

Ретенція і дистопія верхніх іклів зустрічаються в 25-30% випадків, порушення прорізування нижніх зубів мудрості - в 75 %. Таким чином, в більшості випадків спостерігається ускладнення пов'язані з аномаліями формування та прорізування третіх молярів. Як правило, ретенція зубів супроводжується не тільки порушенням прорізування зубів, але і скупченим положенням, наявністю діастем та трем, вкороченням чи деформацією зубних рядів.

Тому, метою нашого дослідження було визначення частоти виникнення ретинованих зубів серед дітей від 12 до 18 років.

Нами проведений аналіз ортопантомограм та історій хвороб 20 дітей віком від 12 до 18 років. Визначали кількість ретинованих зубів на кожній з щелеп, групову приналежність зуба та залежність від виду зубощелепних аномалій згідно класифікації Енгля. Ще одним діагностичним критерієм ретенції зубів стало їх розміщення в щелепних кістках за даними ортопантомограми.

За даними наших досліджень, ретенція зубів у дітей 12-18 років зустрічається у 60 % випадків, з них 45 % на верхній щелепі та 15 % на нижній. Повна ретенція зубів – 65 % випадків, неповна ретенція – 35 %. Ретенція ікол зустрічається в 9 % випадків, ретенція другого премолара – 4 %. Найбільша кількість ретинованих зубів визначено у пацієнтів з I класом Енглем – 67,9 %. У пацієнтів з II класом – 41,8 %, найменше – у пацієнтів з класом III – 24,3 %.

Згідно ортопантомограм дітей, найчастіше зустрічається ідіопатична форма ретенції зуба, друга за частотою є форма з відхиленням поздовжньої осі ретенірованого зуба від правильної осі його прорізування більше ніж 15° . У 63 % випадків, ретиновані ікла мали високе розташування по вертикалі (ближче до основи щелеп), відносно альвеолярного гребеня.

Висновок. Проведене дослідження довело, що проблема ретенції зубів займає одне з головних місць серед патології зубощелепної системи у дітей (71,63%), що вимагає особливих заходів з профілактики та санації порожнини рота у даній категорії населення.

Своєчасне виявлення і лікування даної патології буде сприяти запобіганню розвитку аномалій формування та прорізування зубів, та попереджувати появу ускладнень та вторинних деформацій.

УДК: 616.61-083-084:374

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГІГІЄНИ ПОРОЖНИНИ РОТА У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ НА ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Фалінський М.М., Бойцанюк С.І.

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
м.Тернопіль, boucanuk@tdmu.edu.ua

У структурі стоматологічних захворювань зубощелепні аномалії займають третє місце після карієсу та захворювань тканин пародонту. Відповідно до сучасних уявлень, вони відносяться до числа мультифакторних

захворювань та виникають у результаті складної взаємодії спадкових і екзогенних факторів.

При лікуванні хворих з зубощелепними аномаліями застосовують різні ортодонтичні апарати, які, поряд з позитивним, можуть надавати і негативний вплив. Наявність кілець, лігатур та кронштейнів ускладнює гігієну та сприяє накопичення зубного нальоту.

Завдяки своїй коригуючій здатності, ортодонтичні апарати дозволяють ідеально вирівняти зубний ряд, однак застосування фіксованих щічних пристосувань викликає ятрогенні побічні ефекти, наприклад, збільшення утворення зубного нальоту та ризику виникнення карієсу. Ортодонтичні елементи викликають збереження великої кількості біоплівки, зубного нальоту, їжі, і, отже, може мати серйозний вплив на здоров'я порожнини рота пацієнтів.

У зв'язку з цим метою даного дослідження стало визначення гігієнічного статусу і стану тканин пародонту пацієнтів, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні.

Матеріали та методи. Проведено клініко-рентгенологічне обстеження 95 осіб (45 юнаків і 50 дівчат) віком від 14 до 17 років із зубощелепними аномаліями, які перебувають на ортодонтичному лікуванні у Тернопільській стоматологічній поліклініці № 1.

Для вирішення поставлених завдань проводили оцінку стану тканин пародонта, ґрунтуючись на даних анамнезу, об'єктивного обстеження, оцінки рівня гігієни порожнини рота за допомогою індексу OHI-S (Green J., Vermillion J.), тяжкість гінгівіту визначали за індексом РМА до і під час лікування.

