

9,6 %, вертикальне - 9,6 %, вестибулярне - 5,6 % и поворот вокруг оси - 2,2 %. При этом, в возрастной группе 15-19 лет особо преобладают медиальные (60,6 %), дистальные (15,2 %) и комбинированные (15,2 %) смещения.

Частота возникновения феномена Попова-Годона у лиц молодого возраста с малыми включенными дефектами зубных рядов увеличивается с возрастом и составляет в целом 31,6 %. При этом в возрастной группе 15-19 лет он встречается у 10,0 % больных, в 20-24 года - 15,5 % и в возрасте 25-29 лет отмечается на уровне 45,6 %.

Вертикальная же дентальная деформация зубов 1-й степени, у зубов ограничивающих дефект зубного ряда, встречается в 13,5 % случаев, 2-й - 1,7 % и 3-й степени - практически не наблюдается. При этом данная патология 1-й степени в возрастной группе 15-19 лет отмечается в 6,3 % случаев, в 20-24 года - 4,6 %, и в возрасте 25-29 лет она фиксируется на уровне 21,1 %; 2-я степень в возрасте 15-19 лет практически не наблюдается, в 20-24 года составляет 0,9 % и в 25-29 лет отмечается лишь в 2,6 %; 3-я же степень дентальной вертикальной деформации зубов, ограничивающих дефект зубного ряда у данной категории больных практически не наблюдается.

Установлено, что, в целом, горизонтальная дентальная деформация опорных зубов 1- степени с наклоном до 30° отмечается в 45,6 % случаев, вторая степень с наклоном более 30° фиксируется в 19,6 % опорных зубов. При этом дентально-альвеолярные деформации зубов и зубных рядов, как с атрофией тканей пародонта, так и без атрофии по всем степеням наблюдается крайне редко и составляет всего 1,6 %.

Приведенные выше материалы убедительно свидетельствуют о том, что несвоевременное ортопедическое лечение малых включенных дефектов зубных рядов, особенно в молодом возрасте, приводит к сложнейшим вторичным анатомо-топографическим зубочелюстным аномалиям и деформациям и, тем самым, к значительному увеличению объема специализированной помощи, связанной с предварительной ортодонтической, терапевтической, а порой и хирургической подготовкой. Принимая во внимание создавшееся положение считаем за целесообразно сказать о настоятельной необходимости пропаганды всем врачам стоматологического профиля раннего ортопедического восстановления данного рода дефектов зубных рядов, вплоть до взятия данной категории населения страны на диспансерный учет и активное наблюдение.



УДК 616.31-083+616.716.8:615.477.2

О. В. Лучко, Л. В. Смаглюк

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

ДИНАМІКА СТАНУ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБО-ЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ЗА УМОВ ЛІКУВАННЯ БРЕКЕТ-ТЕХНІКОЮ

Актуальність теми: пов'язана із великою розповсюдженістю зубо-щелепних аномалій та широким застосуванням брекет-техніки для лікування цього стану.

Мета нашого дослідження. Оцінка ефективності застосування різних методів індивідуальної гігієни порожнини рота у ортодонтичних пацієнтів із зубо-щелепними аномаліями за умов лікування брекет-технікою.

Предмет дослідження. Гігієнічний стан ротової порожнини пацієнтів, які знаходяться на лікуванні брекет-технікою.

Матеріали і методи дослідження. У дослідженні приймали участь 42 пацієнта віком від 12 до 18 років, яким проводили лікування за допомогою бондингової металеві системи Roth. Пацієнти були розподілені на 3 групи: група 1-14 пацієнтів, які застосовували загальновідомі, традиційні методи інформованості по догляду за ротовою порожниною; група 2 - 14 пацієнтів, для яких був розроблений індивідуальний алгоритм і проведено наглядне навчання методам гігієнічного догляду за ротовою порожниною із застосуванням механічної зубної щітки «ОРТО»; група 3-14 пацієнтів, для яких також був розроблений індивідуальний алгоритм і проведено наглядне навчання методам гігієнічного догляду за ротовою порожниною із застосуванням електричної зубної щітки Oral-B із насадкою круглої форми. Оцінку гігієнічного стану ротової порожнини проводили за допомогою індексів Федорова-Володкіної (1968) та Green-Vermillion (1964) за 1 тиждень до фіксації брекет-системи, безпосередньо до фіксації, та через місяць після фіксації.

