

Головко Н.В.,
Аль Хатиб Шаді Аднан

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ ТРЕЙНЕРА Т₄К В ЯКОСТІ ЛІКУВАЛЬНО- ПРОФІЛАКТИЧНОГО АПАРАТУ

Вищий державний навчальний заклад України
„Українська медична стоматологічна академія” м.Полтава

Стоматологія майбутнього повинна складатися з профілактики, ранньої діагностики і превентивного лікування. З цим погоджуються наука, лікарі, страхові компанії і державні структури.

Останні роки характеризуються тенденцією преортодонтичної корекції міофункціональних порушень за допомогою різних пристосувань і стандартних апаратів «профілактичної сходинок», до яких відносять вестибулярні пластинки доктора Хінця, міофункціональні преортодонтичні трейнери і т.п. Однак, більшість практикуючих ортодонтів віддає перевагу індивідуально виготовленим пластинковим апаратам з функціональними елементами

Тому метою роботи було вивчення динаміки змін порушених функцій та прикусу, які відбуваються при застосуванні стандартного міофункціонального преортодонтичного трейнера (МПТ) Т₄К.

Матеріали та методи дослідження:

проведено клінічне дослідження та біометрія моделей щелеп 32 дітей віком від 6 до 9-10 років (ранній період зміни зубів), що мали зубощелепні аномалії (ЗЩА) у сполученні з функціональними порушеннями. В якості лікувально-профілактичного апарату на протязі 6 місяців пацієнти користувалися початковим (голубим) МПТ Т₄К.

Результати дослідження та їх обговорення

Обстеження показало, що з 29 етіологічних чинників, які увійшли до анкети опитування, порушення міодинамічної рівноваги та функцій порожнини рота були визначені у 96,88% обстежених, аномалії прикріплення м'яких тканин - у 68,75%. Було проведено і вивчення сполучення різних етіологічних чинників, що призвели до виникнення

ЗЩА. Дослідження показало, що частіше за все розвитку ЗЩА сприяли 3-4 етіоло-

гічних чинника, які діагностовано у 59,37% обстежених.

Визначення стану функцій у дітей з ЗЩА показало наступне: порушення функції змикання губ діагностовано у 78,12% обстежених, парафункції язика -у 46,87%; порушення функції дихання у 37,5%, жування - у 25%, мови - у 12,5%. Частіше за все у обстежених було визначено сполучення порушення двох функцій - змикання губ та дихання, які в свою чергу призводять до порушення міодинамічної рівноваги м'язів щелепно-лищевої ділянки.

Аналіз динаміки зміни функцій через 6 місяців користування МПТ показав, що кількість дітей із порушенням функції змикання губ зменшилася більш ніж у 6 разів, дихання і жування - у 4; трейнер сприяв усуненню порушення вимови звуків в усіх 4 дітей з подібними порушеннями, кількість дітей з парафункціями язика зменшилася в 7,5 рази.

Клінічне обстеження показало, що у 43,75% досліджуваних спостерігалася патологія прикусу у вертикальній площині, сполучення патології прикусу у двох площинах - сагітальній та вертикальній - у 40,62% та аномальний нейтральний прикус - у 15,63%.

Визначення форми зубної дуги показало, що до початку лікування лише в 9 пацієнтів з 32 (28,125%) була виявлена нормальна форма верхньої зубної дуги, нижня зубна дуга нормальної форми не визначена взагалі. Частіше спостерігалася подовжена та рівномірно звужена форма верхньої зубної дуги та вкорочена та трапецієподібна форма нижньої.

Через 6 місяців користування МПТ покращення форми верхньої зубної дуги було виявлено у 50% обстежених, а на нижній щелепі в 18,75% обстежених була визначена нормалізація форми зубної дуги та в

68,75% покращення форми. Отже, позитивний вплив трейнера на зміну форми зубної дуги більше виражений на нижній щелепі.

