

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України "Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України.

Науковий консультант: доктор медичних наук, професор

Рибалов Олег Васильович, Вищий державний навчальний заклад України „Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України, м.Полтава, завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Куцевляк Валерій Ісайович**, Харківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та імплантології;

- доктор медичних наук, професор Фліс **Петро Семенович**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, завідувач кафедри ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології;

- доктор медичних наук, професор **Покровський Марк Михайлович**, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України, професор кафедри стоматології дитячого віку.

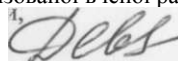
Провідна установа: Інститут стоматології АМН України, м. Одеса, відділення стоматології дитячого віку.

Захист відбудеться „25" грудня 2006 року об П⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України „Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України (36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України „Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України за адресою: 36024, м. Полтава, вул.Шевченка, 23.

Автореферат розісланий

Вчений секретар спеціалізованої вченої ради

 Дев'яткіна Т.О.

доктор медичних наук, професор

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Дистальна оюпозія зубних рядів найбільш поширена серед усіх форм зубощелепних аномалій і становить від 12,5% до 40% усіх аномалій прикусу [Григорьева Л.П., 1995; Безвушко Е.В., 2000; Арсенина О.И., Кутишат Хапдун, 2004; Mugonzibwa E.A. et al., 2004; Tausche E. et al., 2004]. Серед загальної кількості пацієнтів, які звертаються за ортодонтичною допомогою, пацієнти з дистальною оклюзією складають до 65% [Герасимов С.Н., 1999]. Відсоток цієї патології прикусу в дорослих пацієнтів зростає, а клінічна картина аномалії прикусу характеризується ускладненнями її дефектами зубів і зубних рядів, захворюваннями тканин пародонта та ін. [Образцов Ю.Л., 1991; Хорошилкина Ф.Я., Персии Л.С., 1999].

Лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів передбачає нормалізацію естетичних, функціональних, морфологічних порушень, а також усунення, за можливості, тих психологічних переживань, які супроводжують цю патологію [Григорьева Л.П., 1984; Косырева Т.Ф., Стрелкова О.Г., 1997; Куроедова В.Д., 1997; Alexander R.G., 1997; Proffit W.R. et al., 2000]. У лікуванні дистальної оклюзії зубних рядів застосовують біологічний, ортодонтичний (апаратурний), хірургічний, протетичний та комбінований методи [Сухомлинова Т.Я., 1998; Персии Л.С., 1999; Dibbets J.M., 1996]. Вибір методу лікування дистальної оклюзії зубних рядів залежить від багатьох факторів: віку пацієнта, локальних та супутніх загальносоматичних змін, форми і ступеня тяжкості хвороби [Герасимов С.Н., 1999; Малыгин Ю.М., Тайбогарова С.С., 1999; Флис П.С. та ін., 1999; Покровський М.М., Парубок Ю.М., 2002; Bennet J.C., McLaughlin R.P., 2001]. Незважаючи на значні успіхи, досягнуті останніми роками в розробці нових методів діагностики і лікування зубощелепних аномалій та деформацій, у більшості випадків вони стосуються досліджень у дітей та підлітків [Деньга О.В. та ін., 2004; Vaccetti T. et al., 1997; Billiet T. et al., 2001; Hennessy R.J., Moss J.P., 2001; Chang Y. et al., 2004]. Що ж до дорослих пацієнтів, то ці питання потребують подальшого вивчення й аналізу.

Широка і всебічна дискусія з приводу розширення вікових можливостей ортодонтичної допомоги за рахунок сучасних методів і технологій потребує їх детального аналізу і якісно нового підходу до організації комплексної реабілітації хворих залежно від віку [Даньков Н.Д., 2003; Хорошилкина Ф.Я. и др., 2006; Birkeland K. et al., 2000]. Разом з тим, для підлітків та дорослих не визначені етапи лікувальних заходів та послідовність їх проведення за використання знімних і незнімних ортодонтичних апаратів, не проведена порівняльна оцінка результатів лікування із видаленням чи без видалення зубів.

Мало висвітлені помилки й ускладнення на різних етапах ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій та деформацій сучасними апаратами і майже зовсім не розкриті ці питання щодо етапів лікування і реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів.

Суперечливі погляди на етіологічні чинники, структуру супутніх функціональних порушень, стан скронево-нижньощелепного суглоба, вибір методів лікування підлітків та дорослих пацієнтів, строки диференційованого лікування, можливі ускладнення в процесі і після ортодонтичного лікування визначили мету і завдання нашого дослідження.

Зв'язок з науковими програмами, планами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної наукової теми Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія" „Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами" (державний реєстраційний № 0102U001303). Автор є безпосереднім виконавцем фрагмента зазначеної теми.

Мета дослідження - підвищення ефективності лікування і завершальної реабілітації пацієнтів різного віку із дистальною оклюзією зубних рядів з урахуванням морфофункціональних порушень, які супроводжують патологію, шляхом реалізації положень розробленої концепції і критеріїв прогнозування можливих помилок та ускладнень.

Завдання дослідження:

1. Визначити структуру і частоту „факторів ризику", які призводять до виникнення дистальної оклюзії зубних рядів у різні вікові періоди становлення прикусу.

2. Вивчити особливості клініко-морфологічного та функціонального стану зубощелепної ділянки в підлітків та дорослих із різними формами дистальної оклюзії.

3. Визначити морфологічні та функціональні фактори, що впливають на вибір методів лікування дистальної оклюзії зубних рядів у різні вікові періоди пацієнта.

4. Оцінити результати лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів залежно від обраного методу лікування - із використанням знімних і незнімних ортодонтичних апаратів, із видаленням чи без видалення зубів.

5. Розробити нові ортодонтичні апарати, провести їх апробацію і визначити їхню ефективність в лікуванні пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів.

6. Визначити можливі помилки й ускладнення в лікуванні підлітків і дорослих із дистальною оклюзією зубних рядів і розробити схему-моніторинг їх прогнозування.

7. На підставі отриманих даних розробити рекомендації для практичної охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - морфофункціональні порушення, які супроводжують дистальну оклюзію зубних рядів.

Предмет дослідження - ефективність лікування та реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів із використанням сучасної знімної та незнімної ортодонтичної техніки на підставі реалізації положень розробленої робочої концепції.

Методи дослідження - аналітичний, клінічні та параклінічні: біометричний, електроміографічний, рентгенологічний, статистичний.

Наукова новизна роботи. Вперше визначена структура функціональних порушень при дистальній оклюзії зубних рядів у пацієнтів різного віку.

Вперше визначені середньостатистичні стандарти розмірів і форми зубоальвеолярних дуг і розроблені об'єктивні рекомендації для вибору форми та розмірів назубних дуг у лікуванні пацієнтів сучасною незнімною брекет-технікою.

Вперше проведена порівняльна клініко-морфологічна оцінка результатів лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів сучасними ортодонтичними апаратами: знімними і незнімними; методом із видаленням та без видалення зубів.

Уперше розроблена схема-моніторинг безпосередніх і віддалених помилок та ускладнень лікування і реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на всіх етапах.

Доповнено основні принципи й алгоритм лікування підлітків та дорослих із дистальною оклюзією зубних рядів із використанням знімних і незнімних ортодонтичних апаратів. Уточнено основні положення поетапного забезпечення стабільності досягнутих результатів лікування, що підвищує ефективність лікування і зменшує кількість рецидивів цієї патології прикусу.

Для підвищення ефективності лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів розроблені нові ортодонтичні апарати і пристрої: „Ортодонтичний моноблоковий апарат“, „Пристрій для корекції положення язика“, „Спосіб прогнозування шляхів ортодонтичного лікування“, „Прилад для вимірювання величини міжзубного контакту“, що захищені деклараційними патентами України (№ 51297 А від 18.02.2002 р.; № 67604 А від 07.11.2003 р.; № 6740 від 11.11.2004 р.; № 7801 від 11.11.2004 р.) і п'ятьма позитивними рішеннями РПК „Стоматологія“ на видання і включення до Реєстру медико-біологічних та науково-технічних нововведень МОЗ України.

