

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-

ти особливості клінічного перебігу карієсу у відповідні вікові періоди (переважно гострий перебіг карієсу, високі показники приросту поширеності й інтенсивності карієсу, зокрема вогнищевої демінералізації). Тому у віці 5-18 років є потреба додаткового застосування профілактичних засобів, які підсилюватимуть рівень мінералізації твердих тканин, із постійним контролем цього процесу лікарем-стоматологом.

Стасюк О.А., Виженко Є.Є., Куроедова В.Д.

ОЦІНКА СИМЕТРІЇ НАХИЛУ ГОЛІВОК СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПРИКУСУ І І ІІ КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Поширеність зубощелепних аномалій серед населення має тенденцію до зростання й досягає 82% - 90%. Аномалії ІІ кл. за Енглема трапляються у 24,5% випадках, причому 38,5% із них - це односторонні форми порушення прикусу.

Серед пацієнтів із ортодонтичною патологією дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) трапляється в 70-75% випадків. Захворювання СНЩС розвиваються досить рано, часто в дитячому віці, тому рання діагностика, візуалізація й об'єктивна оцінка стану СНЩС у дітей украй необхідні для своєчасного визначення стратегії ортодонтичного лікування порушень структури й функції СНЩС.

Мета нашого дослідження - оцінити симетрію кутів ротації голівок СНЩС у ортодонтичних пацієнтів із І і ІІ класом за Енглема.

Матеріали й методи. У 27 пацієнтів було проведено конусно-променеве комп'ютерне томографічне (КПКТ) дослідження у віці від 14 до 35 років. За видами порушень прикусу пацієнти були розділені на дві групи: 1 група - 13 пацієнтів із І класом за Енглема і 2 група - 14 пацієнтів із ІІ кл.

КПКТ щелепно-лицевої ділянки виконували на денгальному комп'ютерному томографі «VATECH PAX-ZENITH 3D», аналізували в програмі «Ez3D2009», вимірювали на аксіальному зрізі (рис.1).

Для визначення ротації НЩ і розташування СНЩС щодо основи черепа опускали перпендикуляри від крилоподібної лінії до центрів суглобових голівок СНЩС - O_L ; O_R і отримували лінії KO_L ; KO_R (Патент на корисну модель № 131 096 «Спосіб діагностики дистального прикусу»). Між лінією симетрії Sm і продовженою лінією AD (параметр довжини голівки СНЩС) утворюються кути ротації ($\angle R_L$; $\angle R_R$).

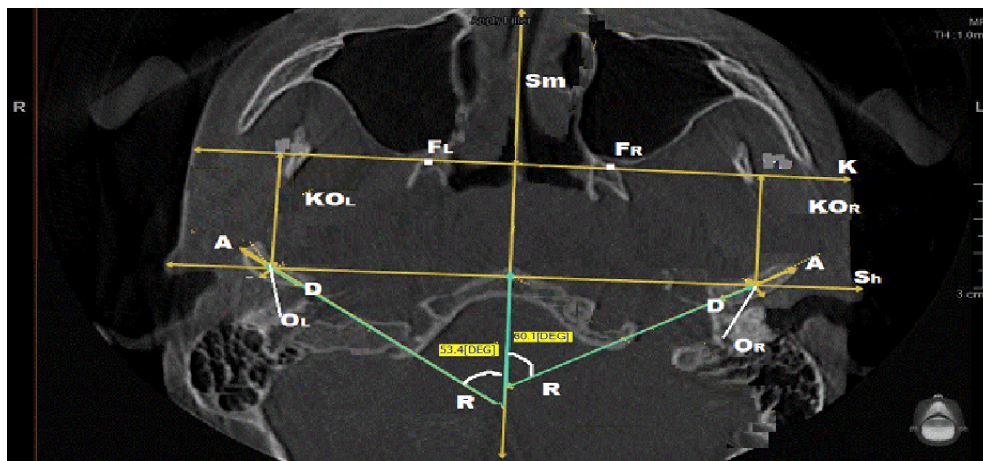


Рис.1. Схема вимірювань на КПКТ параметрів СНЩС у аксіальній проекції

Результати й обговорення. При патології І кл. за Енглема $\angle R_R$ дорівнює $59,74 \pm 1,01^\circ$, $\angle R_L$ - $59,83 \pm 1,43^\circ$ (табл. 1), тобто практично асиметрія відсутня, а при ІІ кл. $\angle R_R$ - $56,89 \pm 3,58^\circ$, $\angle R_L$ - $58,94 \pm 3,57^\circ$.

Табл 1. Кут ротації СНЩС ($^\circ$)

І клас		ІІ клас	
R	L	R	L
$59,74 \pm 1,02^\circ$	$59,83 \pm 1,02^\circ$	$56,89 \pm 3,58^\circ$	$58,94 \pm 3,58^\circ$

Кути ротації суглобових голівок СНЩС ($\angle R_R$ і $\angle R_L$) при І кл. понад 5° встановлено тільки у 23,08% пацієнтів. При ІІ кл. різниця між кутами ротації суглобових голівок СНЩС понад 5° склала 64,29%, тобто асиметрія в нахилі голівок СНЩС при ІІ кл. трапляється в 3 рази частіше, ніж при І кл. Діапазон максимальної різниці кута ротації при І кл. становить $5,2^\circ$, а при ІІ кл. - $15,2^\circ$, тобто в три рази вище, що чітко демонструє, що зі збільшенням тяжкості ЗЩА посилюються асиметрія й ротація голівок СНЩС.