

обстежених склав  $39,8 \pm 8,2$  років. Чоловіків було 2 (20,0%), жінок – 8 (80%). Усім проведено клінічне обстеження за стандартним алгоритмом обстеження ортодонтичного пацієнта. Дігноз патології прикусу визначали за класифікаціями Angle і Л. П. Григор'євої, дисфункції СНЩС – за міжнародними критеріями RDC/TMD (Manfredini, 2011). Усім пацієнтам була виконана конусно-променева комп'ютерна томографія лицьового відділу черепа, проведена оцінка кісткової тканини в ділянці зубів і дефектів зубного ряду, форми, розмірів і положення елементів СНЩС, цефалометричний аналіз за Slavicek. Морфофункціональний стан зубощелепної системи (ЗЩС) на всіх етапах стоматологічної реабілітації контролювали за допомогою електроміографії жувальних м'язів.

**Результати.** Після проведення клінічних і параклінічних методів дослідження, установлення остаточного діагнозу всім пацієнтам проводилася реабілітація за запропонованим алгоритмом інтегрального підходу, яка складалася з 3 етапів: 1) преортодонтичного; 2) ортодонтичного лікування; 3) постортодонтичного. Преортодонтичний етап полягав у функціональній терапії: фіксація терапевтичного положення нижньої щелепи (mssp – м'язово-скелетної стабільної позиції), виготовлення оклюзійної капи з опціональною зміною на незнімні оклюзійні накладки, адаптація ЗЩС до нового положення нижньої щелепи під контролем поверхневої ЕМГ жувальних м'язів. Також на цьому етапі виконувалися: пластика аномалій вуздечок губ, язика, переддвер'я порожнини рота; видалення надкомплектних зубів; часткове відкриття ретинованого зуба (імпаکتного); видалення надкомплектних і ретинованих зубів, які не підлягають ортодонтичному переміщенню; компактостеотомія; видалення тимчасових і постійних зубів за ортодонтичними показаннями; стоматологічна імплантація (тимчасові імплантати для створення додаткової опори: піднебінні імплантати, імплантати ретроальярної ділянки); хірургічна підготовка м'яких і твердих тканин навколо зуба (пародонтологічна хірургія, ясенна трансплантація, лікування рецесії ясен, кісткова пластика); герметомія. Другий етап полягав у корекції положення й нахилу зубів, форми й розмірів зубних рядів, їх співвідношення за допомогою брекет-системи (одно- або двощелепна фіксація). На цьому етапі можна виконати: кісткову пластику; корекцію контуру зубоясенного прикріплення; компактостеотомію; імплантацію. Постортодонтичний етап охоплював такі маніпуляції: формування й відновлення контуру ясенного прикріплення; подовження коронкової частини зуба; кісткова пластика; імплантація й відновлення цілісності зубного ряду; герметомія або видалення третіх молярів, протетичне відновлення дефектів зубів і зубних рядів. Провідною метою цього етапу було забезпечення щільних міжоклюзійних контактів між верхнім і нижнім зубними рядами, що забезпечувало стабільний морфофункціональний результат реабілітації ортодонтичних пацієнтів із дисфункцією СНЩС.

**Висновки.** Запропонований алгоритм інтегрального підходу дозволив підвищити ефективність реабілітації ортодонтичних пацієнтів із дисфункцією СНЩС за рахунок чіткого розподілу виконання необхідних маніпуляцій лікарями різної спеціалізації залежно від етапу, зменшення загального часу реабілітації. У всіх пацієнтів спостерігали відсутність клінічних проявів симптомів СНЩС, відновлення естетичного, функціонального й морфологічного балансу стану ЗЩС, симетричну й пропорційну діяльність жувальних м'язів.

