

9. Василик В.С. Використання сучасних профілактичних технологій як необхідний елемент формування здорового способу життя// Науковий вісник НМУ імені О.О.Богомольця.- 2013.- № 1.- С.25-28.

10. Григорьева Н.В. Кальций и формирование костной массы у детей и подростков. // Дитячий лікар. – 2011.-№2(9).- С.54-63.

Резюме. *В работе проанализировано состояние стоматологического здоровья лиц мобилизационного резерва и данные их анкетирования. Выявлено, что 90% обследованных подростков нуждаются в лечебно-профилактических мероприятиях, а также в повышении мотивации к активному сотрудничеству с врачом.*

Ключевые слова: *стоматологическое здоровье, факторы риска, лица мобилизационного резерва.*

Summary. *In the research, state of the stomatological health of persons of mobilization reserve and data of their questioning were analyzed. It was revealed, that 90% of surveyed adolescents need medical-preventive measures and, also, need an increase in motivation to active cooperation with a doctor.*

Keywords: *stomatological health, risk factors, persons of mobilization reserve.*

УДК 616.31

ПЕРЕВАГИ ІНДИВІДУАЛЬНО ВИГОТОВЛЕНИХ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ АПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ

К.М. Лихота¹, О.А. Канюра²

НМАПО ім.П.Л. Шупика

²НМУ імені О.О. Богомольця

Резюме. *Стаття присвячена новим методам вибору лікування такої ортодонтичної патології, як дистальний прикус. Описано переваги індивідуально виготовлених міофункціональних апаратів – еластопозиціонерів. В роботі розглянуті приклади лікування зубощелепних аномалій із застосуванням еластолайнера, а також шляхи підвищення ефективності лікування зубощелепних аномалій, профілактики їх рецидивів.*

Ключові слова: *міофункціональна апаратура, еластопозиціонер, зубощелепні аномалії.*

Вступ. Дистальний прикус – одна з найбільш поширених зубощелепних аномалій. Виходячи з причин розвитку, її поширеність не зменшується, а з кожним роком збільшується [1,2,3,4]. Для лікування даної патології запропоновано багато як механічно, так і функціонально діючої апаратури [5,6,7,8]. Це свідчить про велику складність лікування та різноманіття клінічних форм даної патології, об'єднаних під загальною назвою «дистальний прикус» (дистальна оклюзія).

В даний час для вирішення цієї проблеми створені спеціальні ортодонтичні апарати (еластопозиціонери), які дозволяють врахувати всі види порушень та привести їх у відповідність з картою (щільне і правильне змикання зубних рядів, нормалізація оклюзійної площини і т.д.). Суть цих методик полягає в тому, що завдяки удосконаленню технологій виготовлення апаратів, матеріалів, з яких вони виготовляються, накопичення величезних знань у розвитку та виправленні спадкових і набутих ознак аномалій дало можливість узагальнити дані і створити моноблоковий апарат, який принесе позитивний результат з меншою витратою зусиль лікаря та пацієнта. Ці апарати за своєю дією є міофункціональними апаратами, але виготовляються і працюють як індивідуальні [3,9,10].

Мета. Метою нашої роботи є збільшення ефективності ортодонтичного лікування, моделювання ідеальної оклюзії, зменшення кількості ускладнень і рецидивів, за допомогою комплексного застосування програм профілактики та міофункціональних апаратів індивідуального виготовлення.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням та лікуванням знаходилися 76 пацієнтів у віці від 14-ти до 36-ти років із діагнозом дистальний прикус. Для їх лікування ми використовували еластопозиціонери.

Під системним назвою «Elastodontic» (пружні стоматологічні апарати) були створені чотири основні апарати з широким спектром застосування та наступними перевагами:

при вираженій патології для посилення навантаження високоеластична силіконова база дозволяє докладати силу безпосередньо до зубів, на які можуть бути закріплені спеціальні кнопки.

еластопозиціонери, на відміну від класичних ортодонтичних апаратів, можуть бути використані в якості активного лікувального інструменту на будь-якій стадії ортодонтичної терапії.

еластопозиціонери при відповідних показаннях ефективні як апаратів для ортодонтичної терапії на початковій стадії без попереднього лікування, незалежно від віку пацієнта в тимчасовому, змінному та постійному прикусах.

