

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ження; 3) аналіз результатів обстеження; за методикою, рекомендованою ВООЗ, із використанням набору стандартних стоматологічних інструментів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клінічне стоматологічне обстеження 259 дітей показало, що у 80 дітей у 12-річному віці (62,5%) і в 94 дітей у 15-річному віці (71,7%) спо-

стерігалися зубощелепні аномалії. Аномалії окремих зубів були діагностовані в 16 дітей 12 років (20,3%) і в 19 дітей 15 років (20,6%). Аномалії зубних рядів виявлені в 62 дітей (77,2%) 12-річного віку. Аномалії прикусу діагностували в 48 учнів (51,1%) 15-річного віку. Показники серед юнаків і дівчат не мають достовірних відмінностей.

У табл. 1 наведені дані про поширеність і види зубощелепних аномалій у дітей м.Ужгорода.

**Висновок:** отже, результати дослідження свідчать про високу поширеність зубощелепних аномалій серед обстежених дітей м.Ужгорода і вимагають уdosконалення комплексу профілактичних заходів на всіх етапах становлення постійного прикусу.

Мирчук Б.Н., Ахмад Абудан\*

## ОККЛЮЗИОННЫЕ СООТНОШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Одесский национальный медицинский университет

\*ГУ «Институт стоматологии Академии медицинских наук Украины»

Данные литературы свидетельствует, что у детей в период молочного и сменного прикуса для лечения зубочелюстных аномалий, как правило, используются современные стандартные аппараты - мифункциональные трейнеры; при ранней потере молочных зубов рекомендуют применение частичных съемных протезов или коронок с распоркой.

Результаты проведенного нами эпидемиологического обследования 375 детей в период сменного прикуса (6-11 лет) показали, что распространенность зубочелюстных аномалий составила 77,9%, у 34,4 % обследованных выявлено преждевременную потерю молочных зубов. Такое клиническое состояние вызывает необходимость одновременно решать вопросы замещения дефектов зубных рядов и исправлять зубочелюстные аномалии и деформации.

Сложность состояла в том, что ребенку необходимо пользоваться как съемным протезом, так и трейнером, во время использования трейнера протез нужно сни-

мать; в результате дети отказывались и от протеза, и от трейнера.

Именно это и послужило причиной проведения исследования с целью анализа эффективности замещающих дефекты протезов при их использовании у детей без зубочелюстных аномалий и у детей с ортодонтической патологией.

У детей с дефектами зубных рядов и с физиологическим прикусом протезы полностью выполняли свою функцию, тогда как при зубочелюстных аномалиях не было выявлено ни профилактического, ни лечебного действия на ортодонтическую патологию. Применение трейнеров у пациентов с дефектами зубных рядов, наряду с влиянием на ортодонтическую патологию, по нашему мнению, способствовало смешению зубов, ограничивающих дефект, в сторону отсутствующего зуба. Для подтверждения этого мнения проведены клинические и лабораторные исследования окклюзионных контактов: имитируя движения нижней челюсти в артикуляторе с моделями челюстей с дефектами зубных рядов

с физиологическим прикусом и с ортодонтической патологией.

Альгинатной массой у детей снимали отиски верхней и нижней челюстей и отливали рабочие гипсовые модели. При помощи прикусных валиков в полости рта определяли центральную окклюзию. Гипсовые модели фиксировали в окклюдаторе в состоянии центральной окклюзии. На рабочих моделях челюстей детей с физиологическим прикусом и с зубочелюстными аномалиями были изготовлены съемные протезы и протезы с распоркой. Изготовленные протезы фиксировали на контрольных моделях челюстей тех же детей в артикуляторе. Проверку окклюзионных контактов проводили с использованием моделировочных восковых пластинок и артикуляционной копировальной бумаги.

При проверке эффективности съемных и несъемных (с распоркой) протезов установлено, что съемные протезы полностью восстанавливают жевательную эффективность и в полной мере восстанавливают окклюзион-

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

ные контакты, как в случаях с люстри, при имитации жевательных зубочелюстными аномалиями, так и при физиологическом приеме пищи. Использование коронок с распорками практически не повлияло на гиперконтакты на опорных зубах, особенно при смещениях модели нижней челюсти.

Использование только трейнера показало, что гиперконтакты наблюдались на зубах, ограничивающих дефект зубного ряда.

Коронки с распоркой при одновременном применении трейнера не изменили расположение оклюзионных контактов.

Митченок М.П., Добросок В.О.

## ПРЕМОРБІДНИЙ СТАН ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ГНІЙНИМ ЛІМФАДЕНІТОМ ТА ОДОНТОГЕННИМ ОСТЕОМІЄЛІТОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

У патогенезі гострих запальних процесів щелепно-лицової ділянки у дітей має місце наявність у них у анамнезі хронічних вогнищ запалення та гострих бактеріальних інфекцій. Наявність у деяких пацієнтів вторинної імунної недостатності та імуносупресивні ефекти сапрофітної мікрофлори порожнин рота за умов підвищеного антигенної навантаження на її тканини створюють відповідні передумови для розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин і кісток обличчя внаслідок одонтогенного, гематогенного, лімфогенного, стоматогенного, дерматогенного шляхів інфікування.

Метою нашого дослідження стало вивчення преморбідного фону у 35 хворих на гострий гнійний лімфаденіт та 23 – з одонтогенным остеомієлітом. Анамнез життя і захворювання збиралі переважно в батьків і дітей старших вікових груп у загальноприватному обсязі.

Аналіз отриманих даних дозволив установити супутні хронічні

захворювання у 27 хворих (77,1%) на лімфаденіт і у 18 – (78,3%) на остеомієліт. Найчастіше вони спостерігались у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку і стосувалися в більшості випадків ЛОР-органів, дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту.

Після вивчення преморбідного періоду встановлено, що гострий гнійний лімфаденіт виник після перенесеної ГРВІ у 10 хворих (28,6%), у 7 випадках (20%) запалення поєднувалося з гострою патологією ЛОР-органів, у 5 – (14,3%) - з гострим запаленням бронхо-легеневої системи, в 5 – (14,3%) - з гострим періодонтитом і загостренням хронічного періодонтиту від тимчасових і постійних молярів на нижній щелепі, у 3 – (8,5%) - із гнійничковими захворюваннями шкіри. У 5 пацієнтів (14,3%) провокуючого чинника, який би міг сприяти гнійному запаленню лімфатичних вузлів, не виявлено.

Виникненню одонтогенного остеомієліту щелепних кісток ГРВІ передувала в 7 дітей (30,4%),

загальне переохолодження - в 5 (21,7%), гостре запалення ЛОР органів - у 4 дітей (17,4%), загострення хронічних захворювань бронхово-легеневої системи - у 3 хворих (13,1%) і в 4 (17,4%) провокуючих факторів не виявлено.

Розвиток гострого остеомієліту розпочинався в 9 хворих (39,1%) із виникненням гострого періодонтиту в тимчасових зубах, у 7 – (30,4%) - у постійних премолярах і молярах. У 4 дітей (17,4%) і 3 (13,1%) причиною стало загострення хронічного періодонтиту в молочних і постійних зубах відповідно.

Отже, наявність хронічної соматичної патології в дітей і дія провокуючих факторів створюють підґрунтя для реалізації агресивних властивостей інфекційного агента і призводять до виникнення гострого запалення в лімфатичних вузлах і щелепних кістках. Найчастіше причинними чинниками є застудні захворювання, тимчасові та постійні моляри з ускладненими формами каріозного процесу.