На початку лікування усім пацієнтам проводили комплекс заходів: професійна гігієна порожнини рота, навчання індивідуальної гігієни рота та ортодонтичних конструкцій з підбором засобів (зубна паста, ополіскувач) і предметів (зубна щітка, йоржик, флоси) гігієни. На момент постановки ортодонтичних конструкцій, всі пацієнти не мали ознак запалення в тканинах пародонта. Повторні огляди здійснювали через 7-14 днів та 6 місяців.

Результати та обговорення. За даними опитування, регулярний догляд за ротовою порожниною здійснювало 54,8 % дітей основної групи, що було практично рівнозначно стосовно даних дітей групи порівняння (55,6 %). Отримані дані дозволяють стверджувати про недостатній гігієнічний догляд в обох групах дослідження

При оцінці гігієни порожнини рота у обстежених дітей за допомогою індексу OHI-S було встановлено, що середнє значення індексу у пацієнтів з незнімними апаратами було становило $1,41 \pm 0,06$, у дітей зі знімними апаратами відповідно $1,25 \pm 0,08$, що відповідало задовільній гігієні порожнини рота.

Також в ході досліджень вивчався вплив виду конструкцій на розвиток гінгівіту, за результатами динаміки індексу РМА в модифікації Parma. Згідно з отриманими даними, перед початком лікування рівень індексу РМА становив 4,2 %, у пацієнтів основної групи і 4,0 % у пацієнтів групи порівняння.

В процесі ортодонтичного лікування, починаючи з першого місяця, виявилася несприятлива динаміка розвитку гінгівіту в основній групі з явним переважанням у пацієнтів, які проходили лікування з використанням брекет-системи. Так, у пацієнтів із знімними конструкціями через 6 місяців від початку лікування індекс РМА склав $4,3 \pm 0,2$ %, а у пацієнтів з брекет системою – $4,8 \pm 0,4$ %.

Висновок. В період ортодонтичного лікування незнімні апарати суттєво ускладнюють гігієнічний догляд за порожниною рота. Тому особливого значення слід надавати підготовці пацієнтів до тривалого ортодонтичного лікування із застосуванням ефективних засобів профілактики.

Оскільки великий ризик розвитку ускладнень з боку пародонта, при проведенні ортодонтичного лікування із застосуванням незнімної ортодонтичної техніки необхідна об'єктивна оцінка стану тканин пародонтального комплексу до лікування, під час і після лікування та проведення необхідної терапії для попередження або купірування запальних ускладнень.

УДК: [616.314+616.716.1/.4]-007.-002.4-053.4

РОЛЬ ДИТЯЧОГО СТОМАТОЛОГА ТА ПЕДІАТРА (СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ) У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ДІАГНОСТИЦІ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Чухрай Н.Л., Смоляр Н.І., Безвушко Е.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
м. Львів, kaf_orthodontics@meduniv.lviv.ua

Проблема надання ортодонтичної допомоги дітям є актуальною на сьогодні у зв'язку із значною поширеністю зубощелепних аномалій. Так, за даними різних авторів, серед дітей України зубощелепні аномалії зустрічаються приблизно у 49-72% випадків (Мірчук Б.М., Деньга О.В., 2010; Смаглюк Л.В. та співавт., 2016; Фліс П.С., 2016; Дрогомирецька М.С., 2016; Безвушко Е.В., Чухрай Н.Л., 2016; Потапчук А.М. та ін., 2018). Тому раннє виявлення, лікування та запобігання розвитку зубощелепних аномалій є важливим завданням сучасної стоматологічної служби в аспекті покращення стоматологічного здоров'я дітей. Ведуча роль при цьому повинна відводитись педіатру (сімейному-лікарю) та дитячому стоматологу.

Важливу роль у вирішенні проблеми стоматологічного здоров'я дитячого населення мають відігравати педіатри (сімейні лікарі), які є представниками первинної ланки медико-санітарної допомоги. Сімейний лікар першим контактує з пацієнтом (дитиною), володіє інформацією про історію хвороби сім'ї, має можливість скеровувати дитину до вузькопрофільних спеціалістів і слідкувати за перебігом лікування того чи іншого захворювання. Це фахівець, який, особливо зараз, в умовах відсутності шкільних стоматологічних кабінетів, повинен займати провідне місце в профілактиці і виявленні усіх стоматологічних захворювань, у тому числі й зубощелепних аномалій.