Сагітальна щілина до початку лікування була визначена у 12 пацієнтів (37,5%), її величина коливалась в межах від 3 до 5,5 мм. Через 6 місяців лікування сагітальна щілина була діагностовано лише у 3 пацієнтів, її величина складала 3 мм. її усунення було обумовлене більшою мірою за рахунок подовження передньої ділянки нижньої зубної дуги.

Зіставлення динаміки зміни сагітального співвідношення тимчасових іклів та перших постійних молярів показало, що нормалізація дистального співвідношення до I класу за Е.Енглем відбувається лише за умов двобічної невідповідності однакового ступеня тяжкості. Частіше за все нормалізація відбувалася при однойменному співвідношенні іклів та перших постійних молярів. Стосовно сагітальних розмірів верхньої зубної дуги дослідження показало, що у 40% пацієнтів зміни розмірів не визначено, в 10% - визначено їх зменшення, незначна динаміка подовження була визначена в 50%. Щодо зміни сагітальних розмірів нижнього зубного ряду, то їх збільшення виявлено майже у 1,4 рази частіше ніж на верхній, а відсутність динаміки в 33%.

Аналіз динаміки змін трансверзальних розмірів зубних дуг проведений методом Ропі показав, що збільшення ширини в ділянці перших тимчасових молярів верхньої щелепи відбувалося більше ніж у половини обстежених і в середньому складало 1,53 мм, в ділянці тимчасових іклів та других тимчасових молярів визначалося розширення в середньому на 1,59 та 1,42 мм відповідно; середня величина розширення в ділянці перших постійних молярів складала 1,33 мм. На нижній щелепі визначена подібна картина - збільшення ширини зубного ряду було найбільшим в ділянці тимчасових іклів, найменшим - в ділянці других тимчасових молярів.

Визначення фронтальної та загальної недостатності за Н.Г.Снагіною показало наступне: тісне положення передніх зубів на верхній щелепі не визначено у 25% ви-

падків, I ступінь недостатності визначено у 37,5%, II - у 9,375%, III - також у 9,375%, недостатність більша III ступеня - у 18,75%. На нижній щелепі тісне положення передніх зубів не визначено у 18,75%, I ступінь - у 40,625%, II - у 15,625%, III - у 6,25%, недостатність більша III ступеня - у 18,75%.

Через 6 місяців лікування МПТ зменшення ступеня тісного розташування зубів визначено на верхній щелепі - у 40,625%, а на нижній - у 37,5%.

Загальна недостатність (ЗН) не визначена на верхній щелепі у 25%, а на нижній - у 18,75%; I ступінь ЗН на верхній щелепі діагностовано у 43,75%, а на нижній - у 37,5%, II - у 6,25% та у 18,75%, III - у 25% та 25% відповідно.

Аналіз зміни ступеня фронтальної та загальної недостатності показав, що зниження ступеня тісного розташування зубів через 6 місяців лікування визначено на верхній щелепі у 40,62%, а на нижній - у 37,55%.

Висновки:

таким чином, проведене дослідження щодо застосування початкового (голубого) міофункціонального трейнера Т4К в якості лікувально-профілактичного апарата через 6 місяців лікування призводить до усунення порушення функції змикання губ у 84% обстежених, функції дихання - у 75%, паракфункцій язика - у 80%.

МПТ сприяє нормалізації форми та сагітальних і вертикальних розмірів зубних дуг; нормалізація дистального співвідношення тимчасових іклів та перших постійних молярів до I класу за Е.Енглем відбувається лише за умов їхнього двобічного дистального співвідношення на величину щічного горбка.

Позитивний вплив МПТ на зміну форми зубної дуги більше виражений на нижній щелепі, що є дуже сприятливим фактором.

Тому отримані результати дозволяють застосовувати МПТ в якості лікувально-профілактичного апарату при ранньому лікуванні незначно виражених аномалій прикусу I та II класів ЗЩА за Е.Енглем, які обумовлені функціональними порушеннями.