Результати дослідження. Показали, що за тиждень до фіксації ортодонтичної апаратури стан гігієни порожнини рота у трьох групах дослідження був майже однаковий (2,9; 2,7; 2,6 по Федорову-Володкіної відповідно 1, 2, 3 групи дослідження, та 1,9, 1,8, 1,9 по Грину-Вермільону) і відповідав критерію – “незадовільний” ($p \geq 0,05$). Безпосередньо до фіксації брекет-техніки стан гігієни ротової порожнини покращився у 2-й та 3-й

групах дослідження і становив 1,9, 1,8 відповідно по Федорову-Володкиной, та 1,4, 1,3 по Грину-Вермильону. Через місяць після фіксації найкращі показники гігієни порожнини рота встановлено в 3 групі дослідження ($p \leq 0,05$).

Висновок. Застосування пацієнтами із зубо-щелепними аномаліями, за умов лікування брекет-технікою, індивідуального алгоритму і наглядного навчання методам гігієнічного догляду за ротовою порожниною більш ефективно в порівнянні з традиційними методами по інформованості і володіння цими навичками. Використання електричної зубної щітки Oral-B сприяє кращому видаленню зубного нальоту з зубів у порівнянні із доглядом з використанням механічної зубної щітки «ОРТО».



УДК 616.314.9-08:615.46

О. І. Лютіков

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМПОЗИЦІЙНИХ / КОМПОМЕРНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ МОЛЯРІВ

Актуальність. На сьогоднішній день карієс тимчасових зубів залишається досить актуальною проблемою не лише в Україні, а й у світі. При цьому в структурі уражень тимчасові моляри займають перше місце. З метою їх відновлення застосовуються різні пломбувальні матеріали та методики, хоча клінічна ефективність ряду методів залишається спірною.

Мета. Клінічну ефективність та визначити витрачений час при застосуванні різних пломбувальних матеріалів при відновленні тимчасових молярів.

Матеріали і методи. 15 дітей віком від 4 до 8 років (середній вік = 5,8) були розділені на 2 клінічні групи: основна (реставрації виконувалися композиційними (КЗ) / компомерними (КМ) матеріалами) і контрольна (склоіономерний цемент (СІЦ)). Всього було виконано 30 реставрацій. Оцінка проводилася за критеріями USPHS відразу після виконання, через 3, 6 і 12 місяців. При виконанні кожної реставрації проводився хронометраж і враховував безпосередньо процедуру відновлення один лікар без асистента.

Результати. Через 12 міс. показник «А» для крайової адаптації складав КЗ – 90 %, КМ – 87,5%, СІЦ – 58 %; для крайового профарбовування 70 %, 75 %, 50 % відповідно. Ознаки вторинного карієсу на межі з реставрацією відсутні у КЗ / КМ – 100 %, СІЦ – 92 %. Результати хронометричного дослідження: час для виконання реставрації з композиційного матеріалу з адгезивною системою 5 покоління – 4 хв. 38 сек, компомерного матеріалу (7 покоління) – 2 хв. 32 сек, СІЦ – 6 хв. 5 сек.

Висновки. Результати дослідження демонструють високу клінічну ефективність застосування композиційних / компомерних матеріалів при відновленні тимчасових молярів, і можуть бути рекомендовані до широкого застосування у дітей з високим рівнем співпраці.



УДК 616.314.26-007.271-053.2-079.4

Д. М. Махницький

Київський медичний університет Української асоціації народної медицини

ПРОФІЛАКТИКА ВТОРИННИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У ДІТЕЙ, ЩО ВТРАТИЛИ ФРОНТАЛЬНУ ГРУПУ ЗУБІВ

Актуальність теми. Зубне протезування дітей в наш час залишається досить актуальним. Низька обізнаність батьків щодо профілактики карієсу зубів у дітей призводить до ускладнень. Як наслідок, раннє видалення тимчасових чи постійних зубів. Такий стан потребує негайного втручання лікаря для заміщення дефекту зубного ряду, який утворився, бо вторинні зубощелепні деформації у дітей виникають в 10 разів швидше ніж у дорослих (Дорошенко С. І. 1991, Тріль С. І. 1994, Фліс П. С. 2010).