*Смаглюк Л.В., Дмитренко М.І., Нестеренко О.М.*

## ПОМИЛКИ Й УСКЛАДНЕННЯ В ЛІКУВАННІ ОРТОДОНТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Результатом активного ортодонтичного лікування стає досягнення функціонального, морфологічного й естетичного оптимумів. Але зробити це не просто, ще складніше закріпити позитивні результати й стабілізувати їх. У сучасних умовах питання аналізу помилок і ускладнень у лікуванні зубощелепних аномалій (ЗЩА) гостро актуальне. Поділяють ортодонтичні помилки й ускладнення таким чином: у період діагностики, складання плану лікування, вибору конструкції апарата, у процесі ортодонтичного лікування і в ретенційний період.

**Мета дослідження:** аналіз літературних даних, результатів лікування лікарів-ортодонтів і особистих матеріалів щодо помилок і ускладнень, які можуть супроводжувати процес комплексного лікування ЗЩА на різних його етапах.

Аналізуючи **результати** функціональної терапії в ортодонтії, називають три основні помилки: перша – у теоретичній концепції єдності форми й функції; друга – у біологічній моделі взаємозв'язку між функцією жувальної мускулатури й формою щелеп; третя – у конструкції функціональних апаратів. Серед помилок і ускладнень під час ортодонтичного лікування сучасною знімною й незнімною назубною ортодонтичною технікою виділяють неправильний вибір і використання конструкції, неправильну фіксацію брекетів до емалі, порушення етапів виготовлення коронок і кілець на опорні зуби, неправильний вибір назубних дуг. Ускладненням ортодонтичного лікування сучасною назубною технікою вважають резорбцію верхівок коренів зубів. Невиконання пацієнтами рекомендацій лікаря щодо санітарно-гігієнічного догляду за порожниною рота під час ортодонтичного лікування, особливо незнімною технікою, надалі призводить до низки ускладнень стану твердих тканин зуба, тканин пародонта і слизової оболонки порожнини рота. Під час активного ортодонтичного лікування корекція зубного ряду лише на верхній щелепі призводить до невідповідності міжоклюзійних

контактів. Надмірне дозування сил і їх нецілеспрямоване використання призводять до перерозширення зубних дуг, гіпертрофічного гінгівіту.

Помітне місце у виникненні рецидиву захворювання займають неспроможність ретенційних апаратів утримувати результати й недосконалі тактика в період ретенції. Необхідно підкреслити важливість міодинамічної рівноваги для встановлення стабільної ретенції. Дуже важливе питання – термін ретенційного періоду. Рекомендують зіставляти тривалість ретенційного періоду з терміном активного ортодонтичного лікування. Нині збільшується кількість прихильників позитивної ретенції у зв'язку з тим, що зміни в зубощелепній ділянці відбуваються і в дорослих пацієнтів. Реалізація комплексного плану лікування й реабілітації пацієнта після завершення ортодонтичного переміщення зубів і щелеп, особливо старших вікових груп, неможлива без відповідної корекції естетичної, морфологічної цілості зубів, зубних рядів, тканин пародонта, скронево-нижньощелепного суглоба, оцінки їхньої ефективності й функціонування. Тому для профілактики можливих помилок і ускладнень у проведенні комплексу реабілітації дорослих пацієнтів необхідно визначати роль ортодонтичних, ортопедичних, терапевтичних і хірургічних методів лікування залежно від переваги тих чи інших клінічних проявів у конкретного хворого. Особливої уваги потребує усунення шкідливої звички як етіологічного фактора. Продовження дії етіологічного фактора й неможливість його усунення потребують позитивної ретенції.

**Висновок.** Висвітлення помилок і ускладнень на етапах лікування пацієнтів із зубощелепними аномаліями й урахування їх у подальшій роботі дасть можливість лікарям-ортодонтам підвищити ефективність надання спеціалізованої допомоги на всіх етапах комплексної реабілітації.

*Сороченко Г.В., Хоменко Л.О., Остапко О.І.*

## ОСОБЛИВОСТІ КАРІЄСРЕЗИСТЕНТНОСТІ ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ ІЗ РІЗНИМИ СТУПЕНЯМИ МІНЕРАЛІЗАЦІЇ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

**Мета дослідження** - вивчити ступінь карієсрезистентності твердих тканин постійних зубів на різних етапах мінералізації.

