

наявність для них місця в зубному ряду, форму зубних дуг на обох щелепах, характер перекриття зубів на фронтальній ділянці, величину сагітального і вертикального зазору. На бічних ділянках вивчали взаємовідношення між зубами та зубними рядами в трьох взаємно перпендикулярних напрямках: сагітальному, трансверзальному і вертикальному.

Нами обстежено і взято на лікування 91 пацієнта віком від 6 до

17 років за наявності скученого положення зубів, які звернулися по ортодонтичну допомогу на кафедру стоматології Інституту стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.

Лікування проводили за допомогою функціональних апаратів – преортодонтичних трейнерів і системи ортодонтичної корекції «Myobrace» протягом року, в складних випадках – протягом 2-х років. Усі пацієнти були поділені на 3 вікові групи: I – від 6 до 9 ро-

ків (35); II – від 10 до 12 років (32); III – від 13 до 17 років (24).

#### **Висновки**

Отримані результати свідчать, про найефективніше лікування було в I і II групах, найменш ефективне – в III групі. Отже, ми дійшли висновку, що міофункціональні апарати ефективні в змінному прикусі. Також нами був розроблений ефективний алгоритм використання міофункціональних апаратів.

*Магльона В.В., Якимець А.В., Поляник Н.Я., Лепорський Д.В., Сухомлінова Т.Я., Амеліна Н.В., Собакар К.О., Колесник Т.В., Красовська С.В., Дерех І.З.*

## **РОЛЬ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У КОМПЛЕКСІ З РЕАБІЛІТАЦІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

Інститут стоматології НМАПО імені П.Л. Шупика, НДСЛ ОХМАТДИТ

Етіологія зубощелепних аномалій різноманітна. Порушення оклюзії не буває ізольованим та супроводжується змінами постави, міофасціальними і вісцеральними дисфункціями. Одним із провідних факторів у розвитку аномалій оклюзії є наявність змін опорно-рухового апарату в дітей. Це можна пояснити взаємозалежністю між формуванням, будовою і функцією зубощелепо-лицевих структур та опорно-руховим апаратом.

**Мета дослідження** – визначити роль раннього ортодонтичного лікування в комплексі з ортопедичною корекцією опорно-рухового апарату в пацієнтів із порушеннями оклюзії та змінами постави.

Проведено обстеження 60 пацієнтів віком від 6 до 14 років. У 45 осіб діагностували аномалії та деформації зубощелепного комплексу і наявність проблем з опорно-руховим апаратом (ско-

ліотична постава, плоскостопість, клишоногість, деформація грудної клітки в анамнезі) та 15 осіб із фізіологічною оклюзією і відсутністю порушень із боку опорно-рухового апарату.

Для діагностики стану зубощелепної системи використовували клінічні (збір анамнезу, огляд) і параклінічні (аналіз діагностичних моделей та ортопантограм, цефалометричний аналіз, фотометрія) методи обстеження.

Обстеження і лікування дітей із патологією опорно-рухового апарату здійснювали лікарі-ортопеди НДСЛ ОХМАТДИТ.

За результатами обстежень визначено відсоткове співвідношення аномалій зубощелепної системи в пацієнтів із вираженими порушеннями з боку опорно-рухового апарату. З 45 обстежених 82% – це пацієнти з дистальною оклюзією та 18% із мезіальною оклюзією й аномаліями оклюзії в трансверзальній площині.

При лікуванні пацієнтів для вибору оптимального ортодонтичного апарату враховували результати обстежень зубощелепної системи та вікові і спадкові особливості кожного пацієнта. Паралельно було призначено реабілітаційні заходи для опорно-рухового апарату. Слід зазначити, що в деяких випадках за невиконання пацієнтами заходів, спрямованих на лікування захворювань опорно-рухового апарату, за використання лише ортодонтичної апаратури доводиться довго чекати на результати лікування і нерідко спостерігати рецидив унаслідок збереження і прогресування патологій опорно-рухового апарату.

Унаслідок ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій, що проводилося комплексно з реабілітацією опорно-рухового апарату, ефект наставав швидше та виявлялася стабільність досягнутого результату надалі.