Визначені особливості лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів, ускладненою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС).

Як алгоритм лікарських дій запропонована концепція комплексного лікування та реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів залежно від їхнього віку та форми патології прикусу.

Практичне значення одержаних результатів. Доведені висока поширеність порушень функцій порожнини рота в пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів у різні вікові періоди і у зв'язку з цим - необхідність використання допоміжних ортодонтичних пристроїв, зокрема, знімних у поєднанні з незнімними апаратами.

Визначені середньостатистичні розміри і форма зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп, які рекомендуються як орієнтир для складання плану лікування дистальної оклюзії зубних рядів і підбору назубної дуги для кожного етапу корекції патології брекет-технікою.

Розроблено технології використання сучасної незнімної ортодонтичної техніки в лікуванні дистальної оклюзії зубних рядів. Запропоновано та проведено оцінювання результатів лікування низки допоміжних апаратів, які можуть бути використані разом із незнімною ортодонтичною назубною технікою.

Визначена тактика ведення пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів, ускладненою дисфункцією СНЩС.

Рекомендовані для ортодонтичної практики як метод вибору: метод лікування дистальної оклюзії зубних рядів за допомогою моноблокового апарата власної конструкції;

- метод корекції положення язика за допомогою незнімної сучасної ортодонтичної техніки;
- комплекси лікувальних заходів для усунення функціональних порушень, які супроводжують і ускладнюють дистальну оклюзію зубних рядів;
- метод лікування дистальної оклюзії зубних рядів, ускладненою дисфункцією СНЩС.

Для забезпечення стабільності досягнутих результатів лікування визначені можливі безпосередні та віддалені помилки й ускладнення на всіх етапах лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів у різні вікові періоди та розроблені запобіжні заходи.

Розроблені критерії прогнозування можливостей досягнення функціонального, естетичного та морфологічного оптимумів у зубощелепній ділянці внаслідок ортодонтичного лікування і використання комплексних лікувально-профілактичних заходів щодо дистальної оклюзії зубних рядів.

Розроблена концепція, яка охоплює алгоритм дій у лікуванні пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів залежно від їхнього віку і форми патології прикусу і сприятиме вдосконаленню якості лікування і найшвидшій та повноцінній соціальній реабілітації хворих.

Результати дисертаційної роботи впроваджено в клінічну практику лікувальних закладів: Вінницької міської дитячої стоматологічної поліклініки, Уманської стоматологічної поліклініки, Криворізької стоматологічної поліклініки №1, Конотопської стоматологічної поліклініки, Одеської міської стоматологічної поліклініки №5, Сімферопольської міської стоматологічної поліклініки; у навчальний процес на кафедрах: післядипломної освіти лікарів - стоматологів, післядипломної освіти лікарів - ортопедів, пропедевтики ортопедичної стоматології та ортодонції вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія", стоматології факультету післядипломної освіти

Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського, стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицьової хірургії та імплантології Харківського державного медичного університету, стоматології дитячого віку Одеського державного медичного університету, дитячої стоматології Дніпропетровської державної медичної академії, у відділенні ортопедичної стоматології Інституту стоматології АМН України.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Здобувачем особисто проведено патентно- інформаційний пошук та аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми, сформульовано мету й завдання дослідження, обрані сучасні методи дослідження.

Особисто виконані всі клінічні та параклінічні дослідження, здійснено клінічний прийом і лікування всіх пацієнтів, розроблені й апробовані нові ортодонтичні апарати і пристрої, концепція лікування та реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів, систематизовані й узагальнені отримані результати.

Самостійно написані всі розділи дисертації, сформульовані висновки і практичні рекомендації.

Робота проведена на клінічних базах кафедри вдосконалення лікарів ортопедів-стоматологів та ортодонтів (зав. кафедри - д.мед.н., професор Нідзельський М.Я.), пропедевтики ортопедичної стоматології й ортодонції (зав. кафедри - д.мед.н., професор Король М.Д.), Центральної науково-дослідної лабораторії (зав. лабораторії - д.мед.н., професор Кайдашев І.П.) Вищого державного навчального закладу України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертації були викладені на I (VIII) і II (IX) з'їзді Асоціації стоматологів України (Київ, 1999; 2004); на VIII Конгресі Світової федерації українських лікарських товариств (Львів, 2000); на I та II Міжнародних конференціях „Актуальні проблеми ортодонції” (Львів, 2000; 2002); на Всеукраїнській науково-практичній конференції „Ортопедична стоматологія та ортодонція на сучасному етапі розвитку” (Полтава, 2001); на Міжнародній конференції „Вітчизняна стоматологія на рубежі століть” (Полтава, 2001); на Всеукраїнській науково-практичній конференції „Сучасні методи реабілітації ортопедичних і ортодонтичних хворих” (Полтава, 2002); на Всеукраїнській конференції „Проблеми навчання іноземних студентів у медичних вищих навчальних закладах” (Тернопіль, 2002); на Всеукраїнській навчально-методичній та науково-практичній конференції „Стан і проблеми підготовки лікарів-стоматологів у сучасних соціально-економічних умовах” (Полтава, 2003); на обласній науково- практичній конференції „Основні аспекти виконання програми профілактики і лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки в Полтавській області” (Полтава, 2003); на науково-практичній конференції лікарів- стоматологів та науковців „Сучасні питання стоматології, щелепно-лицьової хірургії та імплантології” (Харків, 2004); на науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів „Сучасний стан і актуальні проблеми

ортопедичної стоматології" (Івано-Франківськ, 2005); на міжнародній науково-практичній конференції „Актуальні питання дитячої стоматології та ортодонції" (Одеса, 2005); на міжнародній науково-практичній конференції „Досягнення і перспективи розвитку ортопедичної стоматології та ортодонції в Україні" (Полтава, 2006); на міжнародному форумі стоматологів „Современные достижения стоматологии" „Одесса-дента 2006" (Одеса, 2006).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи відображені в 43 наукових публікаціях (із них 28 - самостійні): 24 статті в наукових журналах, ліцензованих ВАК України, 15 - в інших виданнях та збірниках тез. Одержано 4 деклараційних патенти України за темою наукового дослідження.

У складі робочої групи МОЗ України розроблено „Протоколи надання стоматологічної допомоги населенню України" (Київ, 2005).

Структура та обсяг. Дисертація викладена на 354 сторінках машинописного тексту. Складається з переліку умовних скорочень, вступу, огляду літератури, опису об'єктів та методів дослідження, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, а також двох додатків - 72 сторінки. Бібліографічний список містить 520 джерел, із них: 241 кирилицею та 279 латиною.

Робота ілюстрована 63 таблицями, 81 рисунком і 5 витягами з історій хвороб.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкти і методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і виконання завдань дисертаційної роботи ми вивчили морфологічний і функціональний стан зубошелепної ділянки за допомогою загальноприйнятих клінічних методів дослідження за алгоритмом проведення стоматологічного обстеження 1078 осіб. На лікуванні з різними формами дистальної оклюзії зубних рядів перебували 534 пацієнти. Вік хворих становив від 9 до 49 років. Із них 222 пацієнти (41,5%) були віком від 9 до 12 років, 202 пацієнти (37,8 %) - 13-18 років і 110 пацієнтів (20,5 %) - старших 18 років. Пацієнтів жіночої статі було 385 осіб (72,1%), чоловічої - 149 осіб (27,9%).

Для визначення форми дистального прикусу ми використовували кілька класифікацій (Бетельман А.И. и соавт., 1965; Григорьева Л.П., 1984; Angle E.H., 1907). Відповідно до цього виділяли дві форми дистальної оклюзії зубних рядів: 11-1 та 11-2.

