

Діти в період першої половини змінного прикусу становили 38,36% (28 осіб), дорослі й підлітки старше 13 років - 35,62% (26 осіб), а діти другої половини змінного прикусу - 26,05% (19 осіб).

У пацієнтів жіночої статі в цілому видалення зубів проводили на 13% частіше (56,16%), ніж у пацієнтів чоловічої статі (43,84%): у 7-9 років - на 14% більше, у 10-12 років - на 15,5% частіше, а в постійному прикусі (старше 13 років) - усього на 7,7%.

Серед пацієнтів, яких лікували з видаленням окремих здорових зубів, із патологією прикусу I класу за Енглеом було 54%, тобто більше половини всіх досліджуваних. Пацієнти-чоловіки становили 45%, а пацієнти-жінки - 55%. Серед пацієнтів із патологією I класу за Енглеом діти в період першої половини змінного прикусу (7-9 років) становили більшість - 45%, пацієнти другої половини змінного прикусу (10-12 років) - 30%, а підлітки й дорослі - 25%. У пацієнтів жіночої статі зуби видаляли на 10% частіше, ніж у пацієнтів чоловічої статі, причому, якщо в другій половині змінного прикусу і в постійному в рівній мірі, то в дітей першої половини змінного прикусу (7-9 років) у пацієнтів-дівчаток екстракції проводили в 1,6 раза частіше.

Пацієнти з патологією II класу за Енглеом, яких лікували із застосуванням методу видалення окремих здорових зубів, склали 38,4%, причому пацієнтів жіночої статі було 64,3%, а чоловічої - 35,7%. При патології II класу за Енглеом найчастіше метод видалення застосовується в пацієнтів (39,3%) із постійним прикусом. А у віці 7-9 років екстракції зубів виконали в 35,7% випадків, причому в дівчаток у 1,5 раза частіше, ніж у хлопчиків. У другій половині змінного прикусу (10-12 років) загальна кількість пацієнтів налічувала 25%, серед яких дівчаток було у 2 рази більше, ніж хлопчиків.

Висновки. У середньому близько п'ятої частини пацієнтів лікувалися з видаленням окремих здорових зубів. У клініці «Ортодонт» на 14% частіше видаляли постійні зуби, що пояснюється вищою частотою звернень по ортодонтичну допомогу дорослих. На базі кафедри післядипломної освіти лікарів-ортодонтів у 69% пацієнтів видаляли молочні зуби, що на 14% частіше, ніж у клініці «Ортодонт», що пояснюється тим, що основний контингент пацієнтів – у віці змінного прикусу, а значить, частіше застосовуються метод Хотца й корекційне видалення молочних молярів. У пацієнтів жіночої статі в цілому видалення зубів проводили частіше, ніж у пацієнтів чоловічої статі. Видалення при скупченості зубів із патологією прикусу I класу за Енглеом проводили частіше, ніж при інших патологіях.

Курєдова В.Д., Сокологорська-Никіна Ю.К.

ОСОБЛИВОСТІ ПРИКУСУ Й ПОСТАВИ В ШКОЛЯРІВ 6-13 РОКІВ ІЗ ДЕПРИВАЦІЄЮ СЛУХУ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Мета дослідження – вивчити взаємозв'язок між порушеннями постави й аномаліями прикусу в школярів віком 6-13 років із вадами слуху.

Матеріали й методи. Лікарем-ортодонтом і лікарем-ортопедом було проведено комплексне клінічне обстеження 29 школярів із вадами слуху віком 6-13 років.

Під час огляду враховували особливості спілкування з дітьми, що мають вади слуху.

Проводили клінічну оцінку ортодонтичного статусу, визначали співвідношення щелеп у трьох площинах, аномалії форми зубних дуг, положення окремих зубів.

Стан опорно-рухового апарату визначав лікар-ортопед візуально й мануально-інструментально за загальноприйнятною методикою. Оцінювали стан хребта, тобто постави (наявність чи відсутність викривлення, тип і ступінь), виявляли й реєстрували деформації стоп (плоскостопість, плосковальгусна деформація, клишоногість), акцентували увагу на довжині нижніх кінцівок дітей.

Усі отримані дані реєстрували в карту ортодонтичного огляду.

Результати. Аномалії прикусу зубощелепної системи було виявлено в 100% обстежених дітей із вадами слуху. Ортодонтичний прикус не виявлений у жодного школяра в обох вікових групах. У школярів із девіацією слуху в 6-13 років, тобто в змінному прикусі, переважає патологія I класу за Енглеом, тобто аномалії положення окремих зубів. Патологія I кл. за Енглеом траплялась у 68,97% випадків, II кл. – у 27,58%, патологія III кл. – у 3,45%.

Стан опорно-рухового апарату оцінено в школярів із вадами слуху віком 6-13 років (29 дітей). Тільки 5,26% обстежених були відносно здорові, тобто без ортопедичної патології, а в 94,74% випадків мали місце ті чи інші порушення опорно-рухового апарату.

Найчастіше в школярів із вадами слуху з тими чи іншими порушеннями опорно-рухового апарату було діагностовано різні морфофункціональні розлади стопи у вигляді опущення поздовжнього й поперечного склепіння - плоскостопості, викривлення осі п'яті назовні або всередину, тобто вальгусну деформацію стопи. Вальгусну деформацію, варусну деформацію й набуту плоскостопість виявлено в 51,73%.