**Матеріали й методи.** Карієсрезистентність твердих тканин постійних зубів визначали за допомогою тесту емалевої резистентності (ТЕР-тест, В. Р. Окушко, Л. І. Косарева, 1983) у власній модифікації (2009).

Було проведено 60 модифікованих ТЕР-тестів (по 20 у кожній віковій групі – 5-9, 10-13 і 14-18 років) у 24-х дітей. Карієсрезистентність оцінювали серед усіх 4-х груп зубів (моляри, різці, ікла, премоляри) по 5 модифікованих ТЕР-тестів для кожної групи (у групі 5-9 років було проведено по 8 модифікованих ТЕР-тестів для молярів і різців та 4 – для премолярів та іклів). Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програми «R-statistics».

**Результати.** Отримані дані вказують на наявність статистично достовірної різниці між показниками карієсрезистентності постійних зубів різних вікових груп обстеженого контингенту дітей ( $p < 0,05$ ). Найвищий середньогруповий показник карієсрезистентності постійних зубів -  $5,95 \pm 0,34$  – було виявлено в групі дослідження 14-18-річних обстежених. Рівень карієсрезистентності постійних зубів у осіб віком 14-18 років був, відповідно, на 30,3 % і 26,9 % достовірно вищим за аналогічні показники груп 5-9-річних ( $7,75 \pm 0,42$ ) і 10-13-річних дітей ( $7,55 \pm 0,45$ ) ( $p < 0,05$ ).

Серед дітей віком 5-9 років найнижчий показник карієсрезистентності ( $8,25 \pm 0,25$ ) зафіксовано після обстеження постійних премолярів та іклів, що може бути зумовлено нижчим рівнем мінералізації внаслідок передчасного їх прорізування. Цей результат був на 10,5 % достовірно вищим за аналогічний показник групи молярів даної вікової групи -  $7,38 \pm 0,21$ , що вказувало на вищий рівень карієсрезистентності молярів ( $p < 0,05$ ). Ступінь карієсрезистентності постійних різців у дітей віком 5-9 років -  $7,88 \pm 0,35$  – займав проміжне положення й не мав статистично достовірної різниці з аналогічними показниками інших груп постійних зубів ( $p > 0,05$ ).

У віковій групі 10-13 років рівень карієсрезистентності молярів -  $7,2 \pm 0,32$  – був на 2,7 %, 5,3 % і 10 % відповідно недостовірно вищим за аналогічні показники різців ( $7,4 \pm 0,28$ ), іклів ( $7,6 \pm 0,2$ ) і премолярів ( $8 \pm 0,33$ ) ( $p > 0,05$ ).

Показники карієсрезистентності постійних зубів усіх груп осіб віком 14-18 років були достовірно вищими за відповідні показники вікових груп 5-9 років і 10-13 років ( $p < 0,05$ ). Рівень карієсрезистентності молярів та іклів 14-18-річних осіб відповідав критерію “середній” –  $5,6 \pm 0,2$  і  $5,8 \pm 0,27$ . Аналогічні показники різців і премолярів були однаковими -  $6,2 \pm 0,31$ , що вказувало на їхній низький рівень опірності до карієсу. Статистично достовірної різниці між показниками різних груп зубів цього вікового контингенту виявлено не було ( $p > 0,05$ ).

**Результати.** Отже, вивчення карієсрезистентності твердих тканин постійних зубів у осіб різного віку виявило наявність статистично достовірної різниці між показниками карієсрезистентності постійних зубів різних вікових груп ( $p < 0,05$ ). Карієсрезистентність постійних зубів 5-9- ( $7,75 \pm 0,42$ ) і 10-13-річних ( $7,55 \pm 0,45$ ) осіб низька, 14-18-річних ( $5,95 \pm 0,34$ ) – середня. З-поміж різних груп зубів у всі вікові періоди найвищий рівень карієсрезистентності характерний для молярів. Низький ступінь резистентності до карієсу може зумовлюва-