

Обоснование выбора данного препарата было основано на том, что гель «Пансорал» обладает многокомплексным действием: антимикробным, противовоспалительным, обезболивающим. В его состав входит холина салицилат, что способствует устранению боли, воспаления и отечности; цеталкония хлорид - предотвращает развитие бактериальной и грибковой флоры; и натрия гидроксид - ощелачивает слюну и бло-

кирует развитие анаэробной флоры.

Под нашим наблюдением находились 28 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет с гипертрофическим гингивитом (отечная форма), который развился при ортодонтическом лечении с использованием брекет-системы. Они были разделены на 2 группы.

Пациентам I группы (18 человек) назначали гель «Пансорал» с курсом лечения 2 недели по 2 аппликации в день на десну в

комплексе с рекомендуемыми средствами гигиены полости рта. В то же время пациентам II группы (10 человек) рекомендовали соблюдать традиционный общепринятый гигиенический уход за полостью рта и брекет-системой.

На основании анализа полученных клинических данных можно сделать обоснованный вывод, что гель «Пансорал» обладает явно выраженным лечебным эффектом по сравнению с традиционными методами терапии.

Лихота К.М., Петриченко О.В.

ПРОФІЛАКТИКА І РАННЄ ЛІКУВАННЯ САГІТАЛЬНИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Актуальність

Нині функціональні порушення етіологічного розвитку зубощелепної ділянки в дітей дуже поширені внаслідок різноманітних ендогенних та екзогенних факторів. Зубощелепні аномалії в дітей, без сумніву, потребують не тільки лікування, а й профілактики, однак організація профілактичної роботи на вітчизняних теренах перебуває на стадії активного розвитку.

Провідну роль у профілактиці зубощелепних аномалій відіграють диспансеризація і власне постановка на диспансерний облік дітей, які потребують ортодонтичної допомоги, – це лише половина завдання; важливо виявити кількість дітей, які бажають щось змінити у своєму фізичному стані, зовнішньому вигляді, зокрема і в зубощелепній системі.

Є низка причин, через які профілактично-лікувальна робота стоматолога-ортодонта може ускладнюватися:

по-перше – недостатній вплив батьків на обов'язкове виконання вимог лікаря-ортодонта;

по-друге – відсутність у батьків інформації і знань про стоматологічне виховання дітей;

по-третє – відсутність коштів на лікування.

Для усунення основних етіологічних факторів розвитку зубощелепних аномалій і деформацій розроблено багато вправ (Л.В. Смаглюк, 2008; Д. Флаттер, 2011). Вони допомагають змінити поставу дитини, навчають правильно сидіти, дихати носом, змикати губи, покращують фізичний стан загалом.

Мета

Застосовувати і вдосконалювати програми профілактики зубощелепних аномалій, поєднуючи їх із застосуванням міофункціональних апаратів, щоб ортодонтичне лікування проходило набагато ефективніше, а також зменшилася кількість рецидивів і ускладнень.

Матеріали і методи

Протягом 5 років ми спостерігали і лікували групу дітей (360) віком від 3 до 12 років.

- Група дітей від 3 до 5 років (49 осіб) потребувала переважно профілактичної роботи – контроль за диханням, поставою тіла, тренування жувальних м'язів (уживання твердої їжі), вправи на змикання губ. Також ми призначали преортодонтичний трейнер «Infant», а пацієнтам із мезіальним прикусом – трейнер і-3.

- У змінному прикусі, у віці від 6 до 8,5 років, ми лікували 311 дітей із сагітальною патологією зубів. У цей період прикусу пацієнтам із сагітальними аномаліями, крім профілактичних вправ, ми призначали трейнери: і-2 - при дистальному прикусі та Т4К, а потім і-3 - при мезіальному.

Лікування тривало майже рік, ретенційний період - 2-3 роки. Кісткова і м'язова частини обличчя під час дії цих трейнерів розвивалися

нормально, довжина і ширина апікального базису були в нормі.

- Дітям віком від 8,5 до 12 років ми призначали спочатку (в окремих випадках - слабкий фізичний розвиток, відставання в рості) Т4К, потім залежно від патології прикусу - трейнер І-2, І-3. Дітям з альвеолярною формою мезіального прикусу спочатку в деяких випадках призначали розширювальну пластинку з гвинтом на верхню щелепу, а потім залежно від періоду змінного прикусу - преортодонтичний трейнер (Т4К) на 6-8 місяців, далі - трейнер І-3. Ретенційний період складав 2-3 роки.

Контроль проводили через кожен місяць лікування. Це давало

можливість контролювати режим користування трейнером, а також виконання профілактичної програми, яка має тривати не менше 3 місяців.

Усі деталі обстеження і наступних відвідувань відображені в обліковій документації № 043-1/0 «Карта обстеження ортодонтичного пацієнта».

Висновки

Отже, в боротьбі із зубощелепними аномаліями необхідно застосовувати комплексний підхід, який передбачає профілактичну роботу.

У зв'язку з цим виникає низка завдань, для вирішення яких необхідно:

- паралельно застосовувати міофункціональні апарати і комплекс профілактичних вправ для дихальної та м'язової систем;

- проводити профосвітню, роз'яснювальну роботу як серед батьків, так і серед різних осередків дитячих установ;

- поряд із підготовкою сестер-гігієністів навчати персонал профілактичній роботі з дітьми, які мають різні ортодонтичні вади.

Тільки детальне обстеження, вивчення поведінки дитини, її звичок, участь у розумінні її побажань допоможуть приводити дитину на контрольні огляди так часто, настільки це потрібно, а це прямий ключ до успішного лікування.

Міський А.Л.

ЧИННИКИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність.

Поширеність зубощелепних аномалій останніми роками значно зростає. Це зумовлене змінами в соціально-економічній сфері, погіршенням кліматологічних та побутово-гігієнічних факторів, погіршенням екології, зниженням рівня загального здоров'я дитячого населення, якості санітарно-просвітницької роботи.

Поширенню зубощелепних аномалій сприяє низка чинників екзогенного й ендогенного характеру. Несприятливі чинники довкілля не лише провокують зростання захворюваності, а і значно погіршують показники фізичного розвитку дітей, призводять до формування тяжкої патології в ранньому віці, атипового пере-

бігу хвороб, а також появи нових нехарактерних симптомів.

Мета. Визначити етіологічні чинники розвитку зубощелепних аномалій у дітей шкільного віку.

Матеріал і методи дослідження. Для вивчення причин розвитку зубощелепних аномалій обстежено 280 школярів із різних районів Львівської області. Огляд дітей проводили за загальноприйнятою методикою. Результати обстежень заносили в спеціально розроблені карти.

На обстежені дітей особливу увагу звертали на виявлення порушень функцій дихання і ковтання, терміни прорізування зубів, наявність шкідливих звичок і їх зв'язок із виявленими зубощелепними аномаліями.

Результати дослідження. За-

го віку (рахіт) - 11%; порушення функції зубощелепної системи - 84,78%; каріозне ураження - 93,6%; порушення строків прорізування - 64,5%; порушення постави - 18,3%; аномалії прикріплення м'язів тканин - 32,4%; аномалії розмірів зубів - 18,7%; шкідливі звички - 87,5%; порушення дихання - 43,07%; порушення біодинамічної рівноваги м'язів щелепо-лицевої ділянки - 84,8%; порушення функцій порожнини рота - 67,2%; мовні порушення - 15,8%.

Висновки.

Як показали дані обстеження, етіологічних чинників, які призводять до розвитку зубощелепних аномалій, у дітей шкільного віку досить багато. Це потребує нових, раціональніших і доступних методів їх профілактики.