ся значимой для ортодонтической практики, поскольку более 75% пациентов с аномалиями окклюзии имеют дисфункцию ВНЧС различной степени выраженности на клиническом и субклиническом уровнях. В таких случаях полное ортодонтическое лечение должно решать задачу восстановления морфофункционального оптимума челюстно-лицевого комплекса в целом.

Цель исследования — оценка валидности поэтапных алгоритмов коррекции трансверзальных аномалий окклюзии, возникших вследствие нарушения функции ВНЧС.

Материал и методы. Проанализировано 23 законченных клинических случая комплексного лечения пациентов с трансверзальными аномалиями окклюзии, обусловленными латеральным смещением нижней челюсти и ассоциированными с дисфункцией ВНЧС. Возраст пациентов составил от 18 до 35 лет, все обратились в клинику по поводу неправильного положения нижней челюсти и нарушения лицевой симметрии, усугубляющейся с течением времени. Характерным был факт наличия в анамнезе эпизода нарушения функции ВНЧС, после которого пациенты начинали отмечать появление лицевой асимметрии. Алгоритм комплексного лечения состоял из следующих ступеней: восстановление миофункционального равновесия мышечных комплексов справа и слева и установление нижней челюсти в центральное положение; создание полноценных окклюзионных контактов в центральном положении нижней челюсти; ретенция результатов окклюзионной терапии и оптимизация контуров мягких тканей лица.

Результаты. На 1-м этапе изготавливали депрограммирующий сплинт, удерживающий нижнюю челюсть в центральном положении. Синхронно рекомендовали пациентам комплексы миотерапии и 2—3 курса СМТ-терапии для релаксации мышечных комплексов. Критерием окончания этапа являлось устойчивое положение нижней челюсти в конструктивном прикусе. 2-й этап — создание полноценных окклюзионных контактов — был проведен с использованием несъемных ортодонтических аппаратов на оба зубных ряда. Предпочтение отдавали системам пассивного самолигирования. При ортодонтической коррекции придерживались последовательного решения задач: восстановление правильной формы и экспансия верхнего зубного ряда; коррекция средних линий зубных рядов и устранение трансверзальных несоответствий; коррекция соотношения зубных дуг в сагиттальной и вертикальной плоскостях; фиксация множественных окклюзионных контактов. 3-й этап заключался в снятии аппаратов, шинировании фронтального отдела верхнего и нижнего зубных рядов и немедленном изготовлении межчелюстной шины. Нами использовались различные виды шин на основе термоформованных капп. Для закрепления правильного положения нижней челюсти и миофункционального равновесия пациентам рекомендовали курсы СМТ-терапии. В тех случаях, когда на верхнем зубном ряде были «раскрыты» промежутки удаленных зубов, изготавливались несъемные конструкции, консолидирующие зубной ряд. В ряде случаев через 12—18 мес от начала ретенционного периода в случае отсутствия признаков морфофункциональной декомпенсации пациентам рекомендовали контурную пластику. Хороший результат лечения, заключающийся в полной морфофункциональной компенсации, был получен у 18 (78,3%) пациентов, удовлетворительный — у 4 (17,4%) человек, неудовлетворительный — у 1 (4,3%) пациента за счет сохранения неизменности суставных жалоб и симптомов. Через 24—36 мес ретенционного периода морфофункциональная компенсация была диагностирована в 82,6% (19 пациентов) случаев, морфофункциональная декомпенсация — в 17,4% (4 пациента) за счет латерального смещения нижней челюсти, усугубления суставных жалоб.

Вывод. Коррекция трансверзальных аномалий окклюзии, возникших вследствие нарушения функции ВНЧС, должна проводиться поэтапно: первым мероприятием является позиционирование нижней челюсти в центральном положении и восстановление миофункционального баланса, последующим — закрепление правильного положения нижней челюсти окклюзионными контактами.

* * *

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Ю.А. Калиниченко, К.А. Колесник, Т.А. Сиротченко, А.А. Сиротченко

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск; Медицинская академия им. С.И. Георгиевского; ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Симферополь

Актуальность. Состояние рта у подростков с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА) при наличии патологии пищеварительного тракта имеет определенные особенности и требует обязательного проведения профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения, которое представляет собой стресс для организма и дополнительный фактор риска активизации кариозного процесса и возникновения воспаления в тканях пародонта.

Цель исследования — оценка эффективности комплексного медикаментозного сопровождения ортодонтического лечения у подростков с патологией пищеварительной системы с учетом особенностей их адаптационных возможностей.

Материал и методы. Исследование проводилось у 95 подростков 12—15 лет в динамике лечения ЗЧА несъемной аппаратурой. В профилактический медикаментозный комплекс (ПМК) были включены препараты кальция, цинка, магния, лецитин и бактериальные лизаты. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — 45 пациентов (стандартное ортодонтическое лечение с выполнением основных гигиенических рекомендаций); 2-я группа — 50 подростков (ортодонтическое лечение с применением ПМК). Уровень адаптации определяли по зарядовому состоянию клеток буккального эпителия (КБЭ) — ядер и плазмолл.