Результати лікування хворих аналізували залежно від обраного методу лікування. Так, за допомогою знімної ортодонтичної техніки проведено 231 спостереження, сучасної незнімної ортодонтичної брекет-техніки - 303; з видаленням окремих зубів на верхній щелепі - 130 спостережень, без видалення зубів - 404.

З метою підвищення ефективності лікування дистальної оклюзії зубних рядів ми розробили і проаналізували результати лікування дистальної оклюзії зубних рядів за допомогою моноблокового ортодонтичного апарата (деклараційний патент на винахід "Ортодонтичний моноблоковий апарат", №67604 А від 07.11.2003р.) та пристрою для

корекції положення язика (деклараційний патент на винахід „Пристрій для корекції положення язика" №51297 А від 18.02.2002р.).

На контрольно-діагностичних моделях щелеп усіх пацієнтів, узятих на лікування, вивчали змикання зубних рядів у сагітальному, трансверзальному та вертикальному напрямках; розміри і положення зубів; форми зубних дуг; величину апікального базису [Хорошилкина Ф.Я., 1999. - С. 99-124].

Для визначення ступеня порушень на рівні зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп, форми і розмірів піднебіння, їхніх змін у процесі лікування, для підбору форми і розміру ортодонтичної дуги на етапах лікування брекет- технікою використовували антропометричні дослідження методом тривимірного вимірювання моделей щелеп Попова Д.Н., Талалаєва А.А. (1979). В основу методу покладені орієнтири Sillman J.H. (1964). Згідно цього методу використовували апарат, який дозволяє визначити розміри зубоальвеолярних дуг у цифрових величинах, переносити їх на міліметровий папір і отримувати відображення моделі у вигляді діаграми. На діаграмах визначали розміри зубоальвеолярних дуг у трьох взаємно перпендикулярних напрямках: сагітальному, трансверзальному і вертикальному.

Таким методом по 28 параметрах вивчено контрольно-діагностичні моделі щелеп пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів до лікування (390 пар моделей щелеп: 202 пари із формою II-1 і 188 пар із формою II-2) та у віддалені строки після його проведення (272 пари моделей щелеп: 145 пар із формою II-1 і 127 пар із формою II-2). Проведено також вимірювання на 60 парах моделей щелеп з умовно ідеальною формою зубних рядів верхньої й нижньої щелеп від осіб без патології прикусу. Усього проведено 20216 вимірювань.

Для аналізу ефективності результатів лікування за допомогою незнімної ортодонтичної брекет-техніки пацієнтів вікової групи 13-18 років і старших 18 років ми використовували методику визначення VI ключів оклюзії за Andrews L.F (1972). Для оцінки V ключа оклюзії, а також для визначення величини тиску міжзубних контактів між контактуючими апроксимальними поверхнями сусідніх зубів ми розробили і використовували прилад і спосіб прогнозування подальших шляхів ортодонтичного лікування (деклараційний патент України на корисну модель „Прилад для вимірювання величини міжзубного контакту" №7801 від 11.11.2004 р.; деклараційний патент України на корисну модель „Спосіб прогнозування шляхів ортодонтичного лікування" №6740 від 11.11.2004р.).

Функціональний стан м'язів щелепно-лицьової ділянки визначали на підставі вивчення їхньої біоелектричної активності за допомогою мініатюрного комп'ютерного електронейроміографа „Нейрон-ЕМГ-Микро" та персонального комп'ютера X.LogyX. Електроміографічне (ЕМГ) обстеження 133 пацієнтів проведено до та після лікування (100 осіб віком 9-12 років, 33 - віком 13-18 років і старших 18 років). Усі електроміограми проаналізовані за якісними та кількісними показниками (Юсевич Ю.С., 1972). Усього проведено 5902 вимірювання. Для порівняння використовували показники норми згідно із дослідженнями Персина Л.С. (1988).

Рентгенологічні дослідження (часткові прицільні внутрішньоротові рентгенограми зубів, ортопантограми щелеп) були проведені в динаміці у 273 пацієнтів до лікування і 212 - після лікування. За методикою Schwarz із доповненнями низки авторів (Жулев Е.Н., Пестрикова В.Н., 2000; Nagaoka K., Kuwahara J., 1993) проаналізовано 64 бокові телерентгенограми голови (ТРГ) до лікування і 42 - після проведеного лікування. Рентгенологічне дослідження скронево-нижньощелепного суглоба (за Парма і Шюллером) проведено в 41 пацієнта. Використані методика вимірювання елементів СНЩС і показники елементів суглоба в нормі за Григор'євою Л.П. (1984).

Статистична обробка матеріалу проведена за загальноприйнятою методикою Стьюдента-Фішера (Лакин Г.Ф., 1990).

Результати дослідження та їх аналіз. Вивчення структури та ролі найбільш вагомих „факторів ризику" у виникненні дистальної оклюзії зубних рядів довело, що серед етіологічних складових високий відсоток припадає на спадковість, хвороби раннього дитячого віку (зокрема і верхніх дихальних шляхів), патологічний стан зубів (адентія, ретенція зубів, мікро-, макродентія), мікро-, макрогнатію, функціональні порушення щелепно-лицьової ділянки. Але необхідно зауважити, що в кожного окремого хворого цей прикус формується під дією комбінації кількох „факторів ризику" і може бути наслідком низки функціональних та морфологічних порушень у зубощелепній системі. З віком пацієнтів і приєднанням інших стоматологічних хвороб структура і характер дії „факторів ризику" змінюються й ускладнюються їхнім поєднанням.

Нами підтверджено, що певну роль серед етіологічних чинників виникнення цієї патології прикусу відіграють порушення функцій щелепно-лицьової ділянки - дихання, жування, ковтання, мовлення, стулювання губ.

У контексті інших досліджень ми вперше визначили, що незалежно від форми дистальної оклюзії зубних рядів II-1 чи II-2 з віком пацієнтів число порушень функцій щелепно-лицьової ділянки підвищується. Так, при дистальній оклюзії форми II-1 збільшується кількість функціональних порушень із 69,9±4,1% спостережень у пацієнтів вікової групи 9-12 років до 85,7±5,0% у віковій групі старших 18 років, що в середньому становить 15,8% ($p<0,05$). При дистальній оклюзії форми II-2 - відповідно з 54,5±5,0% до 78,7±5,2% (збільшення на 24,2%, $p<0,001$). Необхідно зауважити, що порушення лише однієї із зазначених функцій зустрічалось у незначній кількості обстежених, а частіше виявлялися комбінації функціональних порушень. Доведено також, що з віком у пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм II-1 і II-2 підвищується кількість комбінацій функціональних порушень, пов'язаних із функціями язика (мовлення, ковтання) і жування.

Вивчаючи функцію СНЩС, ми виявили збільшення з віком кількості випадків його дисфункції при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 - на 45,4%, а з формою II-2 - на 67,8% ($p<0,001$). Симптоми дисфункції в більшості спостережень було діагностовано в поєднанні з порушеннями функцій порожнини рота, серед яких найвищий відсоток становлять комбінації функціональних порушень, пов'язані із функціями язика (ковтання і мовлення). Доведено, що на фоні збільшення з віком кількості порушень функцій ковтання, жування і мовлення частішають функціональні порушення СНЩС, і тому можна припустити, що вони можуть виступати "факторами ризику" виникнення функціональних суглобових невідповідностей.

Клінічна картина при дистальній оклюзії зубних рядів форм II-1 і II-2 досить характерна і визначається порушеннями розвитку лицьового скелета, розмірів, положення щелеп відносно кісток черепа і зубів. Нами в 64,6±3,0% спостережень при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 і 70,0±3,3% спостережень у формі II-2 визначено, що за рахунок різко виражених зовнішніх ознак патології відбуваються естетичні порушення, характерні для кожної з форм дистальної оклюзії.

