директор 3Share Флеминг Торуп.

[www.medexpert.org.ua](http://www.medexpert.org.ua)

# VITAPLANT®

## ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



(067) 611-04-50  
(097) 784-00-76  
(061) 212-22-03

69035, г. Запорожье, ул. 40-лет Советской Украины, 76а, оф. 3

[www.vitaplant.pro](http://www.vitaplant.pro)  
[mail@vitaplant.pro](mailto:mail@vitaplant.pro)



### МЕТАЛЛОКЕРАМИКА VIP УРОВНЯ

#### ТЕХНОЛОГИЯ СЕЛЕКТИВНОГО ЛАЗЕРНОГО СПЕКАНИЯ – БЕЗОГОВОРЧНАЯ ПОБЕДА НАД ЛИТЬЕМ

**ПРОЧНОСТЬ** выше, чем у фрезерованных или литых металлических каркасов  
**ЧИСТОТА СПЛАВА** за счет изготовления в аргоновой среде  
**ТОЧНОСТЬ** прилегания максимальная, конструкция более долговечная



При использовании технологии селективного спекания, используется мелкодисперсный порошок металлического сплава. Спекание происходит в нейтральной аргоновой среде и в результате сохраняется чистота сплава и металл имеет более плотную структуру, по сравнению с литьем. В итоге мы получаем сразу, без подгонки, более прочный каркас с качеством прилегания, которое не идет, ни в какое сравнение с литьем. Нет никаких проблем с работами на имплантах и индивидуальных абатментах. Любые конструкции на таких каркасах будут служить намного дольше.

**Селективное лазерное спекание (за ед.)**

**от 100 грн.**

### ОКСИД ЦИРКОНИЯ

Оксид циркония – материал повышенной прочности. Все работы осуществляются на самой современной машине CAD/CAM, которая имеет 5 осей. Кроме того, используются и два сканера, лазерный и оптический (3 SHAPE, Zirkonzahn). Точность прилегания всех конструкций 20 микрон (две сотые миллиметра).

**Каркас из оксида циркония (Zirkonzahn)**

**434 грн.**

**Цельноциркониевые коронки и мосты (Zirkonzahn)**

**680 грн.**

**Циркониевый каркас с облицовкой E.Max**

**1090 грн.**

Цены зависят от курса гривны.

Тел.: (057) 754-5868, (097) 700-0032, (067) 574-4173, [www.palladplus.com](http://www.palladplus.com)