Це пояснюється тим, що комплексне лікування розв'язує проблеми порушення оклюзії та змін статури шляхом усунення міофасціальних і вісцеральних дисфункцій, оскільки відбувається нейром'язеве перепрограму-

вання тканин організму, що проводить до отримання стабільно позитивного стану опорно-рухового апарату і зубощелепної системи в цілому.

Отримані результати показали, що в діагностику зубощелепних

аномалій необхідно обов'язково включати діагностику стану опорно-рухового апарату.

Комплексне лікування зубощелепних аномалій та патології опорно-рухового апарату дає швидкі та стабільні результати.

Маковка І.Л., Пащенко М.В., Мохонь Ю.А.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФОСФАДЕНТ-БІО» В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ВЕРХІВКОВОГО ПЕРІОДОНТИТУ В ПІДЛІТКІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

У більшості випадків за ендодонтичного лікування деструктивних форм хронічного верхівкового періодонтиту є недостатнім одноразова дія лікувальних речовин на мікрофлору кореневих каналів. У зв'язку з цим з'явилося багато методів, згідно з якими в періапикальні тканини через кореневі канали вводять активно діючі речовини, які пролонговано діють на мікрофлору і стимулюють репаративний остеогенез, а потім кореневі канали obturують за класичною схемою (А.В. Мітронін, 2003; С.А. Воложина, 1997; І.М. Рабінович, 1999). Серед цих речовин широке застосування знайшли кальцієві сполуки, які проникають у періодонт, кальцієві іони проявляють протизапальні властивості, стимулюють процеси кісткової регенерації, дентино- і цементогенез. Високий рН кальційєвих препаратів зумовлює антисептичні властивості, які дозволяють використовувати їх у ролі тимчасового внутрішньоканального препарату. Препарати на основі оксиду кальцію, представником яких є «Фосфадент-біо» («ВладМиВа», Росія), при введенні в кореневий канал пов'язують залишкову вологу і вуглекислий газ, поступово трансформуючись

у гідроокис і карбонат кальцію, надають пролонговану антисептичну дію на систему корневих каналів (Міхальченко В.Ф., Патрушева М.С.). Необхідний антибактеріальний ефект досягається без одномоментного впливу високих концентрацій активної основи, яка може ушкоджувати тканини. Водопоглинальна здатність оксиду кальцію визначає значне об'ємне розширення матеріалу і його проникнення в недоступні для механічної обробки частини каналу.

Завданням даного дослідження було вивчення клінічної ефективності вітчизняного препарату «Фосфадент-біо» у лікуванні хворих із деструктивними формами хронічного верхівкового періодонтиту з використанням консервативного двохетапного методу. З цією метою в 30 хворих віком від 13 до 17 років було проведено лікування 30 зубів із приводу хронічного деструктивного періодонтиту, з них хронічний гранулючий періодонтит - у 18, хронічний гранулематозний періодонтит - у 12. Обстеження пацієнтів проводили за загальноприйнятною методикою. Для визначення стану періапикальних тканин, контролю пломбування

та оцінки віддалених результатів лікування використовували внутрішньоротові контактні рентгенограми. Лікування здійснювали двома етапами: на першому відвідуванні проводили ендодонтичну підготовку корневих каналів, що охоплювала механічну і медикаментозну обробку, з подальшою тимчасовою obturaцією матеріалом «Фосфадент-біо» на 3 - 21 день під тимчасову пломбу. На другому відвідуванні кореневі канали пломбували ендометазоном до верхівкового отвору, що контролювали рентгенологічно. Оцінку найближчих результатів проводили на етапі тимчасової obturaції і після постійного пломбування корневих каналів на підставі клінічних даних.

Аналіз віддалених результатів був проведений через 6 і 12 місяців після закінчення лікування на підставі клінічних, а також рентгенологічних показників із використанням періапикального індексу PAI (D. Orstavik et al., 1986). У найближчі терміни після лікування у 28 пацієнтів скарг не виявлено, перкусія і пальпація перехідної складки в проекції верхівок коренів неболючі. У 2 випадках (6,2%) після тимчасового пломбування «Фосфадентом-біо» спосте-