

Для дистального перемещення використовувався розроблений нами ортодонтичний апарат (патент №55524), а також мініімпланти власної конструкції (патент № 88590). Використані конструктивні елементи дозволили створити якорну систему для ефективного мезіодистального перемещення зубів. Для зняття запальних процесів, покращення процесів інтеграції мікроімплантів в кісткову тканину, а також з метою оптимізації ортодонтичного лікування додатково використовувалися комплексні методи - компактостеотомія, магнітотерапія, лазерофорез лідазой. Використані комплексні методи поєднують в собі як вплив фізичних факторів (магнітотерапія) так і медикаментозних препаратів (р-р лідази), який вводять шляхом лазерного випромінювання.

Виконання методики компактостеотомії дозволяє встановити найбільш оптимальні терміни початку апаратного лікування такого типу. Операція розрахована на послаблення механічної міцності кістки в області молярів і премолярів з оральної і вестибулярної сторони з утворенням молодої кісткової тканини з наступним направленим перемещенням зубів за допомогою якорної конструкції.

Нами в комплексному лікуванні використовувався апарат для низькочастотної магнітотерапії «МАГ-30-4». Низькочастотне синусоїдальне магнітне поле надає анальгезуюче і протизапальне дію, покращує мікроциркуляторні процеси і місцеве кровообігання, сприяє розсмокочуванню запального і травматичного набряку, покращує умови для відновлення пошкоджених тканин і прискорює репаративну регенерацію. Використання лазерного випромінювання, що надає вираженими протизапальними, десенсибілізуючими, загальноукреплюючими діями в комплексі з апаратним лікуванням цілорозумно для купування запалення і ефективного зниження болевих відчуттів.

В клінічній практиці було виконано дистальне перемещення перших молярів на верхній щелепі. Зсув зубів контролювався шляхом виготовлення контрольних-діагностичних моделей щелеп з інтервалом від 1 до 12 днів. Було підтверджено ефективність застосованого методу, середні швидкості зсуву зубів становили 1,43 – 2,11 мм в місяць при застосуванні навантаження 100-150 грам.



УДК 616.311.2-002-084:616.314-089.23(048)

Н. А. Осарчук

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ГІНГІВІТУ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

При використанні ортодонтичної апаратури здебільшого виникає хронічний катаральний гінгівіт.

При ортодонтичній патології складність гінгівіту визначається ефективністю гігієнічних заходів пацієнта, чутливістю слизової оболонки до ортодонтичного апарата і можливістю контролю ортодонтом, гігієністом, парадонтологом перебігу захворювання.

Хронічний гінгівіт розвивається звичайно дуже повільно, під час довготривалого використання ортодонтичної апаратури, яка механічно і хімічно може впливати на слизову оболонку. Данні об'єктивного дослідження включають огляд, інструментальні і ряд лабораторних досліджень, ортодонту для цього необхідно залучати інших спеціалістів. Іноді зміни в порожнині рота відображають загальні процеси що відбуваються в організмі, або сигналізують про наявність загальної патології, захворювання якої-небудь системи організму, або ортодонтичний апарат “ спровокував ” катаральний гінгівіт.

Значення м'якої їжі в розвитку хронічного катарального гінгівіту виявляється в тому, що ясна не зазнають під час жування достатнього тертя. Це полегшує інфікування, травмування ясеневих країв. І саме ортоданти рекомендують виключити активне жування але зменшити інфікування за рахунок використання медичних засобів. Наші дослідження мікрофлори порожнини рота при гінгівіті, якій

супроводжує використання ортодонтичної апаратури, показали збільшення групи анаеробів. Тому профілактика катарального гінгівіту буде ефективна при застосуванні медикаментозних препаратів місцевої дії і професійної чистки зубів. Ми рекомендуємо використовувати зубні щітки, саморозширюючі флоси, йоршики, ополіскувачі, аплікації.

Висновки:

1. Ортодонтичну апаратуру використовувати після мікробіологічного обстеження порожнини рота, проводити постійний контроль гігієни порожнини рота у пацієнтів, навчати їх гігієні.
2. Неодноразово проводити професійні чистки і контроль мікрофлори порожнини рота.
3. Використовувати апарати, виготовлені однією фірмою-виробником.
4. Використання аплікацій 0,05 % розчину хлоргексидина біглюконату на слизову оболонку сприяє нормалізації гігієнічного стану порожнини рота, підвищенню резистентності тканин пародонта.



УДК 616.314+616.716.8-616.092

А. Ч. Пашаев, к. мед. н.

Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, Баку

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Согласно данным литературы наблюдается определенный рост распространенности зубочелюстных аномалий (ЗЧА) среди населения [Лавров О.С. 2002, Персин Л.С. Косарева Т.Ф. 2006, Юдин М.А. 2007]. Известно, что на формирование ЗЧА влияет изменение характера питания, ослабление иммунологического статуса, возрастание психо-эмоциональной напряженности, ухудшение экологической ситуации, процессы урбанизации и т.д.

Цель исследования: изучение роли ряда факторов в распространенности ЗЧА по данным обследования среди детского контингента города Баку.

Согласно проведенным исследованиям (797 детей с ЗЧА и 571 без ЗЧА в возрасте от 3 до 17 лет), полноценное грудное вскармливание в течение года по результатам анкетирования родителей, получили 21,0% детей с различными группами нозологических форм ЗЧА. Их число среди детей без ЗЧА было гораздо больше - 38,9%. 41,1% детей с ЗЧА вообще росли без грудного вскармливания, т.е. находились на искусственном питании. Среди детей без ЗЧА, лишенных грудного вскармливания и находящихся на искусственном питании, этот показатель был гораздо меньше - 23,6%.

Наиболее часто дети с ЗЧА проживали в центре города и окружающих его участках. Снижалась частота ЗЧА среди детей, проживающих по периметру города (окраины). Наименьшая частота ЗЧА приходилась на детей, проживающих в городских и сельских поселках. Результаты анкетирования показали, что массовость употребления резиновых жвачек весьма высокая, но интенсивность их употребления среди детей с ЗЧА намного выше, чем среди детей без ЗЧА.

Показатель неблагоприятного материального положения в семьях был выше среди детей с ЗЧА, нежели среди детей без ЗЧА. Тогда как показатель благополучного материального положения в семьях ниже среди первых и выше среди вторых детей. Неблагополучное материальное положение семей, как правило, совпадало с их неудовлетворительными жилищными условиями. В виду этого дети с ЗЧА чаще выявлялись в семьях с неудовлетворительными жилищными условиями, чем дети без ЗЧА. И наоборот, их число было меньше, по сравнению со вторыми, в семьях, проживающих в благоприятных жилищных условиях.

Проведенные нами исследования свидетельствовали о значительной роли ряда факторов в развитии зубочелюстных аномалий среди детского населения. Это отсутствие грудного вскармливания и пользование искусственным питанием, стрессовые нагрузки, для детей в сверхурбанизированном центре, повышенное употребление жевательных резинок, материальное благополучие семьи и жилищные условия, не соблюдение правил гигиены полости рта. Возможное устранение этих факторов является важным профилактическим мероприятием по снижению ЗЧА у детей.

