

Таблиця – Частота застосування різних за класами остеопластичних матеріалів, отримана згідно даних анкетування (%)

Групи зарубіжних та вітчизняних остеопластичних матеріалів	Частота застосування матеріалів (%)			
	А	Б	В	Разом
Зарубіжні ксеногенні остеопластичні матеріали (Bio-Oss, Cerabone, Остеграф/N, Остеопласт та їх аналоги)	69,2	23,1	7,7	100,0
Зарубіжні синтетичні (аллопластичні) матеріали на основі ГАП і β-ТКФ або/та з колагеном (Calcibone, Straumann BoneCeramic, Остеграф/LD, Коллапан, Гапкол та їх аналоги)	30,8	30,8	38,4	100,0
Зарубіжні синтетичні (аллопластичні) матеріали на основі пористого гідроксиапатиту (ГАП), β-ТКФ та полімерного компоненту (типу Easy-graft)	–	38,4	61,6	100,0
Вітчизняні синтетичні (аллопластичні) матеріали (Кергап (Біомін-ГТ), їх аналогів)	–	61,6	38,4	100,0



**ДОСЛІДЖЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З КЛІНІЧНИМИ
ВИПАДКАМИ ТРАВМАТИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ЗУБІВ З
ПОСТІЙНИМ ПРИКУСОМ НА КАФЕДРІ ЗДМУ**

Ясногор О.А., Чертов С.О., Безсмертна Ж.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Вступ. Вивчення клінічних випадків травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки, які несприятливо позначаються на процесах росту і розвитку щелеп, формуванні постійних зубів у дітей.

Актуальність. Пояснення особливості клініки, діагностики, аналізу лікування травматичних пошкоджень зубів у дітей з постійним прикусом, і визначення вибору конструкції з урахуванням сучасних технологій, а також планування естетичного прогнозу лікування у дітей.

Мета роботи. Провести аналіз та вивчити біомеханіку травматичних пошкоджень зубів у дітей з постійним прикусом. Вибрати оптимальний метод лікування на основі сучасних технологій, визначити подальше формування зубощелепного апарату.

Матеріали та методи. Аналіз частоти окремих видів травм постійних зубів, (досліджено 15 історій хвороби), показав, що пошкодження зв'язкового апарату переважають у віці 6-12 років. Тоді як твердих тканин - після 12 років. З біохімічної точки зору це пояснюється більш лабільним пародонтом, в якому переважають органічні компоненти, та незакінченим формуванням коренів постійних зубів. Травма зубів в період формування кореня веде до загибелі росткової зони, що припиняє його подальше формування. Ще однією реакцією молочних та постійних зубів на травму є анкілоз зуба. Він викликається пошкодженням зв'язкового апарату періодонта, супроводжується збільшенням активності остеокластів. В периферії кореня формуються нерівномірні ділянки резорбції та репарації. При гострій травмі зуба несвоєчасна чи нераціональна лікувальна тактика може привести до морфофункціональних змін пульпи і періодонта, втрати травмованого зуба.

Діагностовано з неповним вивихом зубів 15 дітей з постійним прикусом. Найчастіше спостерігаються ураження різців верхньої щелепи -70-80%, нижні різці лише 1-10% випадків. При цьому виді травми відбувалася зміна положення зуба в трьох напрямках: вертикалі, сагіталі та по трансверзалі. У віковій групі 7-10 років неповний вивих постійних зубів проявляється больовим синдромом та кровотечею з періодонтальної щілини, зміною положення зуба. А також неможливістю кусати їжу, гіперемією і набряком ясен. При неповній інтрузії зуба пульпа не завжди гине, вітальність її частіше залишається у несформованому зубі. На рентгенограмі виявились розширення періодонтальної щілини (рівномірне чи нерівномірне). Не раніше ніж через 2 тижні проводили ЕОМ травмованого зуба. Показники ЕОМ ПЗ, в яких корінь сформувався на 1/3-1/2 довжини - ЕОМ відсутня або різко знижена до 150-200 мкА, а при сформованому корені ПЗ на 2/3 своєї довжини 30-60 мкА ЕОМ травмованих зубів проводили через 1міс, 3міс, 6міс після травми. Час що залишається до репозиції зміщених зубів має вирішальне значення через можливість резорбції кореня. При відстроченій репозиції є можливість загибелі періодонтальної зв'язки.

Під місцевим знеболенням проводилась репозиція травмованих зубів верхньої та нижньої щелеп в правильне положення.

Для зняття запальних явищ в тканинах періодонта проводилась ін'єкція траумель-S. При невеликому зміщенні ендодонтичне лікування зазвичай не проводилось, але приблизно в половині таких зубів пульпа в кінцевому рахунку некротизується і виникає необхідність ендодонтичного лікування і

клінічного спостереження. Лікувальна тактика постійних зубів зі сформованими коренями полягає в репозиції зубів протягом 5-7 днів.

