

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ
ІНДИВІДУАЛЬНО ВИГОТОВЛЕНИМИ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ
АПАРАТАМИ У РІЗНІ ПЕРІОДИ ПРИКУСУ**

Лихота К.М.

Резюме. *Стаття присвячена новітнім технологіям і методикам ортодонтичного лікування, практичного застосування індивідуально виготовлених міофункціональних апаратів, оцінці ефективності їх використання. У роботі розглянуті шляхи вирішення деяких актуальних питань, таких як проблема вибору методу лікування пацієнтів з зубощелепними аномаліями, лікування пацієнтів, які з якихось причин не можуть продовжувати лікування за допомогою незнімної ортодонтичної техніки, а також оптимізації ортодонтичного лікування в загальному.*

Ключові слова. *Міофункціональна техніка, еластопозиціонери, зубощелепні аномалії.*

Вступ. В останні десятиліття сучасні автори відмічають зростання поширеності зубощелепних аномалій – від 40 до 80 %. Це визначає необхідність застосування доступних і ефективних методів їх усунення. Збільшення кількості аномалій прикусу пов'язане з різними причинами. Серед них треба врахувати еволюційний процес редукції зубощелепної системи і зміна її функцій. У процесі розвитку і росту щелепно-лицьового скелета велике значення має функція жувальних м'язів, яка залежить від того, яку силу вони витрачають для пережовування їжі. Ротове дихання, неправильне ковтання і порушення мови сприяють звуженню зубних дуг, зміні положення передніх зубів і поглибленню різцевого перекриття.

У процесі пошуку ідеального апарату для лікування зубощелепних аномалій стоматологами-ортодонтами було створено безліч різних, як за принципом дії, так і за місцем розташування апаратів [1,2,3]. З появою сучасних еластичних матеріалів стало можливим виготовлення знімних ортодонтичних апаратів, які здатні перемістити і утримати зуби в положенні, заздалегідь передбаченому в конструкції, враховуючи пружність матеріалу, створювати універсальні апарати по своєму впливу на зуби [4,5]. Ці апарати названі міофункціональними, тому що вони створюють умови для усунення шкідливих звичок, які часто є першопричиною розвитку різних зубощелепних аномалій [4,5,6,7]. Прагнення ортодонтів досягти ідеальної за будовою і функцією оклюзії призвело до створення універсального за впливом на зубні ряди активного знімного апарату – позиціонера, який здатний виконувати різні функції. Еластопозиціонер має можливість виступати в ролі установочного або юстіровочного пристрою, який переміщує (позиціонує)

зуби в задане положення. Еластопозиціонер в практиці лікарів використовується і як ретенційний апарат для закріплення результатів лікування, для зберігання форми зубних рядів та їх взаємовідношення [8,9].

Матеріали і методи. Еластопозиціонери (рис. 1, 2), на відміну від стандартної міофункціональної апаратури, (міобрейс, апаратів Т4А, Т4К, І-2, І-3 та інших), не виробляються фабричним способом і вимагають індивідуального виготовлення в лабораторії [8,9].

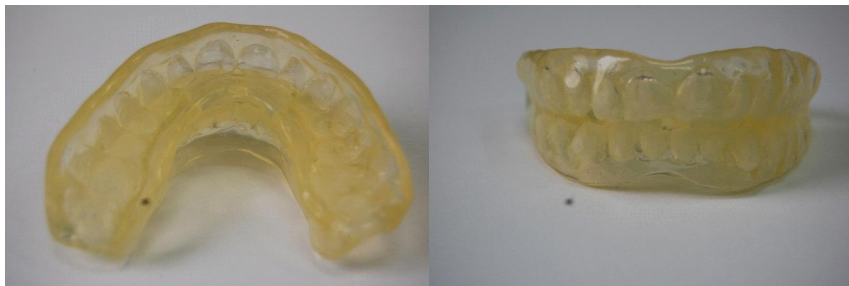


Рис. 1, 2. Еластопозиціонер

Еластопозиціонери підрозділяються на еластоелайнери – апарати, які застосовуються для корекції положення зубів і взаєморозташування щелеп і еластофінішери – застосовуються при лікуванні незнімної технікою, або після, для кінцевого «доведення» результату.