Головною морфологічною ознакою патології при дистальній оклюзії зубних рядів як форми II-1, так і форми II-2, є порушення змикання зубних рядів у сагітальному напрямку. Співвідношення фронтальних зубів у сагітальному напрямку різне залежно від форми дистальної оклюзії зубних рядів: у формі II-1 між фронтальними зубами верхньої й нижньої щелеп наявна сагітальна щілина, а у формі II-2 - ретрузія різців верхньої й нижньої щелеп. Патологія може супроводжуватися порушенням оклюзії в трансверзальному і вертикальному напрямках. Визначається високий відсоток скупченості зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи: у віковій групі 9-12 років у формі II-1 - у 43,9±4,5% і у формі II-2 - 81,8±3,9% спостережень. З віком пацієнтів

цей показник зростав і складав у групі старших 18 років відповідно $59,1 \pm 7,0\%$ і $85,2 \pm 4,5\%$ спостережень.

З віком пацієнтів патологія прикусу ускладнюється супутньою стоматологічною патологією. Так, у віковій групі старших 18 років у формі дистальної оклюзії зубних рядів П-1 показник інтенсивності уражень зубів карієсом становить $12,2 \pm 1,9$ зуба, що в порівнянні з віком 9-12 років більше в середньому на 8,1 зуба ($p < 0,001$); у формі П-2 відповідно цей показник становить $9,3 \pm 2,0$ зуба (вікове зростання на 5,7 зуба, $p < 0,05$). Відбувається зростання показників частоти дефектів зубів і зубних рядів відповідно у формі П-1 і формі П-2 на 50,6% і 51,1% спостережень; хвороб тканин пародонта - на 43,8% і 11,1% спостережень; дисфункції СНЩС - на 45,4% і 67,8% спостережень. Необхідно зазначити, що при дистальній оклюзії зубних рядів форми П-2 з віком пацієнтів ускладнення супутньою стоматологічною патологією становлять вищий відсоток спостережень за такими параметрами: скупченість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи, хвороби тканин пародонта, дисфункція СНЩС. Цей факт можна пояснити тим, що при дистальній оклюзії зубних рядів форми П-2 блокуються рухи і розвиток нижньої щелепи за рахунок частого поєднання її з глибоким перекриттям у фронтальній ділянці.

Зіставлення клінічної характеристики зубощелепної системи в пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм П-1 і П-2 довело деякі особливості їхнього перебігу. За однакових порушень змикання зубних рядів у сагітальному напрямку характерні різні естетичні прояви патології, ознаки прикусу у фронтальній ділянці, вертикальній і трансверзальній площинах.

Зіставлення результатів вимірювання контрольно-діагностичних моделей щелеп пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм П-1 і П-2 довело, що в обох формах дистальної оклюзії частіше визначена диспропорція розмірів зубів верхньої й нижньої щелеп: у формі П-1 це макродентія різців верхньої щелепи ($36,6 \pm 3,0\%$) і макродентія різців нижньої щелепи ($22,4 \pm 2,6\%$), а у формі П-2 - мікродентія різців верхньої щелепи ($32,9 \pm 2,8\%$).

Використовуючи тривимірний метод вимірювання контрольно-діагностичних моделей щелеп, ми виявили характерні зміни трансверзальних, сагітальних і вертикальних розмірів щелеп при дистальній оклюзії форм П-1 і П-2. Зіставленням змін, які відбуваються на рівні зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп у двох формах дистальної оклюзії зубних рядів (П-1 і П-2), визначені статистично достовірні розбіжності сагітальних розмірів і форми зубоальвеолярних дуг верхньої щелепи та глибини піднебіння в порівнянні з відносною нормою. Так, у формі П-1 відбуваються подовження зубоальвеолярної дуги верхньої щелепи і поглиблення піднебіння, а у формі П-2 - навпаки, вкорочення зубоальвеолярної дуги верхньої щелепи без змін глибини піднебіння. Зміни форми зубоальвеолярної дуги нижньої щелепи відносно форми зубоальвеолярної дуги при ортогнатичному прикусі в досліджуваних двох формах дистальної оклюзії однакові.

Так, в обох групах хворих відбувається статистично достовірне звуження і вкорочення зубоальвеолярної дуги нижньої щелепи. Це зумовило необхідність більш детального вивчення змін, які відбуваються в параметрах нижньої щелепи на гнатичному рівні.

Вивчення параметрів щелеп на гнатичному рівні та ТРГ голови пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм II-1 і II-2 дозволило провести порівняльну характеристику лінійних та кутових параметрів нижньої щелепи, визначити різні їхні зміни у двох формах досліджуваного виду прикусу. Так, у формі II-1 виявлено зменшення загальної довжини нижньої щелепи і довжини її базису, відповідно розмірів Gn-Cd ($p < 0,01$) та Go-Pog ($p < 0,001$). Розмір Gn-Cd зменшується і у формі II-2 ($p < 0,001$), але в цій групі - разом зі зменшенням кута Go ($p < 0,05$). Цей факт обумовлений нахилом базису нижньої щелепи у вертикальній площині. Підтвердженням цього є і зменшення нижньої висоти обличчя, зокрема розміру Ans-Me ($p < 0,01$).

При зіставленні рентгенологічної картини СНЩС також визначено деякі розбіжності між двома формами дистальної оклюзії в обстежених пацієнтів. Так, збільшення ширини суглобової ямки, характерне для обстежених із патологією прикусу форми II-1 ($p < 0,05$), не виявлено в групі обстежених із формою II-2 ($p > 0,05$). Це пов'язано з розширенням діапазону рухів нижньої щелепи в сагітальному напрямку у формі II-1. Кут нахилу заднього схилу суглобового горбика при дистальній оклюзії зубних рядів форми II-1 суттєво не відрізняється від норми, а у формі II-2 він крутіший і збільшений ($p < 0,05$). Усе вищесказане вказує на більш глибоке занурення і дистальний зсув голівки СНЩС у ямці суглоба в дорослих пацієнтів із цією патологією прикусу.

В обстежених пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм II-1 і II-2 виявляються порушення якісних і кількісних показників електроміограм (ЕМГ) жувальних м'язів. Відбуваються зміни амплітуди, тимчасових параметрів досліджуваних м'язів зубощелепної ділянки, що свідчить про дискоординацію в них збуджувальних процесів, порушення механізмів нервової регуляції і потребує відповідної функціональної корекції у проведенні ортодонтичного лікування.

На підставі аналізу результатів лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм II-1 і II-2 нами вперше розроблено концепцію комплексного підходу до лікування і реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів у період змінного і постійного прикусу. Вона складається з чотирьох етапів: першого - підготовчого; другого - активного ортодонтичного лікування дистальної оклюзії зубних рядів; третього - завершальної реабілітації пацієнтів з урахуванням супутньої стоматологічної патології і четвертого – ретенції результатів лікування (табл.1).

На підготовчому етапі зазвичай від вікової групи (9-12 років, 13-18 років і старших 18 років) відмічений різний відсоток необхідності в тих чи інших діях у загальній їх послідовності. Так, за даними наших досліджень, у віковий період 9-12 років терапевтична стоматологічна підготовка (санція порожнини рота з підготовкою твердих тканин зуба, слизової оболонки і тканин пародонта до ортодонтичного лікування) була необхідна в 35,1±3,8% пацієнтів; у віковій групі 13-18 років – у 74,6±4,0% і у віковий період старших 18 років - у 97,8±1,5% ($p \leq 0,001$).

Необхідність у хірургічній стоматологічній підготовці також із віком пацієнтів зростає ($p \leq 0,001$). Так, у віковий період 9-12 років вона становить 59,7±3,9%, 13-18 років – 87,4±3,1% спостережень і у віковий період старших 18 років - 80,8±4,1%. Із віком пацієнтів зростає відсоток випадків із видаленням зубів і проведенням хірургічної корекції хвороб тканин пародонта.

