

Матеріали та методи дослідження. Нами було прийнято на ортопедичне лікування 62 пацієнта із вторинними зубощелепними деформаціями. Із них 38 (2,3 %) пацієнтів жіночої статі та 24 (3,7 %) пацієнтів чоловічої статі. Пацієнтів розділили на дві групи: I група 39 (62,9 %) осіб, що мали дистально обмежені дефекти зубних рядів; II група 23 (37,1 %) пацієнти із дистально необмеженими дефектами зубних рядів. В кожній групі виділили 3 вікові підгрупи: перша - 18-26; друга - 27-45; третя - 46-65 і старше. Обстеження пацієнтів проводилося за загальноприйнятою методикою із використанням клінічних та лабораторних методів дослідження.

Основні результати. Дисфункцію СНЩС у 15 (30 %) чол. I групи на тлі незначного зменшення міжальвеолярної висоти і вимушеного положення нижньої щелепи та у 10 (42%) чол. II групи на тлі зменшення міжальвеолярної висоти та дистального зміщення нижньої щелепи, переважно у жінок 27-45 та 46-65 років. З метою усунення дисфункції СНЩС та відновлення функції нейром'язового комплексу проводилося ортодонтичне лікування. У пацієнтів I групи застосовували пластмасові капи для відновлення співвідношення щелеп; при виявленні спазмів жувальної мускулатури, щоб зняти навантаження із суглобового диска робили капи, висота яких відповідала міжжюклюдійній висоті із додаваннями 2 мм, це робилося для того, щоб перебудувати роботу м'язів, викликавши позамежне гальмування. У пацієнтів II групи висоту прикусу та співвідношення щелеп змінювали поступово за допомогою кап та апарат-протезів з урахуванням міжжюклюдійної висоти в стані фізіологічного спокою. Ортопедична підготовка за допомогою кап та апарат-протезів проводилась строком 3-6 місяців, іноді до конструкції кап вводились елементи, які б дозволяли проводити необхідну ортодонтичну підготовку, спрямовану на ліквідацію ВЗЩД. Лікування закріплювалось зубним протезуванням, спочатку тимчасовим, потім постійним.

Висновки. Вторинні зубощелепні дефекти призводять до змін в роботі СНЩС та м'язів, підготовка до протезування таких пацієнтів повинна бути комплексною та охоплювати всі ланки зубощелепного апарату.



УДК 616.314-089.28/29+616-007

В. О. Дрок

Державна установа «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ

Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дітей з порушеннями опорно-рухового апарату достатньо висока, їх частота у хворих на сколіоз у 2,5 рази вище, ніж у практично здорових дітей. Цей показник збільшується з підвищенням ступеню важкості сколіозу. У 62,8 % випадків у дітей, хворих на сколіоз, має місце остеопенія, переважно у губчастій тканині. Частота виявлення і ступень остеопенії зростає в міру збільшення величини викривлення хребта та віку хворих. У дітей, хворих на сколіоз, із збільшенням віку відбувається накопичення кісткової маси, але приріст показників мінералізації кісткової тканини менш виражений, ніж у здорових однолітків. У хворих на сколіоз досить часто спостерігається остеопенічний синдром, тому апаратне ортодонтичне лікування має вплив на патологічно змінену кісткову тканину. Ехоостеометрія відрізняється високою чутливістю до змін мінеральної щільності кісткової тканини, крім того дана методика неінвазивна та проста в застосуванні, тому і була використана у даній категорії хворих.

Мета. Вивчити щільність кісткової тканини у підлітків, хворих на сколіоз, які проходять ортодонтичне лікування зубощелепних аномалій.

Матеріали та методи дослідження. Для вирішення поставлених задач було обстежено 96 %, хворих на сколіоз, віком від 13 до 17 років, з яких сформовано 4 групи. 24 практично здорових пацієнта - група порівняння, друга група – 24 пацієнта отримувала традиційне ортодонтичне лікування та професійну гігієну порожнини рота, третя група – 24 пацієнта окрім вищезгаданого лікування перед ортодонтичним лікуванням отримували аплікації геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Кальцій –D3 Нікомед», четверта група – 24 пацієнта, які перед ортодонтичним лікуванням отримували ультрафонофорез геля «Холісал» на ясенний край, після лікування призначався препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0,25мг по 1 таблетці 2 рази на день після їжі, потім вживання препарату «Кальцій- D3Нікомед» по 1 таблетці 2 рази на день після їжі впродовж місяця. Місцево призначався ультрафонофорез 5 % масляного розчину токоферола ацетата, який проводять по чергово з опроміненням ділянки альвеолярного відростка світлом гелій-неонового лазера. Для визначення щільності кісткової тканини щелеп ми проводили ультразвукову остеометрію нижньої щелепи за допомогою ехоостеометра ЭОМ-01Ц до початку ортодонтичного лікування та після його закінчення.