Протягом п'яти років, з метою підвищення ефективності лікування зубощелепних аномалій, профілактики їх рецидивів і захворювань пародонту, які виникають на фоні ортодонтичної патології, ми спостерігали і лікували 211 пацієнтів у віці від 9 до 36 років, застосовуючи індивідуальні силіконові еластопозиціонери. (табл. 1) Пацієнти були розділені на 2 групи: перша група включала 126 (59,71 %) осіб, чоловічої (24,60 %) та жіночої (75,40 %) статі, у віці від 9 до 36 років, первинних пацієнтів, тобто таких, яким раніше не надавалась ортодонтична допомога, їх лікування проводилося за допомогою еластоелайнерів, друга група становила 85 (40,29 %) осіб, вторинних пацієнтів, чоловічої (32,94 %) і жіночої (67,06 %) статі у віці від 15 до 36 років, яким раніше ми проводили лікування за допомогою незнімної ортодонтичної техніки, для лікування цієї групи пацієнтів застосовувалися еластофінішери (у 52 одразу після зняття, а у 33 під час лікування незнімною технікою).

Результати та обговорення. Лікування тривало від 1 до 2 років, у 198 пацієнтів обох груп відзначався позитивний результат: нормалізація аномального положення окремих зубів, відновлення фізіологічної форми звужених зубних дуг, корекція зубоальвеолярних форм дистального і мезіального прикусів, стабілізація та ретенція після застосування незнімної

Таблиця 1

Номер групи	Вік	К-ть по групах	К-ть по статі		Категорія пацієнтів	
			ж.	ч.		
I	9-36р.	126	95ж.	31ч.	Первинні	
II	15-36р.	85	57ж.	28ч.	Вторинні (після або під час лікування незнімною технікою)	
					52	33

ортодонтичної техніки. 13 пацієнтів, що складало приблизно 6% обстеженої групи, які не сумлінно застосовували апарат, тому їх результати були не настільки вираженими (табл. 2).

Таблиця 2

Загальна кількість пацієнтів	Позитивний результат	Відсутність позитивного результату
211 чол. (100%)	98 чол. (94%)	13 чол. (6%)

Відмітимо, що позиціонер не може бути використаний для лікування випадків з вираженими зубощелепними аномаліями. Найкращий ефект від застосування позиціонера відмічається після лікування незнімною ортодонтичною апаратурою, як заключний акорд у лікуванні. У цих випадках позиціонер закриває тріми після зняття металевих кілець, стимулює кровообіг ясен, розташовує зуби в оптимальному функціональному співвідношенні з антагоністами з урахуванням м'язової діяльності і функції скронево-нижньощелепного суглоба.

Таким чином, використання еластопозиціонерів дає можливість контролювати всі три компоненти дизоклюзії: зубний, щелепний, міофункціональний. При цьому поєднуються всі ознаки як функціональної, так і механічно-діючої ортодонтичної апаратури. Впровадження в ортодонтичну практику сучасних позиціонерів різко скорочує час і підвищує ефективність лікування (рис. 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Досвід використання еластопозиціонерів показав, що останні переміщують кожен зуб в оптимальний функціональний стан з антагоністами, з урахуванням функціонування м'язів і СНЩС [11, 12].

Висновки. Дизоклюзію характеризують 3 компоненти:

- зубний,
- міофункціональний,
- щелепний.

Більшість ортодонтичних апаратів діє тільки на зубній компонент. Міофункціональний компонент частіше ігнорується, що гальмує процес лікування і є причиною рецидивів.

Використання позиціонерів дозволяє контролювати всі три компоненти.