Кількість пацієнтів, яким показана ортопедична стоматологічна підготовка, збільшується у віковому аспекті з 7,1±2,1% у період 9-12 років до 34,0±4,9% у віковий період старших 18 років ($p \leq 0,001$).

З метою підвищення ефективності лікування дистальної оклюзії зубних рядів нами розроблено спосіб лікування дистального прикусу за допомогою моноблокового ортодонтичного апарата (декларційний патент на винахід "Ортодонтичний моноблоковий апарат", № 67604 А від 07.11.2003р.). Конструкція моноблокового ортодонтичного апарата створює умови фізіологічної рівноваги між коловим м'язом рота, усуває негативну дію нижньої губи в пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на ріст апікального базису нижньої щелепи. Це підтверджується відновленням функціональної активності м'язів зубощелепної ділянки, зокрема колового м'яза рота, в пацієнтів після проведеного лікування моноблоковим апаратом.

Позитивний результат лікування моноблоковим апаратом пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-1 досягнуто в 60,4±6,7% спостережень, а з формою II-2 - у 91,8±3,9%. Не змінився результат відповідно в 39,6±6,7% і 8,2±3,9% спостережень. Різниця між показниками позитивних результатів лікування у формах дистального прикусу II-1 і II-2 статистично достовірна ($p < 0,01$).

Таблиця 1

КОНЦЕПТУАЛЬНА СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДИСТАЛЬНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ ЗУБНИХ РЯДІВ

пластика аномалій вуздечок: язика, верхньої й нижньої губ, переддвер'я порожнини рота видалення окремих зубів (тимчасових і постійних)	ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА (за необхідності)	пластика аномалій вуздечок: язика, верхньої й нижньої губ, переддвер'я порожнини рота видалення окремих зубів стоматологічна імплантація (тимчасові імпланти для створення якірної опори) герметомія хірургічні методи лікування хвороб тканин пародонта
ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА (за необхідності) відновлення анатомічної форми зубів і цілості зубного ряду		
ФУНКЦІОНАЛЬНА ПІДГОТОВКА □ усунення функціональних порушень м'язів щелепно-лицьової ділянки □ нормалізація функцій дихання, ковтання, мовлення, жування, стулювання губ		
ДРУГИЙ ЕТАП - АКТИВНЕ ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ		
Виправлення форми зубних дуг, положення зубів верхньої й нижньої щелеп	ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ дистальної оклюзії зубних рядів форми II-1 у визначеній послідовності дій	1. Зубоальвеолярна компенсація з видаленням окремих зубів на верхній щелепі та виправлення форми зубних дуг і положення зубів верхньої й нижньої щелеп

Продовження табл. 1

Нормалізація міжщелепних співвідношень за рахунок модифікації росту зі зміщенням уперед нижньої щелепи та затримкою росту альвеолярного відростка верхньої щелепи в сагітальному напрямку чи за рахунок дистального зміщення молярів верхньої щелепи відносно нижніх Створення щільних міжзубних контактів 4. Оцінка результатів за рахунок додаткового обстеження: клінічного та параклінічного		Нормалізація міжщелепних співвідношень за рахунок компенсованої функціональної оклюзії Оцінка результатів за рахунок додаткового обстеження: клінічного та параклінічного
Виправлення форми зубних дуг, положення зубів верхньої й нижньої щелеп, починаючи з вестибулярного відхилення групи фронтальних зубів верхньої щелепи та корекції висоти прикусу Модифікація росту зі зміщенням уперед нижньої щелепи Створення щільних міжзубних контактів Оцінка результатів за рахунок додаткового обстеження: клінічного та параклінічного	ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ дистальної оклюзії зубних рядів форми II-2 у визначеній послідовності дій	Зубоальвеолярна компенсація з видаленням окремих зубів на верхній щелепі та виправлення форми зубних дуг і положення зубів верхньої й нижньої щелеп Нормалізація міжщелепних співвідношень за рахунок компенсованої функціональної оклюзії Оцінка результатів за рахунок додаткового обстеження: клінічного та параклінічного

Продовження табл. 1

<p>ТРЕТІЙ ЕТАП</p> <p>Система завершальної реабілітації пацієнтів з урахуванням супутньої стоматологічної патології</p> <p>Терапевтичні стоматологічні заходи</p> <ul style="list-style-type: none"> • естетичне та морфологічне відновлення зубів різних функціональних груп • Хірургічні стоматологічні заходи • формування (за необхідності) нового контуру зубоясенного прикріплення • стоматологічна імплантація і відновлення цілості зубного ряду <p>Ортопедичні та протетичні стоматологічні заходи</p> <ul style="list-style-type: none"> • відновлення цілості зубів і зубного ряду • відновлення оклюзійних поверхонь зубів • вибіркове зішліфовування зубів <p>Усунення нестабільності СНЩС</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЛФК • масаж • фізіотерапевтичні процедури 		
<p>ЧЕТВЕРТИЙ ЕТАП – РЕТЕНЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ</p>		
<p>Стабілізація результатів лікування</p> <ul style="list-style-type: none"> • до завершення росту і розвитку щелеп • контроль установки в зубну дугу третіх молярів 	<p>Термін ретенції</p>	<p>Стабілізація результатів лікування</p> <p>залежно від усунення патогенетичних і функціональних порушень</p>

За даними вимірювання контрольно-діагностичних моделей щелеп і ТРГ голови пацієнтів після лікування виявлені зміни в бік відновлення форми і розмірів нижньої й верхньої щелеп на гнатичному і зубоальвеолярному рівнях. Так, відбулися статистично достовірні зміни за такими параметрами: трансверзальний, сагітальний і вертикальний розміри зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп, кут SNB, висота гілки нижньої щелепи (ramus height), довжина корпусу нижньої щелепи (corpus length), Go-Me, Co-Gn, Чміжрізцевий кут (pdD,05); кут ANB, U_1SN (p^{\wedge}),01), величина сагітального простору (overjet) (p^{\wedge}),001). У пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-1 після лікування моноблоковим апаратом відбуваються зменшення сагітального розміру зубоальвеолярної дуги верхньої щелепи і сагітальної щілини між верхньою й нижньою щелепами, розширення зубоальвеолярної дуги верхньої й нижньої щелеп, подовження сагітального розміру нижньої щелепи, зменшення кута ANB, збільшення довжини нижньої щелепи, висоти її гілки і розміру кута SNB.

Лікуючи пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форми II-2, ми також виявили позитивні зміни зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп: розширення зубоальвеолярної дуги верхньої й нижньої щелеп, подовження сагітального розміру нижньої й верхньої щелеп.

За результатами нашого дослідження можна стверджувати, що найвища ефективність лікування моноблоковим апаратом запропонованої конструкції в пацієнтів із дистальною оклюзією спостерігається за наявності мікронатії нижньої щелепи і її дистальної позиції за рахунок утримання нижньої щелепи в конструктивному прикусі, стимуляції скорочення м'язів, які зміщують її вперед, розімкнення щелеп, що надалі за оптимальних термінів лікування сприяє перебудові компонентів СНЩС і саморегуляції росту заблокованої до цього нижньої щелепи.

Лікування дистальної оклюзії зубних рядів форм II-1 і II-2 незнімною ортодонтичною технікою (брекет-технікою) ми проводили в такій послідовності: нівелювання зубних рядів; переміщення зубів по зубній дузі; юстування та корекція оклюзійної площини; стабілізація результатів лікування.

У процесі лікування дистального прикусу незнімною ортодонтичною технікою потрібно одночасно нормалізувати як морфологічні, так і функціональні порушення. Велика кількість функціональних порушень, які супроводжують дистальну оклюзію зубних рядів і не були усунуті в підготовчий період лікування, спонукала нас до призначення додаткових пристроїв - квад- і бі-хеліксів, різноманітних модифікацій губних бамперів, язикових заслінок.

