Гутовська І.О., Куроєдова В.Д.

ВИКОРИСТАННЯ АРТИКУЛЯТОРА В ОРТОДОНТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета: визначити необхідність використання артикулятора в ортодонтичній практиці.

Матеріали й методи: проаналізувати зарубіжні наукові публікації щодо застосування артикулятора в ортодонтичній практиці.

Жувальний орган становить собою складну систему структурних і функціональних зв'язків, часто саме ретельна функціональна діагностика викликає клінічну складність для лікарів-ортодонтів. Ортодонтичне лікування дорослих стає все складнішим. Помилки в діагностиці й хибна стратегія лікування можуть викликати не тільки дискомфорт, а й тяжчі наслідки: постійний головний біль, дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), кістково-м'язові запалення в ділянці черепа й шийного відділу хребта і т.д. Щоб звести до мінімуму ризик виникнення таких неприємних наслідків, лікарю необхідно враховувати не тільки морфологічні й функціональні особливості, а й найголовніше - індивідуальні показники кожного пацієнта. Для цього застосовують артикулятор.

Результати. Наукові публікації розділились на дві групи: автори однієї групи виступають за використання артикулятора для ортодонтичної діагностики, автори другої групи – противники цього діагностичного методу. Яскраві представники першої групи – вчені Мічиганського університету – вважають, що використовувати артикулятор потрібно тільки в певних випадках, при відтворенні функціональних рухів щелепи. Усі автори, виконуючи просте гіпсування в артикулятор, одностайні в думці, що отримується ряд позитивних моментів. Важливою є інформація для лікаря щодо визначення центрально-орієнтованої невідповідності оклюзії в 3-х площинах. У клінічних випадках із вертикальним типом росту є можливість визначення точки опори для подальшого контролю вживаної вертикальної механіки. Є можливість вивчення закономірностей стирання й нахилу різців верхньої й нижньої щелеп у пацієнтів із пародонтитом. Допомагає визначити необхідність «пробного» лікування. Діагностичне гіпсування в артикулятор необхідне пацієнтам, в яких наявна невідповідність розмірів зубів до щелеп. Маємо можливість це визначити, ще до фактичного лікування. У літературних джерелах немає однозначної думки щодо оклюзійної складової як етіологічного фактора виникнення дисфункції СНЩС. Однак, гіпсування діагностичних моделей пацієнтів із дисфункціями СНЩС у артикулятор перед дезоклюзією є бажаним перед початком ортодонтичного лікування. Ця процедура дозволяє ортодонту впевнитись в усуненні впливу оклюзії до роз'єднання прикусу й реєстрації нових оклюзійних співвідношень.

Представники іншого напряму – вчені Пітсбурзького університету –опублікували ряд статей, в яких висловлюють критику з приводу використання артикуляторів у ортодонтії, аргументуючи тим, що при відкриванні й закриванні рота відбувається не тільки ротація відростків, а й їх одночасна трансляція (рух униз і вперед), що свідчить про відсутність статичного центру ротації. Робота з артикулятором базується на помилковій концепції «термінальної шарнірної осі», до того ж артикулятори мають похибки у відтворенні рухів нижньої щелепи. На думку авторів, показання до загіпсовування моделей у артикулятор досить обмежені, а саме: коли є значна розбіжність (> 2 мм) між фісурно-горбковим співвідношенням; ортодонтичні випадки з множинною адентією зубів, в яких неможливо зафіксувати стабільні фісурно-горбкові контакти; пацієнти, в яких планується ортогнатична операція; установлення моделей у артикулятор рекомендується в осіб із дисфункцією СНЩС. Це дозволить клініцисту переконатися, що оклюзійні перешкоди усунені перед лікуванням.

Висновки. Коректне складання плану й проведення лікування залежать від численних факторів, починаючи від клінічного огляду пацієнта в кріслі, закінчуючи кваліфікованою лабораторною діагностикою. Лікар має вибирати прямі показання до застосування допоміжних методів діагностики.

Гутор Н.С.

АЛЬТЕРНАТИВА ІМПЛАНТАЦІЇ

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопіль, Україна

Вступ. Втрата зуба внаслідок травми, каріозного й періодонтитного процесу зубів найчастіше стає причиною сильних переживань пацієнтів із приводу своєї зовнішності. Інноваційний і новий для України, а тому поки досить рідкісний спосіб розв'язання цієї проблеми – аутотрансплантація, «пересадження» власного зуба на місце відсутнього – натепер гостро актуальний. Важливо, що організм не розпізнає приживлення, зуб як чужорідне тіло, а значить, знижується ризик відторгнення. Для розрахунків наявності місця в зубному ряді та стану трансплантованого зуба використовували клінічні й параклінічні методи дослідження. Дві методики хірургічного втручання, згоду пацієнта.

Особливості клінічних випадків.

Клінічний випадок 1. Пацієнтка М., 20 років, звернулася зі скаргами на зруйнований зуб нижньої щелепи зліва. Об'єктивно: у 36 зубі коронкова частина повністю зруйнована, 28 зуб інтактний. За даними рентгенологічного обстеження, 36 зуб не підлягає терапевтичному лікуванню. Клінічний діагноз: хронічний гранулю-