завдяки розробленому головному пристосуванню Headgear можна впливати, як на ріст щелепи, так і на положення верхньої щелепи за допомогою з'єднання з екстраоральною опорою.

Широкі повітряні зазори підвищують зручність носіння пристосувань. М'який базисний матеріал практично не має місць здавлення.

Мета лікування, яка стає видимою завдяки системі Set-up, є ефективним мотиваційним інструментом.

Базисним матеріалом еластопозиціонерів є A-Silikon (адитивно-сітчастий з платиновим каталізатором), який вулканізується при підвищеній температурі за спеціальною методикою (метод гарячої вулканізації).

Лікування даними апаратами полягає в тому, що завдяки системі Set-up в артикуляторі вирівнюються оклюзійні поверхні зубних рядів без порушень, з урахуванням центрування і залежно від стану жувальних і м'язів, з гарантованим правильним напрямком ікол. Еластопозиціонер можна застосовувати як самостійний апарат, а також після зняття незнімної апаратури.

Результати лікування та їх обговорення. 76 пацієнтів з діагнозом дистальний прикус були розподілені відповідно до основних ознак, які необхідно усунути (табл.1).

Таблиця 1

Основні ознаки порушення оклюзії при дистальному прикусі

№ пп	Кількість обстежених	Глибокий прикус		Відкритий прикус		Скупчення зубів		Супра- оклюзія		Інфраоклю- зія	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Верхня щелепа	43	56,57	11	14,47	12	15,78	18	23,68	11	14,47
2	Нижня щелепа	43	-	-	-	9	11,8	7	9,21	25	32,89
	Всього	43	56,57	11	14,47	21	27,6	25	32,8	36	47,3
							3		9		6

№ пп	Кількість обстежених	Протрузія зубів		Сагітальна щілина		Діастеми, треми		Тортано- малії		Звуження в бічних діл.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Верхня щелепа	27	35,52	18	23,68	8	15,78	6	7,89	36	47,36
2	Нижня щелепа	11	14,47	-	-	3	11,8	10	13,1	7	9,21
	Всього	38	49,99	18	23,68	11	27,63	16	21,0	43	56,57
									4		

Глибоке перекриття спостерігалось у 43 (56,57%), відкритий прикус у 11 (14,47%), скупченість зубів на верхній щелепі склала 12 (15,78%) випадків, на нижній щелепі - 9 (11,8%). Звуження щелепи в бічних ділянках спостерігалось на верхній щелепі - 36 (47,36%), на нижній - 7 (9,21%); протрузія верхніх зубів 27 (35,52%), нижніх - 11 (14,47%); сагітальна щілина - 18 (23,68%); діастеми і трями - 11 (14,46%); тортаномалії на верхній щелепі 6 (7,89%), на нижній - 10 (13,15%); інфраоклюзія на верхній щелепі склала 11 (14,47%) випадків, на нижній - 25 (32,89%); супраоклюзія зубів на верхній щелепі 18 (23,68%), на нижній 7 (9,21%).

Таким чином, кількість ознак, що порушують оклюзію при дистальному прикусі займає провідну роль, тобто поряд з регулюванням правильного

положення зубів при лікуванні необхідно усунути безліч негативних ознак. Тому всі основні порушення усуваються еластопозиціонерами, але при звуженні щелепи більше ніж на 5мм часто потрібно не тільки розширення щелепи, але і застосування додаткових пристосувань для переміщення вестибулярно або піднебінно розташованих зубів в зубний ряд. З цим і пов'язаний вибір різних видів еластопозиціонерів.

Так, еласто-фінішер (еласто-бонд), апарат, який застосовується для лікування ускладненої патології або завершення ортодонтичної терапії із застосуванням незнімної ортодонтичної техніки, призначався нами при ускладненні дистального прикусу фронтальною різцевою дезоклюзією, при нестачі місця у фронтальному відділі.

Еласто-стріп застосовували при протрузії зубів на верхній щелепі з наявністю трем, при значній сагітальній щілині, при виражених захворюваннях пародонту.

Виписка з історії хвороби №721. Хворий С., 16років. (Рис.1,2) звернувся в клініку кафедри стоматології ІС Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика зі скаргами на косметичний дефект, порушення функції жування й мови.

