

Порівняння проводилося за допомогою серії дентальних фото, що були зняті послідовно у кожного досліджуваного з подальшим обрахунком узгодженості вимірів.

Результати. Із запланованих 144 дентальних фото було отримано 98 та використано для обрахунку узгодженості вимірів із застосуванням методу Бленда-Альтамана. Аналіз результатів проводився за кількісними показниками та візуалізацією за допомогою графіків.

Висновки. Аналіз отриманих даних свідчить про відсутність достовірних позитивних або негативних впливів програмного вдосконалення на методику фотопротоколу

ВІДЕОКІНЕЗІОГРАФІЯ: СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ РЕЄСТРАЦІЇ ВЕРТИКАЛЬНИХ РУХІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ VIDEOKINESIOGRAPHY: MODERN POSSIBILITIES OF REGISTRATION OF VERTICAL MOVEMENTS OF THE MANDIBLE

Яворовський В. В., Грушко О. О.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Король Д. М.

Yavorovsky V. V., Hrushko O. O.

Scientific adviser: prof. Korol D. M., D.Med.Sc.

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології

Вступ. Апаратна діагностика вертикальних рухів нижньої щелепи може розглядатися як важливий діагностичний маркер при виявленні функціональних порушень з боку скронево-нижньощелепних суглобів, що підтверджено роботами: Неспрядько В. П., 2006 та Sakaguchi K., 2011.

Актуальність. Амплітуда та наявність чи відсутність бічних зміщень нижньої щелепи є одним з клінічних показників функціонування скронево-нижньощелепних суглобів. Адже, як значне збільшення, так і суттєве скорочення амплітуди буде свідчити про порушення з боку кістково – м'язових структур суглобів, а також може вказувати на зміни у їхній інервації.

Мета роботи. Вивчення вертикального компоненту рухів нижньої щелепи за результатами клінічної апробації створеного та запропонованого методу відеокінезіографії.

Методи дослідження. У основі запропонованого методу лежить принцип відеотрекінгу, або відстежування маркеру у кадрах безперервного відеоструму. Важливим є те, що реєстрація положення маркеру відбувається у режимі реального часу. У якості маркеру нами було використано пінопластова куля, що кріпилася на найбільш випуклій точці підборіддя. Основною вимогою до маркера була його контрастність та здатність чітко відображатися на відеокдрах, що давало можливість чіткого визначення його просторових координат.

Характеристика дослідницької групи. Нами було досліджено 11 пацієнтів, які мали певні скарги на біль, або хрускіт в скронево-нижньощелепному суглобі, що говорить про необхідність діагностики даним методом. Середній вік пацієнтів складає 18-20 років. Щодо інших факторів які дають підстави на дослідження можна віднести: паталогії скронево-нижньощелепного суглоба, або паталогії що супроводжувалися порушеннями зі сторони зубних рядів.

Результати. З отриманих результатів ми можемо сказати про такі данні: Амплітуда вертикальних рухів нижньої щелепи в середньому значенні складала 37,09 мм. Середнє значення зміщення нижньої щелепи вправо складала 36,25 мм. Щодо значення зміщення нижньої щелепи вліво результатом є 27,90 мм. Серед швидкості піднімання і опускання нижньої щелепи середні значення склали: Швидкості рухів до гори(підняття) відповідає такому результату 30,35 мм/с. Щодо Швидкості рухів до низу(опускання) значення складало 37,27 мм/с

Висновки. Отже за допомогою методу "Відеокінезіографія", нам вдалося провести клінічну апробацію діагностичного комплексу, та визначити середні значення амплітуди вертикальних рухів нижньої щелепи (**37,09 мм**), а також середні значення зміщення вправо (**36,25 мм**) і вліво (**27,90 мм**). Простота та висока інформативність цього методу дають можливість стверджувати про неабиякі перспективи використання відеотрекінгу у якості неінвазивного методу стоматологічної діагностики.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ОБТЯЖЕНИХ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТУ INTERDISCIPLINARY APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH MALOCCLUSION AND PERIODONTAL DISEASES

Якущенко А. О., Шклярук Є.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Куліш Н. В.

Yakuschenko A. O., Shklyaruk E. V.