Результаты. Гигиеническое состояние рта детей 1-й группы при первичном обследовании было лучше по индексу Stallard и почти не отличалось по индексу Silness-Loe от показателей подростков 2-й группы. После проведения курса профессиональной гигиены в начале лечебно-профилактических мероприятий (1-й месяц ортодонтического лечения) у подростков обеих групп гигиеническое состояние рта улучшилось на 9,4—16,1%. Через 2 мес после фиксации ортодонтических аппаратов наблюдалось ухудшение показателей гигиенического состояния рта у детей обеих групп, но худшее гигиеническое состояние рта было у пациентов 1-й группы — 1,37±0,21 балла по Silness-Loe и 1,49±0,19 балла по Stallard. У подростков, которым назначался ПМК, ухудшение значений индексов гигиены было незначительным — на 0,45—0,42 балла. Через 3 мес после начала ортодонтического лечения у пациентов 1-й группы отмечалось ухудшение гигиенических индексов — индексы Silness-Loe и Stallard ухудшились на 14,6 и на 5,2% соответственно. У пациентов 2-й группы гигиенические показатели были лучше по индексу Silness-Loe на 0,14 балла, по индексу Stallard — на 0,52 балла соответственно. Через 6 мес после начала ортодонтического лечения и применения соответствующих лечебно-профилактических комплексов у пациентов 2-й группы гигиеническое состояние улучшилось: у подростков с наиболее низкими показателями уровня адаптации влияние предложенного комплекса было более значимым. Анализ зарядового состояния КБЭ свидетельствовал о том, что применение ПМК привело к позитивным изменениям зарядовых параметров КБЭ (p<0,05), прием лецитина привел к увеличению числа подвижных ядер КБЭ на 17,6%, амплитуды их электрофоретического смещения — на 23,9%, амплитуды смещения плазмолеммы — в 2,2 раза, а отношение амплитуд смещения плазмолл и ядер Апл/Ая увеличилось в 1,67 раза и приблизилось к физиологической норме. У пациентов 2-й группы прирост заряда ядер КБЭ с увеличением амплитуды их смещения и усиление метаболизма привели к значительному постоянному росту заряда плазмолеммы, что свидетельствует об улучшении функционального состояния фосфолипидного слоя. В результате этого отношение амплитуд смещения плазмолл и ядер (соответственно зарядов) приблизилось к физиологической норме (1,75—2,0), при которой клетки работают с незначительными потерями энергии и находятся в состоянии низкой энтропии, что характерно для высокой неспецифической резистентности. Состояние КБЭ, близкое к нормальному физиологическому, у пациентов 2-й группы (Апл/Ая=1,79±0,21; процент подвижных ядер — 47,5%) сохранялось и через 6 мес после фиксации ортодонтической аппаратуры и достоверно отличалось от соответствующих показателей пациентов 1-й группы (базовое ортодонтическое лечение) — Апл/Ая=0,89±0,12; процент подвижных ядер — 25,8%.

Вывод. Доказана способность лечебно-профилактического комплекса (карбонат кальция, цинка сульфат, магния лактат, лецитин, бактериальные лизаты) повышать адаптационные резервы на уровне организма в целом и позитивно влиять на эффективность ортодонтического лечения у детей с патологией пищеварительной системы.

* * *

РАСПРОСТРАННЕНОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ У ШКОЛЬНИКОВ СИМФЕРОПОЛЬСКОГО РАЙОНА

К.А. Колесник, А.В. Крамаренко

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Актуальность. Распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА) и деформаций достаточно вариабельна в разных регионах России, но при этом отсутствует тенденция к ее снижению. В Крыму эпидемиология ЗЧА изучалась А.П. Романовской в 1987 г. В настоящее время исследована частота аномалий зубочелюстной системы у детей с эндокринными заболеваниями и бронхиальной астмой. Однако нет целостной картины о морфофункциональном состоянии зубочелюстной системы и степени нарушения окклюзии у детей, проживающих в разных регионах Крыма. Эти данные необходимы для планирования и повышения качества оказания профилактической ортодонтической помощи детскому населению полуострова.

Цель исследования — изучить распространенность и структуру ЗЧА в периоде сменного прикуса у детей Симферопольского района.

Материал и методы. Проведено эпидемиологическое обследование 151 ребенка (65 девочек и 86 мальчиков), проживающих в Симферопольском районе. Было выделено две группы: 6—9 лет — ранний сменный прикус и 10—12 лет — поздний сменный прикус. Клиническое обследование проводилось в соответствии со стандартным протоколом.