

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 бляшки 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

в місяць в течение всего периода активного лечения.

Полученные положительные результаты в лечении воспаления десны указывают на целесообразность применения «Октени-

септа» в терапии и профилактике осложненной в тканях пародонта у пациентов с брекет-техникой. Можно сделать вывод, что «Октенисепт» способствовал поддержанию постоянства микрофлоры

на физиологическом уровне в период профилактического при- менения и оказывал выраженный антисептический эффект, купируя воспаление при гипертрофическом гингивите (отечная форма).

Лихота К.М., Кочин О.В., Сенник А.Я.

КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ, ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ СКУПЧЕНОГО ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ ЗА ДОПОМОГОЮ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ОРТОДОНТИЧНИХ АПАРАТІВ У ЗМІННИЙ ТА ПОСТІЙНИЙ ПЕРІОДИ ПРИКУСУ

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л.Шупика

Актуальність та обґрунтування Скупчене положення зубів різко змінює зовнішній вигляд пацієнта, зумовлюючи не тільки косметичні недоліки, а і подальший розвиток патології. У сучасній ортодонтії важливе місце відводять відновленню функціонального та естетичного оптимуму. Тому лікування скупченого положення зубів є важливою проблемою.

Питання, що стосуються лікування зубощелепних аномалій та деформацій, у тому числі скупченого положення зубів, не можуть розглядатися окремо від питань етіології та патогенезу, тобто вивчення причинних факторів їх виникнення. Тому етіологічна частина остаточного діагнозу така ж важлива як і інші його складові. Тільки такий підхід у визначенні діагнозу дозволяє правильно обрати і скласти раціональний план ортодонтичного лікування.

Збільшення кількості аномалій прикусу в дітей і дорослих пов'язане з різними причинами. Серед них треба врахувати еволюційний процес редукції зубощелепної системи та зміну її функцій. У процесі розвитку і росту щелепно-лицевого скелета велике значення має функція жувальних м'язів, яка залежить від того, яку силу затрачають вони для пережовування їжі.

Їжа сучасної людини значно змінилася, сучасній людині не треба напружувати жувальний апарат під час жування їжі, як це було раніше. Цивілізація принесла людству багато позитивного, але ж зубощелепна система від цього не виграла. Завдяки цьому частіше серед аномалій прикусу зустрічається тісне розташування зубів, деформації зубних рядів, порушення співвідношення щелеп і стискання зубів, скупчене положення зубів та ін.

Має велике значення в розвитку аномалій і ротове дихання. Діти, які дихають через рот, мають вузькі верхні щелепи і заднє положення нижньої щелепи. Якщо батьків непокоїть зовнішність їхніх дітей, то стоматологи стурбовані тим, що ротове дихання може змінити функцію і взаємне співвідношення щелеп та змінює їх фаціальний ріст.

Не завжди враховуються функції та особливості губ, які також тиснуть на зуби і порушують їх положення [R.Hinz]. Усі ці моменти спонукали до створення ортодонтичних апаратів нового покоління, так званих позиційних трейнерів. Багато років розробкою цих апаратів займається Центр міофункціональних досліджень компанії «MRS» (Австралія-

Голландія), в якому були виготовлені ортодонтичні прилади, що мають властивості як функційної, так і механічно діючої ортодонтичної апаратури.

Мета дослідження - підвищення ефективності лікування пацієнтів із скупченим положенням зубів, зокрема зменшення ускладнень і скорочення строку лікування, шляхом урахування вікового аспекту в лікуванні цієї зубощелепної аномалії з використанням міофункціональної апаратури.

Матеріали та методи

Клінічне обстеження хворих проводили за загальноприйнятою методикою. Збираючи анамнестичні дані, звертали увагу на скарги пацієнтів, стан здоров'я матері в період вагітності, характер вигодовування в період новонародженості, послідовність прорізування і заміни зубів. Звертали увагу на наявність шкідливих звичок, таких як „лінощі жування“, а також перенесених інфекційних хвороб і ендокринних порушень.

На об'єктивному обстеженні вивчали тип обличчя, профіль пацієнта, висоту частин обличчя, різницю підборіддя і носогубних складок. Поряд із цим визначали: положення язика, тип дихання, жування і ковтання, форму, положення окремих зубів, а також