На огляді школярів із вадами слуху в 6,89% із них діагностовано кіфоз, лордоз і сколіоз.

Порушення хребта в 37,92% оглянутих школярів поєднувалися з розладами стопи.

Одностороннє вкорочення нижньої кінцівки діагностовано в 3,46%. Частіше траплялося вкорочення лівої ноги.

Висновки. Дані комплексного ортодонтичного й ортопедичного огляду школярів із вадами слуху виявили тотальну захворюваність на зубощелепні аномалії (100%) і високу поширеність порушень опорно-рухового апарату (94,64%) дітей із депривацією слуху віком 6-13 років, що свідчить про пряму залежність опорно-рухової системи й зубощелепної ділянки, що перебувають у прямій залежності одна від одної.

Тільки комплексне обстеження, лікування й профілактика захворювань опорно-рухового апарату в дітей із вадами слуху дозволять полегшити розв'язання проблеми корекції ЗЦА.

Лазарева К.А.

ПРЯМА РЕСТАВРАЦІЯ ПЕРЕДНІХ ЗУБІВ ПІСЛЯ ОРТОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Актуальність. У сучасному світі попит на ідеальну естетику зубних рядів і усмішки загалом формує безпосередньо соціум. Пацієнти вимагають від стоматологів не стільки лікування, скільки естетичних досягнень при відновленні зубів. Часто при плануванні ортодонтичного лікування вони не ознайомлені з необхідністю подальшої корекції зубів і зубних рядів у ретенційний період. Тому з'явилися немедичні показання до стоматологічного втручання, виконаного лікувальним шляхом.

Мета. Покращення естетичного й функціонального результатів ортодонтичного лікування за рахунок упровадження міждисциплінарного підходу до естетичної реабілітації.

Основні показання до реставрації зубів після ортодонтичного лікування такі: каріозні ураження, демінералізація як наслідок утрудненої незадовільної гігієни порожнини рота за використання брекет-систем; надмірна стертість (системна й локальна) як наслідок патологічних оклюзійних співвідношень; тріси й діастеми, які неможливо компенсувати; відсутність симетрії зубів у зоні усмішки; несиметричні краї зубів, підданих сепарації в процесі корекції скучених зубів; зміна кольору й зниження яскравості зубів; необхідність трансформації зубів після завершення їх переміщення (наприклад, ікло – у бічний різець, пре моляр – у ікло та ін.).

Успіх естетичного лікування залежить від якісного планування. Тому, окрім класичного розрахунку зубних рядів за допомогою штангенциркуля й коефіцієнтів пропорційності, застосовують цифрові технології. У програмі Keynote або PowerPoint може бути створено комп'ютерний демонстраційний шаблон для візуалізації запланованої усмішки. Таке планування дозволяє лікарю-реставратору й ортодонту не тільки побачити, а й скорегувати результат лікування до його початку, налагодити контакт із пацієнтом, здійснити візуалізацію, провести роботу з можливими запереченнями й отримати прогнозований результат.

Реставрація передніх зубів після ортодонтичного лікування часто потребує використання техніки прямого ламінату/вініра, яка передбачає перекриття всієї поверхні вестибулярної емалі, використовується для зміни відтінку зуба й яскравості, рідко одного зуба. При цьому об'єми композиту укладаються без топографічного орієнтування із застосуванням більш опакованого дентину по всій поверхні зуба.

Перший етап, який виконує лікар, полягає у визначенні кольору, прозорості й яскравості зубів для зміни або відтворення топографії тканин матеріалом відповідної опакості й відтінку.

Наступний етап – видалення старих пломб, попереднє препарування, створення скосу або згладжування поверхні емалі. Так, препарування орієнтоване на дефект, піднебінна поверхня має чіткі межі, препарується перпендикулярно до поверхні. На вестибулярній поверхні створюється скошений край, протяжність якого може варіювати залежно від дефекту.

Адгезивні техніки відновлення завжди вимагають ізоляції системою рабердаму. При протравлюванні перевагу віддають тотальній техніці. Основні принципи побудови однакові для всіх зубів. Вона починається з опаківаних шарів, зазвичай об'єму дентину, які перекривають заданий колір і яскравість зуба, закладають положення зуба по дузі, далі пошарово відновлюють піднебінну і вестибулярну стінки. Окремим етапом відновлюють контактні поверхні. На фінішній обробці реставрації слід підкреслити створений або посилити макро- і мікрорельєф коронки: відпрацювати симетричність форми зубів, розмір коронок, амбразури, кути повороту коронки.

Висновок. Естетична реабілітація після ортодонтичного лікування в прямій техніці композитом завжди буде менш інвазивна й дозволяє за мінімального втручання усунути супутні дефекти положення зубів, ясен, абфракційні дефекти і стертість різального краю. Пряма техніка відновлення вимагає досить високої майстерності оператора й завжди індивідуальна, однак цьому можна навчитися. Перед відновленням естетики усмішки слід робити комплексне, узгоджене з пацієнтом планування майбутніх реставраційних рішень. Інноваційні композити й адгезивні системи, які з'являються, все зручніші в застосуванні, мають поліпшені мануальні властивості, стійкіші до розтріскування й стирання і дозволяють створити триваліший блиск поверхні.