За результатами проведеного обстеження та лікування хворих із дистальною оклюзією зубних рядів нами були вироблені деякі практичні рекомендації щодо виготовлення і використання губного бампера.

Ми розробили пристрій для корекції положення язика, який можна використовувати разом із незнімною брекет-технікою (деклараційний патент на винахід „Пристрій для корекції положення язика" №51297 А від 18.02.2002р.). Розташований із боку порожнини рота пристрій виступає в ролі бар'єра для язика і перешкоджає його просуванню між зубними рядами, що з часом усуває цю шкідливу звичку і створює умови для одночасного виправлення форми зубних рядів із використанням сучасних брекет-систем. Крім того, заслінка, займаючи мало місця в порожнині рота, сприяє правильному розташуванню язика під час ковтання та мовлення.

Нами визначено, що через 6 місяців корекція форми зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп відбувається ефективніше в групі з використанням додаткового пристрою для корекції положення язика, ніж у групі, де виконувалися лише міогімнастичні вправи.

Уперше проведена порівняльна оцінка результатів лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів вікової групи 9-12 років із використанням знімних і незнімних ортодонтичних апаратів доводить достовірну закономірну ефективність як знімної, так і незнімної ортодонтичної техніки в отриманні форми зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп у сагітальному напрямку. Різниця результатів лікування між двома методами полягає лише в кінцевих трансверзальних розмірах нижньої зубоальвеолярної дуги і глибини піднебіння. Знімний ортодонтичний апарат на протиположності незнімній техніці створює умови для формування зубоальвеолярних дуг, більше наближених до умовно нормальних, і нормалізації форми піднебіння за всіма досліджуваними параметрами (табл.2, 3).

Стратегія і тактика лікування пацієнтів у період постійного прикусу були зумовлені вибором методу лікування: з видаленням чи без видалення зубів на верхній щелепі.

Результати лікування дистальної оклюзії зубних рядів форм II-1 і II-2 доводять, що незалежно від віку пацієнтів та обраних методів лікування найбільше змінюються сагітальні розміри зубоальвеолярних дуг і положення фронтальних зубів верхньої й нижньої щелеп. Результатом лікування не завжди є створення ідеальної ортогнатичної оклюзії, а частіше - це досягнення „оптимальної індивідуальної норми".

На підставі рентгеноморфометричного аналізу результатів кутового положення зубів, зокрема довжини їхньої поздовжньої осі відносно базису щелепи, у пацієнтів вікової групи старших 18 років із дистальною оклюзією

зубних рядів до проведеного лікування брекет-технікою методом із видаленням чи без видалення зубів на верхній щелепі визначені статистично достовірні розбіжності за всіма кутовими параметрами зубів, окрім перших молярів верхньої щелепи, бокових різців і третього моляра нижньої щелепи. Цей факт свідчить про те, що ступінь вираженості морфологічних відхилень у групі з видаленням зубів був значно вищим, ніж у групі без видалення. Після проведеного ортодонтчного лікування різниця між порівнюваними параметрами майже зникає. Розбіжності залишилися лише в положенні таких і зубів: для верхньої щелепи - третіх молярів з обох боків, зліва перших та

других молярів; для нижньої щелепи - третіх молярів з обох боків і першого моляра справа. Різниця в положенні третіх молярів дозволяє припустити, що внаслідок лікування з видаленням зубів створюються кращі умови для саморегуляції положення третіх молярів, а зміни їхнього положення обумовлені створенням місця після медіального зміщення верхніх бокових зубів на місце видалених премолярів. Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що в процесі лікування під дією незнімної ортодонтчної техніки відбувається сприятливе переміщення зубів.

Отже, за результатами вимірювань можна стверджувати, що застосовані методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів форм II-1 і II-2 з використанням незнімної назубної ортодонтчної техніки, її комбінації зі знімними ортодонтчними пристроями і за умови дотримання рекомендованих періодів їх активації дозволяють досягти доброго результату лікування.

Нами вперше виділені помилки й ускладнення ортодонтчного лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на окремих етапах: першому - підготовчому, другому - активного ортодонтчного лікування, третьому - завершальній реабілітації пацієнтів залежно від супутньої стоматологічної патології і четвертому - ретенції результатів лікування. Ми класифікували ймовірні помилки під час послідовного виконання діагностичних і лікувальних дій і їхні безпосередні та віддалені наслідки.

Уперше запропоновано виділяти чотири ступені рецидиву хвороби: I - рецидив хвороби зі зміщенням на рівні 1-2 зубів без порушення щільності міжоклюзійних контактів у бокових ділянках; II - рецидив зі зміщенням зубів (по трансверзалі, сагіталі та вертикалі) з порушенням фісурно-горбкових міжзубних контактів (зокрема постекстракційне розкриття проміжків — однобічне і двобічне); III - зміщення на рівні СНЩС, нестабільність СНЩС; IV - рецидив з ускладненням у СНЩС, тканинах пародонта (гінгівіти, пародонтити), твердих тканинах зубів (демінералізація твердих тканин); рухомість зубів, зміни психоемоційного стану пацієнта.

Урахування класифікованих нами помилок і ускладнень на етапах комплексного лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів дасть можливість лікарям-ортодонтам підвищити ефективність надання спеціалізованої допомоги цій групі пацієнтів на всіх етапах їхньої реабілітації.

Сучасні методи ортодонтчного лікування з використанням знімної та незнімної брекет-техніки створюють широкі можливості для досягнення естетичного і

морфофункціонального оптимумів у щелепно-лицьовій ділянці. Ефективність лікування кожного окремого пацієнта з дистальною оклюзією зубних рядів залежить від професійного комплексного підходу на всіх етапах реабілітації, від злагодженої співпраці і взаєморозуміння стоматологів різних фахів.

ВИСНОВКИ

У роботі представлено теоретичне узагальнення і розв'язання наукової проблеми щодо обґрунтування використання сучасних методів лікування дистальної оклюзії зубних рядів у різні вікові періоди, запобігання помилкам і ускладненням на всіх етапах активного лікування та в період ретенції. Відповідно до завдань дослідження і за його результатами ми дійшли таких висновків:

1. У структурі „факторів ризику”, які призводять до виникнення дистальної оклюзії зубних рядів, високий відсоток припадає на спадковість, хвороби раннього дитячого віку (зокрема і верхніх дихальних шляхів), дитячі шкідливі звички, патологічний стан зубів (адентія, ретенція зубів, мікро-, макродентія), мікро-, макрогнатію, функціональні порушення щелепно-лицьової ділянки. У кожного окремого хворого дистальна оклюзія зубних рядів формується під впливом комбінації кількох „факторів ризику”, серед яких перше місце займають порушення функцій зубощелепно-лицьової ділянки: дихання, ковтання, мовлення, жування і змикання губ. З віком у пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів підвищується частота функціональних порушень за рахунок збільшення кількості комбінацій, пов'язаних із функціями мовлення, ковтання і жування.

1а. З віком пацієнтів структура і характер дії „факторів ризику” ускладнюються їхнім поєднанням і приєднанням інших стоматологічних хвороб. Збільшення з віком пацієнтів функціональних порушень СНЩС, яке більш виражене при дистальній оклюзії зубних рядів форми П-2, відбувається в поєднанні з порушеннями функцій ковтання, жування і мовлення, і тому можна припустити, що останні виступають „факторами ризику” виникнення функціональних суглобових невідповідностей.

