

сяцев, у детей основной группы 1 подгруппы гигиеническое состояние полости рта было значительно лучше, чем у детей с бронхиальной астмой, которые применяли традиционный профилактический комплекс. Значение индекса Silness-Loe у детей основной группы 1 подгруппы было в 1,85 раза ниже, а индекса Stallard - в 1,6 раза ниже, чем у детей основной группы 2 подгруппы. Между показателями данных гигиенических индексов у детей с бронхиальной астмой первой подгруппы и у здоровых детей контрольной группы статистически значимой разни-

цы не определялось. В соответствии с данными пародонтальных индексов воспалительные изменения в тканях пародонта были более выражены у детей с бронхиальной астмой, у которых применяли базовую терапию. У данных обследуемых среднее значение индекса РМА в 1,6 раза превышало соответствующее значение в основной группе 1 подгруппы и в 1,7 раза - в контрольной группе. Среднее значение индекса Шиллера-Писарева у этих детей было на 24,1% выше, чем у детей с бронхиальной астмой первой подгруппы, и на 27,7% выше, чем у

практически здоровых детей, закончивших активное аппаратное лечение. Между значениями изучаемых пародонтальных индексов у детей основной группы первой подгруппы и у детей контрольной группы не было выявлено достоверных различий.

Таким образом, анализ данных клинического обследования свидетельствует об эффективности использования комплекса, включающего капли «Береш-Плюс®», «Лизомукоид» и «БАЗК», в лечебно-профилактических мероприятиях, проводимых у детей с БА, находящихся на ортодонтическом лечении.

*Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.*

## ПРИЧИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Наследие научных разработок профессора Л.П. Григорьевой в учении о патологии височно-нижнечелюстного сустава у больных с аномалиями прикуса на сегодняшний день получило дальнейшее развитие в вопросах патогенеза, диагностики и лечения. В настоящее время, по литературным данным, повсеместно отмечается рост числа обращений больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и больных с различными видами аномалий прикуса. Различные варианты заболеваний сустава, сходство их клинических симптомов нередко приводят к проведению неадекватного лечения, которое осуществляется без учёта особенностей функциональных и морфологических нарушений во всех структурах жевательного мускулярно-суставного аппарата. К этим нарушениям

можно отнести структурно-пространственное несоответствие – дисконгруэнтность суставных поверхностей, изменение осевых соотношений ветви нижней челюсти и суставной ямки, дефекты или повреждения суставного бугорка, нарушения со стороны капсулы сустава.

Описанию этиопатогенетических составляющих в компонентах ВНЧС при нарушениях окклюзии, в частности у больных с глубоким резцовым перекрытием, в литературе уделено недостаточное внимание.

**Целью нашего исследования** явилось определение основных причин функциональной нестабильности височно-нижнечелюстного сустава у больных с глубоким резцовым перекрытием.

Объекты и методы исследования. Наблюдалось 32 больных в

возрасте от 19 до 38 лет с нарушениями окклюзии в виде глубокого резцового перекрытия. Женщин было 26, мужчин – 6. При этом у 15 из них глубина перекрытия была в пределах 1/3 коронки нижних резцов, у 11 – до 1/2; у 6 – режущие поверхности центральных резцов верхней челюсти были на уровне десневого края резцов нижней челюсти. Патологической стираемости зубов и дефектов зубных рядов ни у одного пациента не было.

Наряду с изучением степени глубины резцового перекрытия проводилась прицельная рентгенография ВНЧС в боковой проекции с закрытым и открытым ртом, электромиография симметричных собственно жевательных мышц.

**Результаты исследования.** Основные жалобы наблюдаемых

больных были на неадекватно широкое, обычно нерегулируемое открывание рта, на дискомфорт при открывании и закрывании рта, боль в одном (24 чел.) или обоих (8 чел.) ВНЧС, посторонние звуковые явления в виде шуршания, скрежета, хруста, клацанья в суставе. Из анамнеза выяснено, что 18 пациентов в различные периоды лечились различными конструкциями ортодонтических аппаратов.

На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте обращало на себя внимание в различной степени, в зависимости от глубины резцового перекрытия, сужение суставной щели в верхних и передних и расширение в задних отделах. При открытом рте у больных со средней и тяжелой степенью глубины резцового перекрытия суставная головка располагалась

значительно вперед от вершины суставного бугорка. У части больных (13 чел.) отмечалось анатомическое несоответствие (асимметрия) величины суставного бугорка и глубины суставной ямки правого и левого сустава.

Анализ электромиограмм правой и левой собственно жевательных мышц исследованных больных при сжатии челюстей и при жевании показал различной степени уменьшение их биоэлектрической активности, что объективно отражает симптоматику мышечной дисфункции, связанной с чрезмерным открыванием рта для захвата и откусывания пищи, что в последующем приводит к смещению суставного диска и суставной головки значительно вперед вплоть до выхода её за

вершину суставного бугорка, к растяжению жевательных мышц и падению их функции.

Таким образом, нами объективно по результатам анализа клинических проявлений, прицельной рентгенографии ВНЧС и электромиографии собственно жевательных мышц сделано заключение, что в возникновении функциональной нестабильности ВНЧС у больных с глубоким резцовым перекрытием основными причинами являются нарушения структурно-функциональных связей с симметричным суставом за счет несоответствия размеров суставного бугорка и глубины суставной ямки, функциональный дисбаланс переднего и заднего отделов суставной капсулы, суб- и декомпенсированная дисфункция жевательных мышц.

*Крылова Т.Л., Морозов А.Л.*

## **ПРИМЕНЕНИЕ «ОКТЕНИСЕПТА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТКАНЯХ ПАРОДОНТА У ПАЦИЕНТОВ С БРЕКЕТ-ТЕХНИКОЙ**

ФПО ГУ Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Большая распространенность ортодонтической патологии и широкое применение в лечении несъемной аппаратуры все чаще ставят перед врачами-ортодонтами проблему сопутствующих осложнений.

Становится очевидным, что применение брекет-техники способствует развитию воспалительных процессов в тканях пародонта, в том числе и гипертрофического гингивита.

Интенсивность воспаления находится в прямой зависимости от качественного и количественного состава микрофлоры бактериальной биопленки и зубного налета.

При анализе материала мазков, взятых с поверхности десны и зубов в непосредственной близости от установленной аппаратуры у 79 детей в возрасте от 14 до 18 лет, было выявлено, что видовой состав представлен практически всеми микроорганизмами с преобладанием кокковой флоры и дрожжевидных грибов.

Проведенные клинические и микробиологические исследования выявили доминирующее влияние *Str. aureus* и *Candida albicans* в развитии и течении воспаления в тканях пародонта, с выраженной гипертрофией десневого края у детей с брекет-техникой.

Для лечения гипертрофического гингивита (отечная форма), коррекции нормального баланса между собственной и чужеродной микрофлорой и для профилактики возможных воспалительных осложнений в тканях пародонта мы применяем «Октенисепт». Препарат обладает выраженным двойным действием: антисептическим и иммуномодулирующим.

Назначали «Октенисепт» в разведении 1:3 теплый раствор для ротовых ванночек 3 раза в день после еды в объеме 100 мл по 10 мин. в течение недели. Для профилактики развития воспаления рекомендовано применять препарат по той же методике 1 раз