Постійне пломбування кореневих каналів проводилось через 12 місяців. Протягом клінічного спостереження розглядався аспект лікування за допомогою кап, але бажаного результату не отримано. Не можна з точністю визначити напрям переміщення зуба, дентальну екструзію, кут обертання і ступінь корекції прикусу. Оскільки ці складові непередбачувані. Якщо капа прилягає нещільно або розташована недоцільно, переміщення зубів збереже негативний ефект. Використовувався ультрафонофорез геля «Холісал» на ясенний край, після лікування препарат «Бурштинова кислота з вітаміном С» 0.25мг по 1п./2р на добу після їжі впродовж місяця.

Навіть найкраще планування біомеханіки лікування, ретельне відстеження ходу лікування не може гарантувати відсутність помилок, тому що пацієнти дитячого віку не завжди дотримуються носіння кап.

Сучасним креативним рішенням екструзії обраних зубів є застосування еластиків «назад в область впливу капи». Еластики «Boot strap» прикріплюються на фотополімерні кнопки до лицьової поверхні висунутого зуба біля ясенного краю. Ортодонтичний еластик натягується через різцеву поверхню капи до фотополімерної кнопки, таким чином вдавлює або підтягує зуб на своє місце в капі. Ясеневий край капи повинен бути підрізаний, за винятком фотополімерних кнопок, таким чином, капа буде повністю одягнута. Еластик натягується від кнопок встановлених поблизу ясенного краю на вестибулярній поверхні сусідніх зубів до гачка на нижній третині лицьової поверхні ріжучого краю вивихнутого зуба створеного у вигляді насічки за допомогою щипців Tear DRAP. У деяких випадках застосовується хірургічне кріплення - титанові мінігвинти (не більше 10 мм) в кісткову тканину з вестибулярного краю. Таким чином лікування проводиться для кожної дитини індивідуально, враховуючи ортодонтичні показники.

Результати. Динаміка дослідження інтрузійних зубів у віковій групі 8-15 років свідчить про стабілізацію амплітуди рухомості, в тих випадках де були застосовані мініімпланти (10 випадків), порівняно з традиційним методом, застосування кап (5 випадків). Інтеграція мініімплантів, ортодонтичного еластика в тканини пародонта не порушувала мінералізацію кісткової тканини, про що свідчать, в межах норми, показники клініко-функціональних індексів РМА у вікових групах 7-10 років (13 дітей) менше 30%, 10-15 років (2 дітей) до 30%, але після проведеного інструктажу показники покращилися. Оптимальне встановлення мініімплантату ближче до основи альвеолярного відростка, це кращий розподіл ортодонтичного навантаження, є безпечним з точки зору травмування коренів сусідніх зубів. Після лікування 5-7 днів, зняття ортодонтичного еластика, контроль здійснювали через 1, 3, 6, 12 місяців. З метою підвищення об'єктивізації отриманих результатів діти більш мотивовані на стаціонарне ортодонтичне лікування. В той же час траплялося 2 випадки у віковій групі 10 і 12 років одночасно з незначним мезіодистальним нахилом зубів верхньої щелепи, що успішно проліковано ортодонтичним еластиком. Пріоритетність і опороздатність кортикальної пластинки зовнішнім зусиллям

необхідно віддавати перпендикулярному напрямку при товщині кортикальної пластинки до 2,0 мм 90*. Для стану визначення метаболізму кісткової тканини спільно з педіатром, визначено вміст загального кальцію в ротовій порожнині. Оцінка динаміки показників кісткового метаболізму альвеолярного відростка на тлі розробленого лікувального комплексу показала його ефективність, що проявлялося підвищенням рівня загального кальцію на 30%.

Висновки. Запропонований метод комплексного лікування за допомогою ортодонтичного пристрою еластиків «Boot strap», фотополімерних гачків використаних для інтрузії зуба на місце, а також застосування хірургічного кріплення мінітитанових гвинтів (не більше 10 мм) дозволяє зберегти цілісність зубного ряду. Лікування відбувається набагато швидше, протягом 5-7 днів. Через рік на прицільному знімку спостерігається збереження періодонтальної щілини по всьому кореню. У деяких випадках спостерігалась невелика апікальна резорбція кореня. Подальше формування зубощелепного апарату постійних травмованих і реабілітованих зубів адаптивне, передбачуване і підконтрольне. Використання еластиків є ефективним методом при репонуванні травмованого зуба в окремому сегменті. Сагітальне взаємовідношення відповідає ключу оклюзії за Енглем.

Даний метод бажано застосовувати пацієнтам дитячого віку, оскільки використання кап зберігає навантаження на травмований зуб. Застосування еластиків і мінігвинтів є функціональним і естетично вигідним, діти сприймають їх набагато легше.

Ключові слова: травматичні пошкодження у дітей, сучасні технології, ортодонтичні еластики, мініімплантанти.



POSITION PARAMETERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT (TMJ)

Aleksey A. Stasiuk, Yuliya K. Sokolohorska–Nykina, Pavlo S. Korobov

Poltava State Medical University

Department of Post-graduate Education of orthodontists, Poltava

Introduction. Dysfunction of temporomandibular joint is present in 70-75% of orthodontic patients. Evaluation of TMJ and detailed characteristics of its elements with additional methods of children and adults examination is necessary for clinical definition of proposed disturbances of the structure and functions of the joint.

Relevance. Evaluation of TMJ and detailed characteristics of its elements with additional methods of examination in children and adults is necessary for clinical