Результати та їх обговорення. Щільність кісткової тканини була до початку лікування вище у здорових пацієнтів, швидкість проходження ультразвуку в ділянці нижньої щелепи 2810,58 м/с, після ортодонтичного лікування цей показник змінився несуттєво. У пацієнтів другої, третьої та четвертої групи швидкість проходження ультразвуку до початку ортодонтичного лікування була нижче, ніж у здорових, що свідчить про більш низьку мінеральну щільність кісткової тканини. Після проведення лікування швидкість проходження ультразвуку у пацієнтів другої групи збільшилася в середньому на 49 м/с, у пацієнтів третьої та четвертої групи швидкість проходження ультразвуку збільшилася, та досягла рівня здорових однолітків, причому у пацієнтів четвертої групи цей показник зріс найбільш суттєво – на 221 м/с.

Висновки. В результаті проведених досліджень виявлено, що у дітей, хворих на сколіоз, щільність кісткової тканини менше, ніж у здорових. Використання запропонованої нами схеми лікування призводить до нормалізації щільності кісткової тканини, що дозволяє рекомендувати обрану схему медикаментозної корекції до широкого практичного використання.



УДК:616.311-084:616.89-008.454

Л. Х. Дурягіна, к. мед. н., К. М. Косенко, д. мед. н.

Державна установа «Кримський медичний університет ім. С. І. Георгієвського»
Державна установа «Інститут стоматології Національної академії медичних наук України»

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРИХ ІЗ ОДНОЧАСНИМИ УРАЖЕННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА І СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА, ПОЄДНАНИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Взаємозв'язок уражень тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота із загальносоматичними захворюваннями організму, значна розповсюдженість та певні особливості перебігу підтверджено дослідженнями вітчизняних і зарубіжних вчених. Актуальність проблеми зумовлена одночасним розвитком хвороб пародонта і слизової оболонки порожнини рота, особливістю їх розвитку та обтяженням клінічного перебігу стоматологічних захворювань при поєднанні з супутніми психогенними розладами. Значна поширеність, труднощі досягнення позитивних результатів лікування свідчать про необхідність вивчення основних факторів, які обумовлюють розвиток даних захворювань і потребу подальшого пошуку методів їх комплексної терапії і профілактики.

Мета дослідження. Вивчення впливу профілактичного використання препаратів «Циталопрам», «Енеріон», «Біокосмовіт Плюс» та аутотренінгу у хворих із одночасними ураженнями тканин пародонта і СОПР, поєднаних з депресивними розладами.

Матеріали та методи. Впровадження методики комплексної первинної профілактики захворювань пародонта і слизової оболонки порожнини рота у 29 обстежених з депресивними розладами основній і контрольній групі (відповідно у 15 і 14 осіб).

З урахуванням клінічних проявів захворювань пародонта і СОПР із супутнім високим рівнем депресивних переживань і стандартів надання медичної допомоги для кожного пацієнта склали план лікування та профілактики, якій у своїй основі мав наступні заходи:

для хворих основної групи призначали комплекс препаратів - «Циталопрам» (20 мг 1 раз на добу, протягом 1 міс.), «Енеріон» (200 мг, по 1 табл. двічі на добу протягом 1 міс.), «Біокосмовіт Плюс» (по 1 капсулі після їжі, двічі на добу, протягом 2 міс.), комплекс вправ аутогенного тренування за Шульцем;

для хворих контрольної групи – згідно діючих Протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Терапевтична стоматологія», затверджених МОЗ України наказом №566 від 23.11.2004 р.

Результати дослідження показали, що через 1 рік після проведення первинної профілактики спостерігали різну клінічну ситуацію і результати дослідження. При цьому хронічний катаральний генералізований гінгівіт діагностований у 2 хворих основної групи, що склало 13,3 %. В той самий час, незважаючи на проведення традиційних профілактичних заходів, у 4-х хворих контрольної групи встановлений хронічний катаральний гінгівіт і у 1 – генералізований пародонтит початкового-I ступеня, що склало 35,7 %.

При обстеженні зазначених осіб через 2 роки встановлена ще більша розбіжність показників стоматологічної захворюваності. Так, в основній групі спостереження хронічний катаральний гінгівіт встановлений в 3 хворих (20%), в той час як в контрольній групі протягом 2-х років спостерігали розвиток наступних захворювань: в 2 випадках – м'яку лейкоплакію, в 5 – хронічний катаральний гінгівіт, в 1 – генералізований пародонтит початкового -I ступеня. Загалом, через 2 роки більше ніж у половини спостережуваних осіб контрольної групи (57,1 %) діагностовано захворювання пародонта і слизової оболонки порожнини рота.