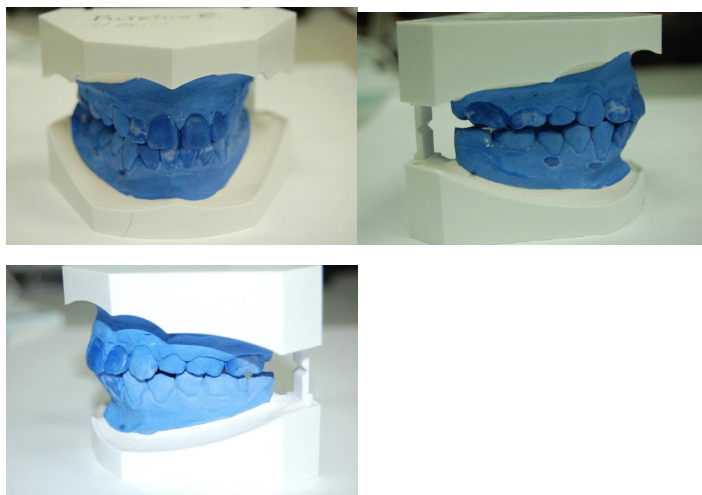


Рис. 3, 4, 5. Фото моделей щелеп пацієнтки Р. до лікування

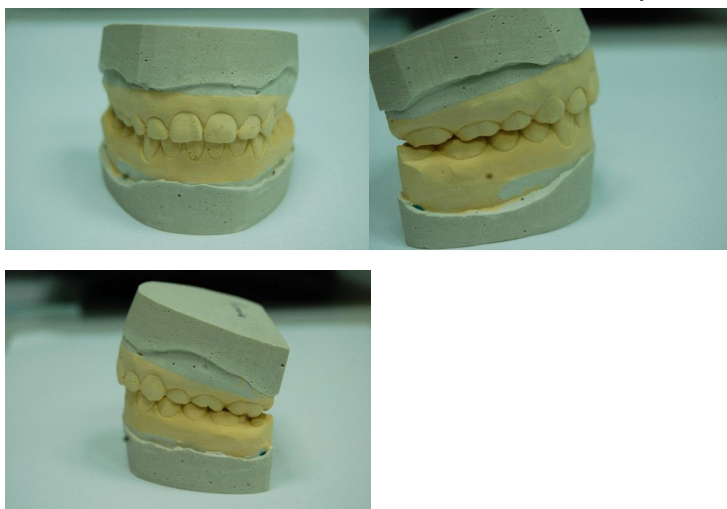


Рис. 6, 7, 8. Фото моделей щелеп пацієнтки Р. після лікування. При цьому поєднуються якості як функціональної, так і механічно діючої ортодонтичної апаратури [13, 14, 15].

Безперечно, рання профілактика, тобто попередження зубощелепної аномалії, має вирішальне значення, і, на жаль, в клініку звертаються лише тоді, коли порушення співвідношення зубних рядів досить виразні. Це вимагає особливого підходу до планування лікування з урахуванням віку пацієнта, його ортодонтичного статусу, клінічної картини [13,16].

Впровадження в практику ортодонції сучасних методів діагностики та планування лікування різко скорочує час і підвищує ефективність лікування, а застосування індивідуально виготовлених міофункціональних апаратів робить лікування ефективним, запобігаючи рецидиву патології.