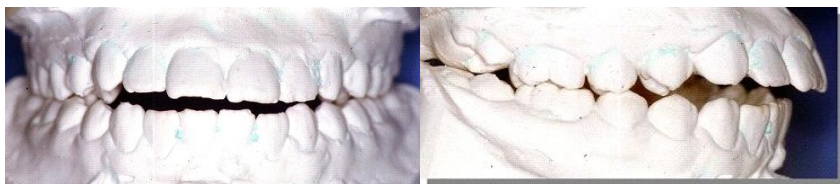


Рис.1, 2. Фото моделей щелеп пацієнта С. до ортодонтичного лікування
 Анамнез: вигодовування штучне, має шкідливу звичку – смоктання язика, спадковість обтяжена – у матері дистальний прикус. ГРВІ шість-вісім разів на рік.

Об'єктивно: випинання верхньої губи, різко виражена підборідна складка, нижня частина обличчя різко вкорочена.

Зубна формула:

р+	п	п	п	р		1	2	3	4	5	6	7		
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
р+											п			

Зуби уражені каріозним процесом, КПУ - 7. Гігієна порожнини рота незадовільна. Хронічний катаральний гінгівіт. Протрузія зубів верхньої щелепи, діастема, тремі. Нижні фронтальні зуби знаходяться в супраоклюзії і контактують зі слизовою оболонкою піднебіння, травмуючи її. Мезіощічний

бугор верхнього першого моляра розташований між першим нижнім моляром і другим нижнім премоляром. Висота коронок бічних зубів на обох щелепах в межах норми. У фронтальному відділі є сагітальна щілина 7мм.

Діагноз: дистальний прикус, ускладнений глибоким. Зубоальвеолярна протрузія фронтальної ділянки верхньої щелепи, сагітальна щілина - 7мм.

Лікування: проведено санацію порожнини рота, хворий навчений гігієні ротової порожнини. Після чого зняті відбитки, зафіксована звична оклюзія, робота відправлена в лабораторію, де виготовлений еластопозиціонер.

Моноблоковий апарат припасовано в порожнині рота, дані рекомендації: перші 2 тижні носити апарат тільки в денний час, поступово довести час носіння до 1-2 годин, після чого носити апарат від 1 до 2 годин вдень і спати в ньому всю ніч. Контрольне відвідування через місяць: пацієнт відвик від смоктання мови, адаптувався до апарату, дисциплінований по відношенню до правил експлуатації. Контроль через три місяці: сагітальна щілина зменшилась до 3 мм, значно зменшилася протрузія верхніх зубів, нормалізувалось положення нижніх зубів. Далі контроль кожні 6 місяців.

Таким чином, через 1,5 року носіння еластопозиціонера усунуто глибоке перекриття, зуби нижньої щелепи переміщені дещо вперед внаслідок стимуляції горизонтального росту нижньої щелепи. (Рис. 3,4)



Рис. 3,4 Фото щелеп пацієнта С после 1,5года ношення еластоелайнера

Висновки

При правильному носінні апарату через 1-1,5 роки ми спостерігаємо позитивний лікувальний ефект. При досягненні кінцевого результату рецидиви не відмічалися. Також потрібно констатувати, що витрати часу лікаря і ефективність лікування окуповують вартість еластопозиціонерів.

Таким чином, різноманітні форми клінічного прояву дистального прикусу усуваються шляхом використання еластопозиціонерів (еластоелайнерів і еластофінішерів), які дозволяють комплексно впливати на зубощелепно-лицьову область і діють як індивідуальний міофункціональний апарат. Після нормалізації співвідношення і форми зубних рядів еластопозиціонери (еластофінішери) використовуються як ретейнери для закріплення отриманого результату.

