

**КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ РАНЬОГО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ
ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ ЗА ДОПОМОГОЮ СТАНДАРТНИХ
МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ АПАРАТІВ**

К.М. Лихота

Інститут стоматології НМАПО імені П. Л. Шупика

Резюме. В статті відображені результати лікування зубощелепних аномалій у пацієнтів у змінному та ранньому постійному прикусі за допомогою стандартних міофункціональних апаратів.

Вступ. В процесі росту і розвитку щелепно-лицевого скелету велике значення має функція жувальних м'язів, яка залежить від того, яку силу вони траплять на пережовування їжі. Ротове дихання, інфантильний тип ковтання, шкідливі звички (прокладання пальця, язика, закушування сторонніх предметів) порушення звуковимови приводить до звуження зубних дуг, зміни положення передніх зубів, виникнення скупченості зубів, поглиблення різевого перекриття і, як наслідок, призводить до формування патології прикусу.

Мета. профілактика та раннє лікування зубощелепних аномалій, збільшення ефективності ортодонтичного лікування, зменшення кількості ускладнень і рецидивів, методом комплексного застосування програм профілактики і використання стандартних міофункціональних апаратів.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням і на лікуванні знаходились 53 пацієнта. Всі обстежені пацієнти були розділені на дві групи. В першу увійшло 28 дітей у віці від 6 до 9 років, у змінному періоді прикусу. До другої групи ми віднесли 25 осіб у віці від 10 до 13 років, які знаходились у періоді раннього постійного прикусу.

Результати. Лікування тривало від 12 до 24 місяців, у всіх 53 пацієнтів першої та другої груп відзначили нормалізацію положення окремих зубів, відновлення фізіологічної форми звужених зубних дуг, корекцію дистального, глибокого, відкритого та перехресного прикусу.

Висновки. Доведена ефективність ортодонтичного лікування пацієнтів за допомогою стандартної міофункціональної апаратури, оскільки з'являється можливість контролювати всі три компоненти дизоклюзії: зубний, щелепний, міофункціональний.

Ключові слова: стандартні міофункціональні апарати, зубощелепні аномалії.

Вступ. Взаємозалежність форми і функції полягає у фізіологічній рівновазі основних функцій зубощелепної системи (смоктанні, диханні, жуванні, мовленні) з її анатомічними структурами (Головко Н. В., 2008;

Куроедова В. Д., 2003; Хорошилкіна Ф. Я., 2006). Порушення функцій зубощелепної системи є одним з ведучих етіологічних факторів у виникненні зубощелепних аномалій (Смаглюк Л. В., 2013; Білоус А. М. і співавт., 2013). Зубощелепна система, як і інші системи людського організму, – функціональна, здатна на саморегуляцію та адаптацію до змін зовнішніх умов.

Неправильний розподіл м'язового тиску при жуванні, а також порушення функцій дихання, ковтання та вимови звуків – основна причина більшості аномалій та деформацій щелепно-лищевої ділянки.

За останні десятиліття значно зросла кількість зубощелепних аномалій у всіх періодах прикусу. Серед причин, що приводять до патологій зубощелепної системи потрібно врахувати еволюційний процес редукції зубощелепної системи та зміни її функцій. В процесі росту і розвитку щелепно-лищевого скелету велике значення має функція жувальних м'язів, яка залежить від того, яку силу вони втрачають на пережовування їжі. Ротове дихання, інфантильний тип ковтання, шкідливі звички (прокладання пальця, язика, закушування сторонніх предметів) порушення звуковимови приводить до звуження зубних дуг, зміни положення передніх зубів, виникнення скупченості зубів, поглиблення різцевого перекриття і, як наслідок, призводить до формування патології прикусу.

Мета роботи: профілактика та раннє лікування зубощелепних аномалій, збільшення ефективності ортодонтичного лікування, зменшення кількості ускладнень і рецидивів, методом комплексного застосування програм профілактики і використання стандартних міофункціональних апаратів.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням і на лікуванні знаходились 53 пацієнта. Всі обстежені пацієнти були розділені на дві групи. В першу увійшло 28 дітей у віці від 6 до 9 років, у змінному періоді прикусу. До другої групи ми віднесли 25 осіб у віці від 10 до 13 років, які знаходились у періоді раннього постійного прикусу.

Пацієнтам були індивідуально підібрані по розміру, а також по висоті стандартні міофункціональні апарати. Протягом 3–4 тижнів всім пацієнтам (батькам пацієнтів) були дані рекомендації використовувати апарати тільки в денний час, поступово доводячи до 2-ох годинного ношення і тільки через місяць, після повного звикання дитини до апарату, рекомендовано його нічне застосування.

Міофункціональні апарати виготовлені із біосумісного та еластичного силікону, що робить його гігієнічним та зручним у використанні. Силікон достатньо м'який, щоб забезпечити зручність носіння. Трейнер легко дезінфікується та підлягає автоклавуванню (що зручно для ортодонта при підборі апарату шляхом примірки).

