

ня складає 20-22 % захворюваності, поряд із спадковістю та способом життя. За останні роки спостерігається зростання кількості екозалежних захворювань, в тому числі і стоматологічних.

З метою вивчення поширеності захворювань тканин пародонту у дітей, які мешкають на екологічно забруднених територіях, було оглянуто 126 дітей віком від 9 до 13 років. Проведені клінічні обстеження встановили наявність патології тканин пародонту у 67,8 % дітей. Основною формою уражень тканин пародонту є хронічний катаральний гінгівіт, на долю якого припадає 96,3 % випадків.

Аналіз чинників ризику виникнення захворювань тканин пародонту показав, що у 18,6 % обстежених діагностувалися аномалії прикусу. Загальні соматичні захворювання були наявні у 24,3 % дітей. Гінгівіт, обумовлений фізіологічним прорізуванням постійних зубів, виявлений у 7,6 % дітей. Слід відзначити, що важкі форми хронічного катарального гінгівіту та хронічний гіпертрофічний гінгівіт зустрічалися переважно при наявності супутньої соматичної (58,6 %) та ортодонтичної (71,3 %) патології. Низький рівень гігієни було відмічено у 61,2 % обстежених.

У результаті опитування дітей із хронічним катаральним гінгівітом, які мешкають на екологічно несприятливих територіях, виявлено, що основною

скаргою у обстежених була значна кровоточивість ясен під час чистки зубів, яка триває від декількох місяців до декількох років, відчуття дискомфорту у яснах. Клінічні обстеження виявили появу характерної застійної гіперемії ясен із посиленням на маргінальній частині, дуже виражений симптом кровоточивості. Ясна набряклі, не прилягають щільно до шийки зуба. У деяких дітей спостерігалися початкові ознаки продуктивного процесу – валикоподібне потовщення ясенного краю. При наявності ортодонтичної патології, зокрема аномалій положення окремих зубів, була характерна мозаїчність гіпертрофії ясенних сосочків - гіпертрофія I-II ступеню біля аномалійно розташованих зубів та катаральне запалення без гіпертрофії у інших ділянках.

У деяких дітей із соматичною патологією гінгівіт поєднується із змінами слизової оболонки порожнини рота (набряклість) та червоної кайми губ (сухість, ангулярний хейліт).

Серед всіх оглянутих дітей у 14,7% зустрічалися некаріозні ураження, зокрема системна гіоплазія емалі.

Ці симптоми, на нашу думку, пояснюються тривалим негативним впливом ксенобіотиків, що значно погіршує загальний метаболічний фон, на основі чого реалізують свою патогенетичну дію місцеві та загальні чинники.



УДК 616.314.26-007.26-08

М. І. Рабовіл, к. мед. н.

Дніпропетровська державна медична академія

ЛІКУВАННЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ, УСКЛАДНЕННОГО ЗВУЖЕННЯМ ЗУБНИХ РЯДІВ ОБОХ ЩЕЛЕП

Самою поширеною деформацією зубощелепної системи виявляється прогнатія-дистальний прикус. Лікуванню цієї патології приділяється особлива увага і присвячується багато робіт вітчизняних та зарубіжних авторів. Проте в практичній роботі для лікування дистального прикусу ортоданти до теперішнього часу широко користуються пружинячими дугами і брекет системами, які мають ряд загально відомих недоліків. До них відносяться безперервність дій на кісткову тканину і неможливість точності дозування діючої сили. Через відсутність пауз у лікуванні процеси резорбції перевершує над процесами апозиції, що може привести до розхитування і переміщування зубів і хворобливості лікування. Крім того, при користуванні цими конструкціями спостерігається гіперемія слизової оболонки, гіпертрофія міжзубних сосочків, а іноді розвивається прищічний карієс. Слід також відмітити, що дана апаратура обмежує фізіологічну рухомість зубів. Лікування дистального прикусу,

ускладненого звуженням зубних рядів обох щелеп необхідно проводити двома апаратами, що викликає певні незручності для пацієнта і подовжує термін лікування.

В клініці кафедри стоматології лікування даної патології проводиться одним знімним ортодонтичним апаратом конструкції автора (М.І.Рабовіл «Ортодонтичний апарат». Патент України № 23919 від 11.06.2007 р. Промислова власність / 2007, Бюл. № 8).

Ортодонтичний апарат містить піднебінну пластмасову пластинку, ортодонтичний гвинт, оклюзійні накладки жувальних зубів верхньої щелепи, похилу площину, вестибулярну дугу, пелоти виконані як одне ціле з оклюзійними накладками і установлені уздовж зубного ряду з піднебінної сторони зубів з можливістю щільного прилягання до язикової поверхні зубного ряду нижньої щелепи на бічних ділянках.

За допомогою даного апарату проліковано 18 дітей (11 хлопчиків і 7 дівчат) у віці 11-13 років. Получені дані біометричних вимірювань, 78 гипсових моделей щелеп (624 вимірювань) свідчать про те, що при благоприємному початковому лікуванні нормалізується форма зубних рядів. Термін лікування варіював від 14 до 16 місяців і залежало від тяжкості деформації, в той час як по літературним даним термін лікування цієї патології - 1, 5 - 2 роки (Ф.Я.Хорошилкина, 1999).

В результаті ми прийшли до висновку про те, що лікування дистального прикусу, ускладненого звуженням щелеп повинно проводитися головним образом при допомозі знімної апаратури. З'ємність конструкції робить цей апарат більш фізіологічним. Інтервали в користуванні апаратом приводе до того, що процеси резорбції і апозії кісткової тканини протікає більш або менш паралельно. Клінічно це висловлюється в стійкості переміщення зубів і в їх безболісності під час ортодонтичного лікування. Використання нашого апарату дозволило створити умови одночасного висування зубного ряду нижньої щелепи і розширення зубних рядів обох щелеп і за рахунок цього скоротити термін лікування дистального прикусу.



УДК 616-002+616.311:616.314-089.28/.29

М. В. Разуменко

Одесский государственный медицинский университет

ЧАСТОТА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С МОСТОВИДНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Установлено, что наиболее распространенным осложнением, возникающим в результате эксплуатации мостовидных зубных протезов (ЗП) является развитие воспалительного процесса вокруг опорных зубов и слизистой протезного ложа [Копейкин В.Н., 2002; Лебеденко И.Ю., 2005]

Цель настоящих исследований состояла в изучении частоты развития гингивита и хронического воспаления слизистой протезного ложа (пролежней) после применения мостовидных протезов, изготовленных из разных конструктивных материалов.

Был проведен анализ 1207 «Амбулаторных карт стоматологических больных» в возрастном диапазоне 35-65 лет, которые обратились в течение года в ортопедическое отделение областной стоматологической поликлиники по поводу частичной адентии с последующим протезированием с использованием мостовидных зубных протезов. Всего было изготовлено 810 штампованных зубных протезов, 156 цельнолитых ЗП без облицовки и 241 – цельнолитых металлокерамических ЗП. Промежуточная часть от 1 до 5 единиц. Удельный вес цельнолитых ЗП от общего числа изготовленных составил почти 33 %.

Воспалительные проявления во время эксплуатации зубного протеза наблюдались в 372 случаях (152 – гингивит, 220 – пролежни), что составило 30,8 %. Анализ выявленных осложнений воспалительного характера показал, что наиболее часто воспаление слизистой оболочки полости рта (СОПР)