

ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

**Матеріали науково-практичної конференції
«Інноваційні технології
в стоматології»**

(23 вересня 2016 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2016

Інноваційні технології в стоматології : матеріали наук.-практ. конф., 23 верес.
2016 р. – Тернопіль : ТДМУ, 2016. – 124 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

реднім рівнем, 3 пацієнти (10,0%) з високим рівнем та 4 дітей (13,3%) з дуже високим індивідуальним рівнем каріозного процесу.

Аналізуючи стан гігієни порожнини рота, ми виявили, що індекс ОНІ- S у 7 дітей (23,3%) оцінювався як «задовільна» гігієна, у 23 дітей (76,7%) – як «незадовільна» та «погана» гігієна. У жодної дитини досліджуваної групи не зареєстровано «доброї» гігієни порожнини рота.

У всіх учасників дослідження виявлено клінічний стан хронічного генералізованого катарального гінгівіту. Ступені інтенсивності гінгівіту за індексом ПМА розподілено наступним чином: легкий ступінь у 7 дітей (23,3%), середній ступінь у 9 дітей (30,0%) та тяжкий ступінь у 14 хворих (46,7%).

Висновки.

Проведене нами дослідження дає змогу зробити висновок, що серед хворих на муковісцидоз дітей спостерігається поширеність карієсу зубів середнього ступеню, низький рівень гігієни порожнини рота та висока захворюваність на гінгівіт. Отримані дані свідчать про необхідність проведення поглибленого вивчення впливу патогенетичних факторів муковісцидозу на стан органів порожнини рота дітей та розробки уніфікованої лікувальної тактики стоматолога.

УДК 616.314.26-76-085.825-053.5

Назарян Р. С., Хмиз Т. Г., Ткаченко І. Г.

*Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-
лицьової хірургії та імплантології*

ЛІКАРСЬКА ТАКТИКА ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ У ПЕРІОД ЗМІННОГО ПРИКУСУ

Наукова робота виконана у відповідності з планом науково-дослідної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України «Характер, структура та лікування основних стоматологічних захворювань» (номер держреєстрації 0116U004975).

При лікуванні пацієнтів з дистальною оклюзією у період активного росту лицевого скелету для стимулювання росту нижньої щелепи та її меді-

ального переміщення перевагу надають функціональним ортодонтичним апаратам (активатори, біонатори, кінетори, регулятори функції та ін.). Але пацієнти насилу звикають до цих апаратів або відмовляються користуватися ними. Це пов'язано з громіздкістю та розміром цих апаратів з одного боку та опором м'язів, що висувають нижню щелепу, з другого. Пацієнт відчуває великий дискомфорт, а часом і біль, що веде до самостійного припинення лікування у дуже важливий період росту лицевого скелету, коли ортодонтичне лікування найбільш ефективне.

Ціллю даного дослідження було підвищити ефективність лікування пацієнтів з дистальною оклюзією у період змінного прикусу шляхом поетапного використання знімних пластинкових апаратів з накусочною площиною, знімних пластинкових апаратів з похилою площиною та вправ для тренування м'язів, що висувають нижню щелепу.

Матеріали та методи дослідження. Нами запропоновано комплекс лікувальних заходів, що передбачає:

1. Використання знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з накусочною площиною у фронтальній ділянці. Механічний вплив на зубні ряди здійснювали за допомогою ортодонтичних гвинтів, вестибулярних дуг та протракційних пружин, що нормалізує їх форму і оклюзійний контакт.
2. Виконання вправ для тренування м'язів, що висувають нижню щелепу разом з використанням знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з накусочною площиною у фронтальній ділянці.
3. Використання знімного пластинкового апарату на верхню щелепу з похилою площиною у фронтальній ділянці, виготовленого у конструктивному прикусі.

Обговорення результатів дослідження. Під час адаптації до апарату та нормалізації форми верхнього зубного ряду накусочна площа у фронтальній ділянці виконує функцію депрограматора для м'язів, що висувають нижню щелепу. Міогімнастика сприяє забезпеченню міодинамічної рівноваги у зубощелепній ділянці, що створює сприятливі умови для росту недорозвиненої нижньої щелепи і для її медіального зміщення та пристосовує м'язи для нового положення нижньої щелепи. Знімний пластинковий апарат на верхню щелепу з похилою площиною у фронтальній ділянці стабілізує нижню щелепу у конструктивному прикусі та дозволяє при постійному використанні отримати фізіологічні оклюзійні контакти у бокових ділянках під час прорізування бокових зубів.

Висновки. Таким чином, при використанні запропонованого комплексу лікувальних заходів ми отримали фізіологічну оклюзію у постійному прикусі. У деяких випадках була необхідність у використанні незнімної техніки для покращення положення окремих зубів та деяких оклюзійних контактів.