Апарат також має додаткові отвори, що полегшують дихання і роблять можливим носіння апарату при патології ЛОР органів, для лікування якої пацієнт направляється до спеціаліста.

Можливість швидко та зручно визначити необхідний розмір, простота корекції апарата у випадку необхідності є однозначною перевагою при великому потоці пацієнтів. Можливість введення додаткових елементів в конструкцію апарата та відсутність лабораторного етапу виготовлення, всі ці переваги є беззаперечними при виборі лікарями-ортодонтами та пацієнтами стандартних міофункціональних апаратів, як активних ортодонтичних апаратів.

Показами для лікування зубощелепної патології за допомогою стандартних міофункціональних апаратів є:

- профілактика та раннє лікування аномалій прикусу, що формуються. Це досягається за рахунок усунення шкідливих звичок і відновлення правильних функцій зубощелепної системи;

- лікування дистального, відкритого, глибокого і перехресного прикусів;
- скупченість зубів в ділянці різців та ікол, а також їх ротації;
- «ясенева» посмішка;
- можливість використання в якості ретенційного апарата, після лікування незмінною ортодонтичною технікою;

Протипокази :

- лікування мезіального прикусу при переважанні вертикального типу росту;

- зміщення центральної лінії, що перевищує 3мм;
- значне звуження верхньої щелепи.

Результати дослідження і обговорення. Лікування тривало від 12 до 24 місяців, у всіх 53 пацієнтів першої та другої груп відзначили позитивний результат: нормалізація аномального положення окремих зубів, відновлення фізіологічної форми звужених зубних дуг, корекція дистального, глибокого, відкритого та перехресного прикусу.

Клінічний випадок: виписка з історії хвороби №73. Пацієнт Л., 11 років. Батьки звернулись зі скаргами на естетичний дефект, порушення функції жування і мовлення.

Анамнез: вигодовування штучне, спадковість не обтяжена. ГРВІ 6-7 разів в рік.

Об'єктивно: виражена підборідна складка, нижня частина лиця вкорочена.

Зубна формула:

П	П
6 V IV 3 2 1	1 2 3 IV V 6
6 V IV 3 2 1	1 2 3 IV V 6
К П	П

Гігієна порожнини рота задовільна. Висота коронок бокових зубів на двох щелепах в межах норми. Верхні різці повністю перекривають нижні.

Діагноз: глибокий прикус.

Лікування: проведена санація порожнини рота. Після чого зняті відбитки для діагностичних моделей, підібраний по розміру і припасований в ротовій порожнині стандартний міофункціональний апарат.

Дані рекомендації: перші 3 тижні носити апарат тільки в денний час, поступово довести час ношення до 2 годин, після чого носити апарат 2 години в день і спати в ньому всю ніч, чистити щіткою та дитячим милом. Контрольне відвідування через місяць: пацієнт адаптувався до апарату, дисциплінований по відношенню до правил експлуатації. Контроль через три місяці: перекриття у фронтальній ділянці зменшилось.

Таким чином, через 1 рік ношення стандартного міофункціонального апарату був усунутий глибокий прикус, верхні зуби перекривають нижні на 1/3.

Висновки

Таким чином, використання стандартних міофункціональних апаратів дає можливість контролювати всі три компоненти дизоклюзії: зубний, щелепний, міофункціональний. При цьому поєднуються всі ознаки як функціональної, так і механічно-діючої ортодонтичної апаратури. Введення в практику ортодонтів стандартних міофункціональних апаратів значно підвищує ефективність лікування.

Список використаної літератури

1. Білоус А. М. Зіставлення морфофункціонального стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату в пацієнтів із перехресним прикусом / А. М. Білоус, Н. В. Куліш, Л. В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах . – 2013. - № 4. – С. 58 – 60.

2. Головка Н. В. Профілактика зубощелепних аномалій. – Вінниця, 2008. – 172-178с.

3. Куроєдова В. Д., Дмитренко М. І. Сучасні методи профілактики зубощелепних аномалій і деформацій // Світ ортодонції. – 2003. – Київ. - № 1 (4). – С. 6-9.

4. Лихота К. М. Вплив міофункціональної апаратури на стан функціональної активності зубощелепної системи в осіб старшої вікової групи при ортодонтичному лікуванні сагітальних аномалій прикусу / К.М. Лихота // Современная ортодонтия. – 2015. - №4 (42). – С.31-34.

5. Смаглюк Л. В. Нарушения функций челюстно-лицевой области как ведущий этиологический фактор формирования зубочелюстных аномалий в первый период сменного прикуса / Л.В. Смаглюк, М.В. Трофименко // Ортодонтия. – 2007. – № 3 (39). – С. 79.

6. Хорошилкина Ф. Я., Персин Л. С., Окушко-Калашникова В. П. Ортодонтия: «Профилактика и лечение функциональных, морфологических

и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области». Кн. IV. – М., 2006. – 453 с.

