

Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О.

## МАГНІТНО – РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ СТАНУ СКРОНЕВО – НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Останнім часом лікарі-стоматологи (ортоданти, ортопеди, терапевти) під час лікування пацієнтів із різними захворюваннями виявляють патологію скронево - нижньощелепного суглоба (СНЩС). Це є наслідком змін жувального навантаження при порушенні співвідношення зубних рядів, зміни рухів нижньої щелепи, зміни оклюзійної частини зубів.

Магнітно-резонансна томографія розширює діагностичні можливості лікаря та достовірно оцінює такі показники:

- взаємне положення кісткових елементів СНЩС (із визначенням форми та розміру суглобової щілини) та їх конфігурацію;

- стан субхондральних компактних пластин, губчастої речовини і кісткового мозку голівки нижньої щелепи та суміжних відділів СНЩС;

- положення суглобового диска відносно голівки нижньої щелепи та нижньощелепної ямки (в сагітальній і фронтальній площинах) та його конфігурацію. Нормальне положення суглобового диска в положенні звичної оклюзії в сагітальній площині: задній край розміщується на «11 – 13 годинах» (згідно з правилом «12 годин»), у фронтальній площині центр диска знаходиться над центром голівки нижньої щелепи. У нормі форма диска має тоншу центральну частину (проміжна зона диска) та переднє і заднє стовщення;

- МРТ – сигнал від диска інтенсивний та однорідний;

- стан біламінарної зони, верхнього і нижнього поверхів суглоба, зв'язковий апарат;

- товщину і структуру жувальних м'язів;

- екскурсію голівок нижньої щелепи і зміни положення суглобового диска під час відкривання рота.

Отже, МРТ - це найінформативніша методика дослідження СНЩС при функціональних порушеннях. МРТ дозволяє детально оцінити стан кісткових елементів, визначити стан м'яких тканин, особливо суглобового диска; можуть бути виявлені явища як дисфункції, так і артрозу.

Крылова Т.Л., Вронская В.В., Вронская Е.П.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ «ПАНСОРАЛ» В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ С БРЕКЕТ-СИСТЕМАМИ

ГУ Крымский государственный медицинский институт им. С.И. Георгиевского

Развивающиеся морфофункциональные нарушения, вызванные аномалиями зубочелюстной системы, являются мощными патогенетическими факторами, которые обуславливают развитие гипертрофического гингивита. Фиксированная на зубах брекет-система способствует ухудшению самоочищения полости рта, создает условия для скопления

микробной бляшки и налета на зубах и ортодонтических конструкциях, что значительно затрудняет проведение обычных гигиенических процедур и создает дополнительные неблагоприятные условия для развития воспаления в тканях пародонта.

В качестве противомикробных препаратов для местного лечения и профилактики воспалительных

заболеваний тканей пародонта самое широкое распространение получили антисептики.

**Целью** нашего исследования было определить эффективность применения геля «Пансорал» в комплексной терапии и профилактике гипертрофического гингивита (отечная форма) при ортодонтическом лечении брекет-системой.

Обоснование выбора данного препарата было основано на том, что гель «Пансорал» обладает многокомплексным действием: антимикробным, противовоспалительным, обезболивающим. В его состав входит холина салицилат, что способствует устранению боли, воспаления и отечности; цеталкония хлорид - предотвращает развитие бактериальной и грибковой флоры; и натрия гидроксид - ощелачивает слюну и бло-

кирует развитие анаэробной флоры.

Под нашим наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с гипертрофическим гингивитом (отечная форма), который развился при ортодонтическом лечении с использованием брекет-системы. Они были разделены на 2 группы.

Пациентам I группы (18 человек) назначали гель «Пансорал» с курсом лечения 2 недели по 2 аппликации в день на десну в

комплексе с рекомендуемыми средствами гигиены полости рта. В то же время пациентам II группы (10 человек) рекомендовали соблюдать традиционный общепринятый гигиенический уход за полостью рта и брекет-системой.

На основании анализа полученных клинических данных можно сделать обоснованный вывод, что гель «Пансорал» обладает явно выраженным лечебным эффектом по сравнению с традиционными методами терапии.

*Лихота К.М., Петриченко О.В.*

## ПРОФІЛАКТИКА І РАННЄ ЛІКУВАННЯ САГІТАЛЬНИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

### Актуальність

Нині функціональні порушення етіологічного розвитку зубощелепної ділянки в дітей дуже поширені внаслідок різноманітних ендогенних та екзогенних факторів. Зубощелепні аномалії в дітей, без сумніву, потребують не тільки лікування, а й профілактики, однак організація профілактичної роботи на вітчизняних теренах перебуває на стадії активного розвитку.

Провідну роль у профілактиці зубощелепних аномалій відіграють диспансеризація і власне постановка на диспансерний облік дітей, які потребують ортодонтичної допомоги, – це лише половина завдання; важливо виявити кількість дітей, які бажають щось змінити у своєму фізичному стані, зовнішньому вигляді, зокрема і в зубощелепній системі.

Є низка причин, через які профілактично-лікувальна робота стоматолога-ортодонта може ускладнюватися:

по-перше – недостатній вплив батьків на обов'язкове виконання вимог лікаря-ортодонта;

по-друге – відсутність у батьків інформації і знань про стоматологічне виховання дітей;

по-третє – відсутність коштів на лікування.

Для усунення основних етіологічних факторів розвитку зубощелепних аномалій і деформацій розроблено багато вправ (Л.В. Смаглюк, 2008; Д. Флаттер, 2011). Вони допомагають змінити поставу дитини, навчають правильно сидіти, дихати носом, змикати губи, покращують фізичний стан загалом.

### Мета

Застосовувати і вдосконалювати програми профілактики зубощелепних аномалій, поєднуючи їх із застосуванням міофункціональних апаратів, щоб ортодонтичне лікування проходило набагато ефективніше, а також зменшилася кількість рецидивів і ускладнень.

### Матеріали і методи

Протягом 5 років ми спостерігали і лікували групу дітей (360) віком від 3 до 12 років.

- Група дітей від 3 до 5 років (49 осіб) потребувала переважно профілактичної роботи – контроль за диханням, поставою тіла, тренування жувальних м'язів (уживання твердої їжі), вправи на змикання губ. Також ми призначали преортодонтичний трейнер «Infant», а пацієнтам із мезіальним прикусом – трейнер і-3.

- У змінному прикусі, у віці від 6 до 8,5 років, ми лікували 311 дітей із сагітальною патологією зубів. У цей період прикусу пацієнтам із сагітальними аномаліями, крім профілактичних вправ, ми призначали трейнери: і-2 - при дистальному прикусі та Т4К, а потім і-3 - при мезіальному.

Лікування тривало майже рік, ретенційний період - 2-3 роки. Кісткова і м'язова частини обличчя під час дії цих трейнерів розвивалися