

Жачко Н.І., Скрипник І.Л., Неспрядько Т.С.

## ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОВОРОТІВ ЗУБІВ

Національний медичний університет імені Богомольця

На підставі клінічних спостережень нами встановлено, що раціонально починати лікування тортоаномалії, не чекаючи повного прорізування і остаточного формування кореня повернутого зуба, тобто в ранній період змінного прикусу. Поворот зубів, що перебувають на стадії формування кореня, виправляється більш ефективно, оскільки кісткова тканина швидше перебудовується, легше відбувається перебудова мускулатури зубощелепної системи, наявна потенція до росту та відновлення тканин зубощелепного апарату, і, що важливіше, подальше формування кореня відбувається при правильному положенні зуба, що і є передумовою стійкого стабільного результату лікування.

Відповідно до вікових особливостей оклюзійних співвідношень і ступеня формування кореня зуба, кута повороту зуба і наявності місця в зубній дузі використовували знімну і незнімну ортодонтичну апаратуру. У знімних ортодонтичних апаратах ми використовували вестибулярну ретракційну дугу й оральну протракційну пружину, застосовуючи дві протидіючі сили. Знімним ортодонтичним апаратом із вестибулярною дужкою й протрагуючою пружиною ми лікували незначно виражену (до 45°) тортоаномалію в пацієнтів, як у змінному, так і в постійному прикусі та одержували добрі результати.

Клінічні результати свідчать, що значно виражену тортоаномалію (більше 45°) у змінному прикусі не завжди можна лікувати знімним ортодонтичним апаратом. У такому випадку доцільно застосувати запропонований нами комбінований ортодонтичний апарат із посиленням опори і пружним важелем.

Для обґрунтування тактики ортодонтичного лікування нами досліджена механіка повороту зуба і створена математична модель, яка підтверджує наявність кореляційної залежності між збільшенням кута повороту зуба і збільшенням величини обертального моменту, що описується нелінійним звичайним диференціальним рівнянням, яке вказує на те, що величина сили ортодонтичного впливу при лікуванні тортоаномалії укладається в діапазон загальноновизнаних величин оптимальних сил для ортодонтичного переміщення зубів.

Запропонована механіко-математична модель дозволила нам рекомендувати відповідну послідовність – алгоритм розрахунку апарата для повороту зубів у порожнині рота: визначаються розміри зубів і кути, на які необхідно їх повернути, розміри коренів зубів визначаються відповідно до рентгенограми; з умови досягнення допустимих напружень у тканинах періодонта розраховується величина обертального моменту; визначається конструкційна схема апарата і його геометричні параметри; визначаються зусилля для одержання необхідного обертального моменту; проводиться розрахунок геометричних параметрів пружного елемента в деформованому стані; уточнюється величина обертального моменту і напруги в тканинах періодонта.

На підставі клінічних спостережень можна зробити висновок, що в ранній та пізній змінний і постійний періоди прикусу повернені зуби (більше 45°) за наявності місця в зубному ряду і повного прорізування коронки зуба доцільно виправляти запропонованим нами комбінованим апаратом із посиленням опори і пружним важелем.

Лікування тортоаномалії апаратним методом у постійному прикусі триває значно довше, тому що вимагає подовження періоду активного лікування, а також подовження ретенційного періоду, тривалість якого залежить від ступеня тортоаномалії, оклюзійних відношень, тривалості активного лікування, віку пацієнта, індивідуальних особливостей організму.

На підставі клінічних спостережень нами встановлено, що найкращі результати лікування тортоаномалій (більше 30°) у постійний період прикусу отримані з використанням незнімної бондованої ортодонтичної апаратури – брекет-системи в поєднанні з фіксацією кільця або лінгвальної кнопки, зафіксованої на тортоаномальний зуб. Дія ортодонтичних сил має бути однаковою

© УКРАЇНСЬКИЙ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ АЛЬМАНАХ №2 том 1 2012

за величиною і протилежною за напрямком, тому що в іншому разі зуб буде здійснювати похило-обертальні рухи. На зуб діють слабкі сили, які досягають значення 50 г для фронтальних зубів і 75 г для зубів жувальної групи. З

цією метою застосовуються різні дуги: нітинолові (0,35; 0,41 мм) або сталеві (0,41 або 0,41x0,41 мм) із вигином і петлями.