Резюме. В статье отображены результаты лечения зубочелюстных аномалий у пациентов в сменном и раннем постоянном прикусе с помощью стандартных миофункциональных аппаратов. В процессе роста и развития челюстно-лицевого скелета большое значение имеет функция жевательных мышц, зависящая от силы необходимой на пережевывания пищи. Ротовое дыхание, инфантильный тип глотания, вредные привычки (прикладывания пальца, языка, закусывание инородных предметов), нарушение произношения приводит к сужению зубных дуг, изменения положения передних зубов, возникновения скученности зубов, углубления рецезового перекрытия и, как следствие, приводит к формированию патологии прикуса. Цель – профилактика и раннее лечение зубочелюстных аномалий, увеличение эффективности ортодонтического лечения, уменьшение количества осложнений и рецидивов, методом комплексного использования программ профилактики и использования стандартных миофункциональных аппаратов.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением и на лечении находилось 53 пациента. Все пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 28 детей в возрасте от 6 до 9 лет, в сменном периоде прикуса. Ко второй группе мы отнесли 25 лиц в возрасте от 10 до 13 лет, которые находились в периоде раннего постоянного прикуса.

Результаты. Лечение длилось от 12 до 24 месяцев, у всех 53 пациентов первой и второй групп отмечалась нормализация положения отдельных зубов, восстановления физиологической формы суженных зубных дуг, коррекцию дистального, глубокого, открытого и перекрестного прикуса.

Выводы. Доказана эффективность ортодонтического лечения пациентов с помощью стандартной миофункциональной аппаратуры, потому появляется возможность контролировать все три компонента дизокклюзии: зубной, челюстной, миофункциональный.

Ключевые слова: стандартные миофункциональные аппараты, зубочелюстные аномалии.

Summary. The article describes the results of treatment of dentoalveolar anomalies in patients with an early mixed and permanent occlusion using standart myofunctional appliances.

Introduction. In the process of growth and development of the maxillofacial skeleton great importance is the the function chewing muscles. It depend on what power they waste on chewing food. Mouth breathing, infantile type of swallowing, bad habits (laying a finger, tonguebiting foreign objects) violation pronunciation of sounds leads to narrowing of the dental arches, change the position of the front teeth, the occurrence of crowding teeth, deepening incisive overbite and, consequently, leads to the formation of pathology occlusion.

Purpose. Prevention and early treatment of teeth anomalies, increasing the efficiency of orthodontic treatment, reduce complications and relapses by comprehensive using of prevention programs and standard myofunctional appliances.

Materials and methods. We observed and were treating 53 patients. All examined patients were divided into two groups. First included 28 children aged 6 to 9 years, mixed occlusion period. The second group we took 25 people aged 10 to 13 years who were in the early permanent occlusion.

Results. Treatment continued for 12 to 24 months. At all 53 patients the first and second groups we have noted normalization position of separate teeth, restoring physiological form of the narrow dental arches, correction distal, deep, open and cross-bite.

Conclusions. Proven effectiveness of orthodontic treatment of patients using standard myofunctional appliances, because it is possible to control all three components of malocclusion : tooth, gnathic, myofunctional.

Key words: *standart myofunctional appliances, dentoalveolar anomalies.*

УДК 616.314-77:615.466:616.314.163-08

ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНИХ СИСТЕМ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ КОРЕНЕВИХ КАНАЛІВ ДО ШТИФТОВОГО ПРОТЕЗУВАННЯ

І.М. Черніков, А.М. Лихота

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
Українська військово-медична академія*

Резюме. За даними вітчизняних авторів ускладнення після відновлення коронкової частини зуба за допомогою незнімних ортопедичних конструкцій складають від 22 до 60%, тому, на сьогоднішній день, залишається актуальним питання підготовки кореневого каналу до штифтового протезування [1, 2, 3, 4].

Мета. Удосконалення методів підготовки кореневого каналу до штифтового протезування за допомогою використання адгезивних обтураційних матеріалів.

Матеріал і методи. Комплексне обстеження 120 пацієнтів віком від 12 до 60 років, у яких у 230 зубах була зруйнована коронкова частина, із застосуванням клінічних, рентгенологічних та мікробіологічних методів дослідження. Результати. Клініко-рентгенологічні методи обстеження 230 зубів (270 коренів) у 120 пацієнтів віком від 12 до 60 років показали, що після підготовки коренів до штифтового протезування обтураційною системою EndoSequence вони зможуть витримувати повноцінне функціональне навантаження.

Висновки. Щоб уникнути ускладнень після протезування, пов'язаних з цілим рядом ендодонтичних, хірургічних та інших видів втручань, треба ретельно та фахово відноситися до вибору методів підготовки зубів до протезування.

Ключові слова: *адгезивні системи, кореневі канали, ортопедичні конструкції, протезування.*