Література

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. Смаглюк Л.В. Лікування дистального відкритого прикусу з використанням пристрою для корекції положення язика запропонованої конструкції / Л.В.Смаглюк // Український стоматологічний альманах. – 2003. - № 4. – С. 50-52.
3. Арсеніна О.І. Застосування сучасної незнімної ортодонтичної техніки при лікуванні пацієнтів с різноманітними аномаліями та деформаціями зубощелепної системи / О.І.Арсеніна, І.В.Гуненкова // Нове в стоматології. – 1994. - № 3. – С. 16-22.
4. Смаглюк Л.В. Сучасні методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Помилки та ускладнення / Л.В.Смаглюк : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.22 „Стоматологія”, Полтава. – 2006. – 39 с.
5. Адамчик А.А. Дослідження функції зовнішнього дихання у пацієнтів з вертикальними аномаліями прикусу / А.А.Адамчик // Ортодент-Інфо. – 2000. - № 1-2. – С.48-49.
6. Григор'єва Л.П. Прикус у дітей/ Григор'єва Л.П. – Полтава, 1995. – 231-233с.
7. Персін Л.С. Ортодонтія. Діагностика та лікування зубощелепних аномалій: Посібник для лікарів. – М., 2004. – 297с.
8. Hinz R. Einfach zeitsparend klinisch anzuwenden, zugleich hocheffizichf und patienten gleich // Die Lahnarzt Wodu DLM. – 2002 / - №1. – S. 1-3.
9. Лютик Г.Н., Губанова М.О. Лікування дистального прикусу за допомогою ретракторів з позаротовою тягою// Сучасна стоматологія. – 2001. - №1. – С.86-87.
10. Майчуб І.Ю., Хорошилкіна Ф.Я. Біоретрактор Майчуба та Хорошилкіної для лікування дистального глибокого прикусу // Нове в стоматології. – 1997. - №1 (51). – С.105-108.

Резюме. *Статья посвящена новым методам выбора лечения такой ортодонтической патологии, как дистальный прикус. Описаны преимущества индивидуально изготовленных миофункциональных аппаратов – эластопозиционеров. В работе рассмотрены примеры лечения зубочелюстных аномалий с применением эластоэлайнера, а также пути повышения эффективности лечения зубочелюстных аномалий, профилактики их рецидивов.*

Ключевые слова: *миофункциональная аппаратура, эластопозиционер, зубочелюстные аномалии.*

Summary. *The article is devoted to new methods of orthodontic treatment options such diseases as distal occlusion. The advantages of custom-made devices myofunctional – elastopositioners. The paper discusses examples of treatment of dentofacial anomalies using elastoelayers, as well as ways to improve the treatment of dentofacial anomalies, prevent their recurrence.*

Keywords: *myofunctional, elastopositioner, malocclusion.*

УДК 617-089+616-089.843

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ВТОРИННОЮ АДЕНТІЄЮ

А.М. Лихота¹, В.В. Коваленко¹, М.З. Лищишин²

¹Українська військово-медична академія

²Центральна стоматологічна поліклініка Міністерства оборони України

Резюме. *Стаття присвячена обґрунтуванню більш широкого використання дентальної імплантації в комплексі заходів медичної реабілітації учасників бойових дій з вторинною адентією. Розроблені оптимальні хірургічні протоколи дентальної імплантації у різних категорій пацієнтів та при різноманітних клінічних ситуаціях.*

Ключові слова: *медична реабілітація, учасники бойових дій, дентальна імплантація, вторинна адентія.*

Вступ. Значне розповсюдження карієсу та захворювань пародонта, збільшення аномалій прикусу, згортання загальнодержавних програм профілактики стоматологічних захворювань призвели до суттєвого збільшення дефектів зубних рядів серед населення України. Особливої уваги заслуговують питання реабілітації ветеранів війни.

Питання реабілітації, і перш за все, медичного відновлення, ветеранів різних воєнних конфліктів приділяють суттєву увагу в усьому світі.

Наприклад, під час війни у В'єтнамі США втратили, за різними джерелами, від 56 до 58 тисяч осіб. Після ж її припинення ще 129 тисяч ветеранів загинули в результаті стресів та самогубств.

Головне піклування держави ветеранами в США проявляються в виді прямої фінансової допомоги шляхом компенсацій, медичного обслуговування (як відомо, в Сполучених Штатах це задоволення досить дороге), програм соціальної реабілітації. Ще в кінці минулого століття в США в рамках спеціальної державної програми була створена ціла мережа спеціалізованих медичних закладів для ветеранів, що включала в себе близько 200 спеціалізованих центрів медико-психологічної реабілітації ветеранів в'єтнамської війни і учасників війни в Персидському заливі, а також 172 медичних центра і 153 клініки, що надають ветеранам комплексну медико-психологічну підтримку. Обстеження та лікування ветеранів, включаючи оплату медикаментів, бере на себе держава.