2. До особливостей клініко-морфологічних проявів дистальної оклюзії зубних рядів форми П-1 належать порушення розвитку лицьового скелета, розмірів, положення щелеп і зубів, що в більшості спостережень призводить до характерних естетичних порушень обличчя (випуклий лицьовий профіль за рахунок випинання верхньої щелепи, скошене підборіддя, напружене змикання губ, випинання верхніх фронтальних зубів із-під верхньої губи, глибока губно-підборідна борозна); порушення змикання зубних рядів у сагітальному напрямку і сагітальна щілина між фронтальними зубами верхньої й нижньої щелеп. У всіх хворих наявні характерне звуження і подовження верхньої зубоальвеолярної дуги, поглиблення піднебіння, вкорочення і звуження нижньої зубоальвеолярної дуги, диспропорція розмірів зубів верхньої й нижньої щелеп, порушення величини окремих елементів у загальній системі СНЩС, що погіршує функціональний стан зубощелепного апарату (жування, мовлення, дихання, ковтання і стулювання губ) і підтверджується даними електроміографії жувальних і мимічних м'язів та дисфункції СНЩС.

2а. До особливостей клінічних проявів дистальної оклюзії зубних рядів форми П-2 належать характерні естетичні порушення обличчя - вкорочення нижньої його частини,

потовщення нижньої губи, глибока губно-підборідна борозна; порушення змикання зубних рядів у сагітальному напрямку, глибоке перекриття фронтальних зубів, ретрузія різців верхньої й нижньої щелеп, скупченість зубів фронтальної ділянки нижньої щелепи. У хворих наявні диспропорція розмірів зубів верхньої й нижньої щелеп, характерне звуження і вкорочення верхньої зубоальвеолярної дуги, вкорочення і звуження нижньої зубоальвеолярної дуги, порушення величини окремих елементів у загальній системі СНЩС. Функціональні порушення підтверджуються змінами якісних та кількісних показників електроміограм жувальних і м'язів зубощелепної ділянки і симптомами дисфункції СНЩС.

З віком пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів форм II-1 і II-2 відбувається погіршення всіх показників клініко-морфологічного і функціонального стану зубощелепної ділянки й ускладнення її супутньою стоматологічною патологією: зростає інтенсивність уражень зубів карієсом, збільшуються частота дефектів зубів і зубних рядів, частота захворювань тканин пародонта і СНЩС.

3. Провідні клініко-морфологічні та функціональні критерії для визначення методу лікування дистальної оклюзії зубних рядів у *підлітковому віці* такі: етіологічний фактор, ступінь зміщення нижньої щелепи і порушення форми і розмірів зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп, характер диспропорції розмірів зубів верхньої й нижньої щелеп, характер функціональних порушень, стан СНЩС.

Для вибору методу лікування *дорослих* із дистальною оклюзією зубних рядів форм II—1 і II-2 поряд із вищезазначеними критеріями великого значення набувають порушення цілості зубного ряду, стан тканин пародонта, стійкі порушення функцій зубощелепної системи та СНЩС.

4. Порівняльна оцінка результатів лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів вікової групи 9-12 років доводить достовірну закономірну ефективність як знімної, так і незнімної ортодонтичної техніки в корекції форми зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп у сагітальному напрямку. Різниця результатів лікування між двома методами полягає лише в досягненні оптимальної форми і розмірів нижньої зубоальвеолярної дуги в трансверзальному напрямку і глибини піднебіння. Знімний моноблоковий ортодонтичний апарат, на протилежну незнімній техніці, створює кращі умови для виправлення анатомічних порушень та нормалізації функціональних невідповідностей.

5. Оцінка ефективності лікування дорослих пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів за естетичними, антропометричними, функціональними характеристиками довела, що незнімна назубна ортодонтична техніка - це високоефективний засіб корекції морфологічних порушень, який дає можливість досягти доброго результату лікування за умови видалення премолярів верхньої щелепи, що запобігає виникненню скупченості молярів, як одного з факторів рецидиву захворювання. Результатом лікування не завжди є створення ідеальної ортогнатичної оклюзії, частіше - це досягнення „оптимальної індивідуальної норми" чи „компенсованої форми" патології.

6. Лікування дистальної оклюзії зубних рядів запропонованими ортодонтичними пристроями (моноблоковий ортодонтичний апарат і заслінка для язика) покращує параметри щелепно-лицьової ділянки на скелетному та зубоальвеолярному рівнях, що загалом сприяє нормалізації розвитку краніофациального комплексу в дітей: зменшенню сагітальної щілини,

кута ANB, збільшенню довжини нижньої щелепи, висоти її гілки і розміру кута SNB, нормалізації функцій жувальних і м'язів.

7. Аналіз клінічного матеріалу і літературних джерел дав можливість визначити найчастіші помилки, які можуть виникати на різних етапах лікувального процесу. Розроблена схема-моніторинг дозволить прогнозувати безпосередні й віддалені ускладнення в лікуванні та реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на всіх етапах.

8. Розроблені рекомендації для лікарів практичної охорони здоров'я щодо лікування дистальної оклюзії зубних рядів можуть слугувати підставою для складання офіційного протоколу лікування пацієнтів із цим видом патології прикусу в конкретній клінічній ситуації.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. На всіх етапах лікування незалежно від віку пацієнтів необхідно здійснювати і контролювати усунення функціональних порушень м'язів щелепно-лицьової ділянки, губ, щік, язика та сприяти нормалізації функцій дихання, ковтання, мовлення, жування, стулювання губ. У зв'язку з цим рекомендовано включати в план лікування запропонований комплекс міогімнастики, а в лікуванні незнімною ортодонтичною назубною технікою використовувати і допоміжні ортодонтичні пристрої (губний бампер, заслінка для язика, квад- і бі-хелікси, піднебінний бюгель та ін.).

2. Визначені середньостатистичні розміри і форма зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп при ортогнатичному прикусі рекомендуються як орієнтир для підбору назубної дуги для кожного етапу ортодонтичної корекції брекет-технікою й оцінки результатів лікування дистальної оклюзії зубних рядів.

3. Визначені параметри значень міжзубного тиску в осіб без патології прикусу й інших стоматологічних хвороб за відносно нормальної форми зубної дуги й оклюзії рекомендуються як еталон у вимірюванні величини міжзубного тиску на останніх етапах лікування брекет-технікою перед періодом ретенції для вирішення питання подальших шляхів ортодонтичної корекції. За наявності відхилень у бік збільшення від визначеної умовно нормальної величини тиску між зубами слід послаблювати міжзубну гумову тягу, а в разі зменшення - посилювати.

4. Рекомендувати для ортодонтичної практики, як методи вибору:

- метод лікування дистальної оклюзії зубних рядів за допомогою моноблокового апарата розробленої конструкції;
- метод корекції положення язика за використання незнімної сучасної ортодонтичної техніки;
- комплекси лікувальних заходів для усунення функціональних порушень, які супроводжують та ускладнюють дистальну оклюзію зубних рядів;
- метод лікування дистальної оклюзії зубних рядів, ускладненої дисфункцією СНЩС.

5. Обираючи метод лікування підлітків віком 9-12 років, у зв'язку з визначеними відмінностями у формуванні розмірів зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп і форми піднебіння, віддавати перевагу знімним моноблоковим ортодонтичним конструкціям.

6. У процесі лікування за допомогою незнімної ортодонтичної назубної техніки активувати силу її дії не частіше одного разу за місяць.

7. Для об'єктивної оцінки шести ключів оклюзії за Andrews L.F. доцільно використовувати клінічні та параклінічні методи дослідження, урахувавши авторський спосіб прогнозування шляхів ортодонтичного лікування.

8. Рекомендується для впровадження в систему практичної охорони здоров'я концепція комплексного лікування і реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів залежно від віку пацієнта, форми патології прикусу і з урахуванням можливих безпосередніх і віддалених помилок та ускладнень на всіх етапах.