Проведення на завершальному етапі активного ортодонтичного лікування хірургічного втручання

– циркулярної супракристалічної фібротомії або розтин ясенного сосочка – запобігало рецидиву тортоаномалій. Вибір техніки оперативного втручання залежав від стану прикріплення ясенного краю.

*Іваніщенко Л.О., Пилипенко Т.І.*

## **СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ АПЛІКАЦІЙНОЇ АНЕСТЕЗІЇ В СТОМАТОЛОГІЇ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Досі в стоматології питання знеболювання під час стоматологічних втручань залишається актуальним. Для знеболювання зубів застосовують різні методики, речовини та місце введення (в зубні чи навкол зубні тканини). До них належать: 1) психотерапевтичний метод (навіювання в стані бадьорості, гіпноз); 2) медикаментозне знеболювання (аплікаційний метод, ін'єкційна анестезія, транквілізатори, загальний наркоз); 3) фізичні методи; 4) поєднанні методи. Знеболювання потребує врахування статі, віку, загального стану пацієнта, а також характеру та обсягу втручання.

**Мета роботи** - аналіз відомих методів аплікаційної анестезії за даними літератури та пропозиція її сучасних можливостей.

**Об'єкт і методи дослідження.** Об'єктом дослідження був препарат «Емла», який ми за розробленою методикою аплікаційної анестезії використовували для знеболювання зубів при їх препаруванні (Іваніщенко Л.О., Пилипенко Т.І.) чи лікуванні й інших втручаннях (Пилипенко Т.І.). «Емла» – білий, м'який, гомогенний крем для зовнішнього застосування. Склад: 1 грам крему містить лідокаїну 25 мг, прило-

каїну 25 мг, допоміжні речовини: арматон 289 (поліоксилгідрогенізована рицинова олія), карбоксиполіметилен (карбом ер 974 Р), натрію гідроксид, вода очищена. Фармакотерапевтична група: препарати для місцевої анестезії. Код АТС № 01ВВ20.

Фармакодинаміка: крем «Емла» містить лідокаїн і прилокаїн – місцеві анестетики амідного типу. Знеболювання шкіри відбувається за рахунок проникнення лідокаїну та прилокаїну в шари епідермісу і дерми. Ступінь анестезії залежить від часу аплікації та дози.

**Результати дослідження.** За даними літератури, найбільш поширеним та доступним медикаментозним методом є аплікаційний метод знеболювання. Методика аплікації дуже проста – втирання медичного препарату в поверхню зуба. Метод дозволяє вводити медикаменти у тверді тканини зубів зі знеболювальною, лікувальною і профілактичною метою. Це один із простих і нешкідливих для пацієнта методів. В ортопедичній стоматології він показаний при препаруванні інтактних зубів під коронки та інші види незнімних протезів. Незнімні протези, як відомо, є найпоширенішою та найефективнішою

у функціональному відношенні конструкцією для заміщення дефектів зубного ряду. Знеболювання твердих тканин зубів при підготовці їх під незнімні протези є одним із провідних у сучасній стоматології. Розглянемо деякі різновиди аплікаційного методу. По-перше, вони відрізняються залежно від використовуваного для аплікації препарату. Для аплікаційної анестезії застосовують такі препарати: нафестезин (75%); 4% спиртова витяжка з прополісу; речовина ППД (10 мл концентрату прополісу з 1,5 г порошку дикаїну та 4 мл диметилсульфоксиду); 15 розчин пальфіуму; 70% тримекаїнова паста й ін. При цьому слід бути обережними, оскільки деякі медикаментозні знеболювальні засоби можуть викликати опік слизової оболонки. А.О. Почтарьов у 1968 р. застосовував настійку прополісу на рідині АКР-7 при болючому препаруванні зубів під коронки. По-друге, вони відрізняються методикою нанесення препарату. Одну з модифікацій аплікаційного методу запропонував А.Н. Губська зі співавторами в 1982 році. У разі необхідності глибшої анестезії на препарований зуб надівають ковпачок із воску. Ковпачок виготовляють