Список літератури

1. Головка Н.В. Комплексна система профілактики та лікування стоматологічних захворювань у дітей з хронічними захворюваннями ЛОР-органів/ Н.В. Головка Н.В., Н.Г.Пономаренко// Й Всесоюз. конф. ортодонтів: Тез. докл. - Полтава, 1990. - С. 18-19.
2. Бушан М.Г. Довідник з ортодонції/ М.Г.Бушан М.Г., З.С.Василенко, Л.П.Григорьева та ін. - Кишинів, 1990. 485с.
3. Смаглюк Л.В. Лікування дистального відкритого прикусу з використаних пристрою для корекції положення язика запропонованої конструкції/ Л.В.Смаглюк// Український стоматологічний альманах. - 2003. - №4. - С. 50-52.
4. Бетельман А.І. Клініка і ортопедичне лікування деформацій зубощелепно-лицевої системи/ А.І.Бетельман.- К.: ДМВ УРСР, 1958.- 382с.
5. Арсеніна О.І. Застосування сучасної незнімної ортодонтичної техніки при лікуванні пацієнтів з різними аномаліями та деформаціями зубощелепної системи/О.І.Арсеніна, І.В.Гуненкова//Нове в стоматології. - 1994.- № 3.- С.16-22.
6. Бетельман А.І. Ортопедична стоматологія дитячого віку/А.І.Бетельман, А.Д.Мухіна.-Київ, 1965. - 176с.
7. Смаглюк Л.В. Сучасні методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Помилки та ускладнення/Л.В.Смаглюк: автореф. дис. на здобуття наукового ступенів докт. мед. наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія”, Полтава. - 2006. - 39с.
8. Адамчик А.А. Дослідження функції зовнішнього дихання у пацієнтів з вертикальними аномаліями прикусу/ А.А.Адамчик// Ортодент-Інфо. - 2000. - № 1-2. - С.48 - 49.
9. Арсеніна О.І. Застосування апарату Гербста при лікуванні дистальної оклюзії/ О.І.Арсеніна, Е.Е.Яціна// Ортодент -Інфо.-1999.-№4.-С.14-18.
10. Дубівка С.А. Порівняльний аналіз результатів лікування скупченість положення зубів/С.А.Дубівко, Ф.С.Аюпова, Г.Х.Ахметова//Тез. докл. «Профілактика та лікування основних стоматологічних захворювань». - С. 2.- Іжевськ.- 1992.- С.71-72.
11. Адамчик А.А., Арсеніна О.І. Стан внутрішніх органів у хворих з зубочелюстной патологією/А.А.Адамчик, О.І.Арсеніна//Ортодент -Інфо.- 1998.- № 4.- С.24 -26.

12. Мельник І.В. Лікування вестибулярного положення ікол з використанням сучасних позиціонерів: автореф. на здобуття наук. ступенів канд. мед. наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія”/І.В.Мельник.-К., 2008.-19с.

13. Адамчик А.А Шкідливі звички і раннє ортодонтичне лікування/ А.А.Адамчик//Матеріали VII Міжнар. конф. щелепно-лицевих хірургів і стоматологів.2002. - С.16.

14. Головка Н.В. Результати застосування трейнера Т4К в якості лікувально-профілактичного апарату/Н.В.Головка, Шаді Аднан Аль Хатіб// Наук. Вісн. НМУ “Стомат.здоров’я – дітям України”, К.: 2007.-С.60-61.

15. Weiland F.J. Initial effects of treatment of Class II malocclusion with the Herren activator, activator-headgear combination, and Jasper Jumper/FJ Weiland, B.Ingervall, H.P.Bantleon et al//Am.J.Orthod. Dentofacial Orthop. - 1997. -Vol. 112. - P. 19-27

16. Dahan J.S. Oral perception in tongue thrust and other oral habits/ JSDahan, O.Lelong, S.Celant et al//American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. - 2000. - Vol. 118. - N. 4.- P. 385-391.

Резюме. Стаття посвящена сoвременным технологиям и методикам ортодонтического лечения, практического применения индивидуально изготовленных миофункциональных аппаратов, оценке эффективности их использования. В работе рассмотрены пути решения некоторых актуальных вопросов, таких как проблема выбора метода лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями, лечение пациентов, которые по какой то причине не могут продолжать лечение с помощью несъемной ортодонтической техники, а также оптимизации ортодонтического лечения в общем.

Ключевые слова: *миофункциональная техника, эластопозиционеры, зубочелюстные аномалии.*

Summary. Article is devoted to the latest technologies and methods of orthodontic treatment, the practical application of custom-made devices myofunctional, assessing the effectiveness of their use. The paper path considered some urgent issues such as the problem of choosing the way of treating patients with dentoalveolar anomalies treat patients who for any reason can not continue treatment with fixed orthodontic appliances and optimization of orthodontic treatment in general.

Keywords: *myofunctional, elastopositioners, malocclusion.*