Scientific adviser: assoc. prof. Kulish N. V., PhD

Українська медична стоматологічна академія

м. Полтава, Україна

Кафедра ортодонції

Актуальність. В останні десятиріччя на ортодонтичному лікуванні все більше перебуває дорослих пацієнтів, що зумовлено новими технологіями усунення зубощелепних аномалій. В свою чергу цей контингент має певні вікові зміни тканин пародонту від простого генгівіту до важкого періодонтиту. Тому у таких пацієнтів під час ортодонтичного лікування необхідно приймати до уваги вже наявні зміни тканин пародонту. Як правило зубощелепні аномалії є первинною ланкою, яка на пряму призводить до пошкодження пародонту. В свою чергу потрібно зазначити, що без усунення патології прикусу повноцінна корекція патології пародонту неможлива. Найбільший ступінь руйнації пародонту спостерігається при глибокому травматичному прикусі. Тому з чого починати лікування: пародонту чи зубощелепної аномалії є риторичним і актуальним на сьогоднішній день.

Мета роботи. оцінити стан тканин пародонту у пацієнтів з глибоким травматичним прикусом. Проаналізувати можливість проведення ортодонтичного лікування. Скласти алгоритм міждисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. для обстеження взяті 8 пацієнтів 20-25 років з глибоким травматичним прикусом, що супроводжується змінами тканин пародонту різного прояву. Використані клінічний та рентгенологічний методи.

Результати дослідження: при клінічному обстеженні у всіх пацієнтів визначено 3 ступінь тяжкості глибокого перекрытия за Хорошилкиною та тісне положення зубів 2-3 ступеня на нижній щелепі за Снагіною. Спостерігається зубоальвеолярне подовження верхніх та нижніх фронтальних зубів (від 1-до 3 мм), збільшується різцевий шлях. В результаті розвивається рецесія ясен з вестибулярної сторони нижніх різців. Втрата прикріплення зубів доходить до середньої третини кореня. Положення зубів стабільне. Зміни тканин пародонту визначаються переважно в межах нижньої щелепи: ясна втрачають гірляндоподібну форму, міжзубні сосочки гіпертрофуються. При рентгенологічному обстеженні в усіх пацієнтів при тісному положенні зубів змінена структура міжкореневої перегородки: тонкі, лінійної форми, маловаскуляризовані, бідні на губчасту речовину, що є фактором для прогресуючої втрати опорних тканин зубів. Загальний стан структури пародонту визначено як умовно задовільний. Але для проведення наступного ортодонтичного лікування потрібно провести низку заходів: санація порожнини рота, лікування у пародонтолога до стійкої ремісії, консультація хірурга, якщо потрібна клаптева операція.

Висновки. ортодонтичне лікування пацієнтів з захворюваннями тканин пародонту потребує ретельного складання проблемного листа та залучення спеціалістів інших стоматологічних профілів.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

REABILITATION OF A PATIENT WITH CHRONIC PAIN IN THE TEMPORO-MANDIBULAR JOINT: CASE REPORT

Зарина Флайшхауер

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Баля Г. М., к. мед. н., Марченко К. В.

Sarina Fleischhauer

Scientific adviser: assoc. prof. Balia H. M., PhD, Marchenko K. V., PhD

Украинская медицинская стоматологическая академия,

г. Полтава, Украина

Кафедра ортопедической стоматологии с имплантологией

Актуальность. Согласно данным статистики, распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и связанных с ним нарушений деятельности мышц составляет от 5 до 12 процентов. Несмотря на возрастающий интерес к данной группе патологий, сегодня отсутствует стандартизированный подход к профилактике, диагностике, планированию лечения, реабилитации и диспансерному наблюдению за такими пациентами.

Цель работы. Провести ортопедическую реабилитацию пациентки с патологией височно-нижнечелюстного сустава путем формирования и фиксации терапевтической позиции нижней челюсти с использованием комбинации материалов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были использованы данные типичных клинических исследований, используемых в практике ортопедической стоматологии. На первом этапе лечения использовалась напечатанная капа для позиционирования нижней челюсти в терапевтическом положении. На следующем этапе капа была заменена на фрезерованные окклюзионные накладки. Для окончательной реабилитации была использована комбинация цельнолитых коронок и композитных реставраций.

Результаты. Согласно субъективной оценке собственного состояния пациенткой, боль уменьшилась через неделю после начала использования капы, которая использовалась для повышения межальвеолярной высоты. По семейным обстоятельствам, пациентка не смогла обратиться в клинику в предварительно запланированные сроки. Однако при следующем осмотре как субъективно, так и объективно клиническая ситуация оценивалась как удовлетворительная. Исчезла боль, уменьшился тонус жевательных мышц и мышц шеи. Ситуация осталась стабильной и после восстановления зубов материалами для постоянной реабилитации.

Выводы. Последовательный подход к лечению с использованием комбинации материалов при реабилитации пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава является эффективным решением, позволяющим получить прогнозируемый результат.