Список друкованих наукових праць за темою дисертації

1. Смаглюк Л.В. Типы взаимоотношения зубов во фронтальном участке и функциональное состояние ВНЧС после проведенного ортодонтического лечения // Український стоматологічний альманах. - 2001. - №3. - С. 47-49.
2. Смаглюк Л.В. Лікування дистального прикусу з використанням губного бампера // Український стоматологічний альманах. - 2001. - №5. - С.51-53.
3. Смаглюк Л.В. Стан зубоальвеолярних дуг у підлітків та дорослих із патологією прикусу (П-1 за Енглем) у віковому аспекті // Український стоматологічний альманах. - 2002. - №6. - С. 58-60.
4. Смаглюк Л.В. Розповсюдженість зубощелепних аномалій у дорослих // Галицький лікарський вісник. - 2003, - Т.10, Ч. 1. - С. 148-149.
5. Смаглюк Л.В. Стан зубоальвеолярних дуг верхньої та нижньої щелеп при дистальній оклюзії зубних рядів (клас І -2 за Енглем) у віковому аспекті // Український стоматологічний альманах. - 2003. - №3. - С. 40-42.
6. Смаглюк Л.В. Лікування дистального відкритого прикусу з використанням пристрою для корекції положення язика запропонованої конструкції // Український стоматологічний альманах. - 2003. - №4. - С. 50-53.
7. Смаглюк Л.В. Состояние височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дистальным прикусом // Вісник стоматології. - 2003. - № 4(41). - С. 58-60.
8. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Структура функціональних порушень зубощелепної ділянки та зубощелепних аномалій у дітей 6-9 років // Проблеми екології та медицини. - 2003. - Т.7, №5-6. - С. 25-27. (Особистий внесок - стоматологічне обстеження дітей; статистична обробка матеріалу і консультативна допомога в написанні статті).
9. Смаглюк Л.В. Результати лікування дистального прикусу моноблоковим апаратом // Вісник стоматології. - 2004. - № 1(42). - С. 67-71.
10. Смаглюк Л.В. Характеристика параметрів нижньої щелепи у пацієнтів з дистальною оклюзією // Галицький лікарський вісник. - 2004. - Т.11, Ч. 3, - С. 94-96.
11. Смаглюк Л.В. Результати лікування патології прикусу класу ІІ-1 за Енглем моноблоковим активатором (краніометричне дослідження) // Вісник стоматології. - 2004. - №3(44). - С. 65-68.
12. Смаглюк Л.В. Функціональний стан жувальних м'язів при патології прикусу ІІ класу за Енглем, ускладненій дисфункцією скронево-нижньо-щелепного суглоба // Український стоматологічний альманах. - 2004. - №3-4. - С. 59-62.

13. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Функції порожнини рота та стан скронево-нижньощелепного суглобу// Проблеми екології та медицини. - 2004. - Т.8, №5-6. - С. 21-23. (Особистий внесок -стоматологічне обстеження дітей, підлітків, дорослих; статистична обробка матеріалу і консультативна допомога в написанні статті).
14. Смаглюк Л.В. Електрофізіологічне дослідження жувальних м'язів під час лікування пацієнтів з патологією прикусу II класу за Енглеєм, ускладненою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба// Український стоматологічний альманах. - 2004. - № 5-6. - С. 66-69.
15. Смаглюк Л.В. Порівняльна характеристика параметрів нижньої щелепи при двох формах дистальної оклюзії зубних рядів// Український медичний альманах. - 2004. - Т.7, №3 (додаток). - С. 99-102.
16. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Деякі аспекти профілактики зубощелепних аномалій та деформацій в перший період змінного прикусу// Таврический медико-биологический вестник. - 2004. - Т. 7, №2. - С. 254-256. (Особистий внесок - розробка й апробація способів профілактики порушень функції язика у пацієнтів із зубощелепними аномаліями; узагальнення результатів).
17. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Взаємозв'язок функцій язика із станом прикусу у дітей та підлітків // Галицький лікарський вісник. - 2005. - Т.12, 4.1. - С.87-89. (Особистий внесок - пошук літературних джерел та їх опрацювання; консультативна допомога в написанні статті).
18. Смаглюк Л.В. Електрофізіологічний стан жувальних м'язів після фіксації ортодонтичної назубної незнімної техніки (брекет-техніки)// Український стоматологічний альманах. - 2005. - №1. - С. 40-42.
19. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу в залежності від стану морфо- функціонального стану зубощелепної ділянки// Вісник стоматології. - 2005. - №2(47). - С. 75-77. (Особистий внесок - стоматологічне обстеження дітей, підлітків та дорослих; статистична обробка матеріалу і консультативна допомога в написанні статті).
20. Смаглюк Л.В., Смаглюк В.І. Визначення міжзубного тиску контактуючих між собою зубів як спосіб прогнозування шляхів ортодонтичного лікування // Український стоматологічний альманах. - 2005. - №2. - С. 26-27. (Особистий внесок - розробка способу прогнозування шляхів ортодонтичного лікування; проведення дослідження щодо визначення міжзубного тиску в пацієнтів, яких лікували брекет-технікою; статистична обробка матеріалу; написання і подання до друку статті).
21. Рибалов О.В., Смаглюк Л.В. Виникнення нестабільності СНЩС під час ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій // Український стоматологічний альманах. - 2005. - №3. - С. 68-70. (Особистий внесок - проведення ортодонтичного етапу лікування й аналіз його результатів, написання статті).
22. Смаглюк Л.В. Деякі аспекти етіології дистального прикусу //Український стоматологічний альманах. - 2005. - №5. - С.31-35.
23. Смаглюк Л.В. Результати лікування дистальної оклюзії зубних рядів форми II-1 при змінному прикусі// Український стоматологічний альманах. - 2005. - №6.-С. 34-38.

24. Смаглюк Л.В. Концепція лікування пацієнтів з дистальною оклюзією зубних рядів при змінному і постійному прикусах // Український стоматологічний альманах. - 2006. - Т.2, №1. - С. 15-17.
25. Деклараційний патент на винахід 51297 А Україна МПК 6 А61С7/00. Пристрій для корекції положення язика / Л.В. Смаглюк. - №2002021311; Заявл. 18.02.2002; Опубл. 15.11.2002. - Бюл. №11.
26. Деклараційний патент на винахід 67604 А Україна МПК 7 А61С7/00. Ортодонтичний моноблоковий апарат / Л.В. Смаглюк. - №20031110048; Заявл. 07.11.2003; Опубл. 15.06.2004. - Бюл. №6.
27. Деклараційний патент на корисну модель 6740 U Україна МПК 7 А61С7/00. Спосіб прогнозування шляхів ортодонтичного лікування / Л.В.Смаглюк, В.І. Смаглюк. - №20041109237; Заявл. 11.11.2004; Опубл. 16.05.2005. - Бюл. №5. (Особистий внесок - розробка способу й апробація його в клініці, статистична обробка матеріалу).
28. Деклараційний патент на корисну модель 7801 U Україна МПК 7 А61С19/04. Прилад для вимірювання величини міжзубного контакту/Л.В. Смаглюк, В.І.Смаглюк.- 20041109236; Заявл. 11.11.2004; Опубл. 15.07.2005. - Бюл. №7. (Особистий внесок - консультативна допомога, розробка приладу й апробація його в клініці).
29. Смаглюк Л.В. Вибір метода лікування дистального прикусу// Світ ортодонції. Додаток до журналу „Сучасна стоматологія”. - 2005. - №1. - С. 28-32.
30. Смаглюк Л.В. Результати лікування дистального прикусу форми II-1 у підлітків та дорослих // Сучасна ортодонція. - 2006. - № 01 (03). - С.23-26.
31. Смаглюк Л.В. Планування ортодонтичного лікування в зоні з підвищеним вмістом фтору в питній воді// Нові методики та технології в стоматології. Міжнар.семинар.- Львів, 1997,- С. 53.
32. Смаглюк Л.В., Сірик В.А. Лікування дистального прикусу, обтяженого передчасним видаленням тимчасових зубів на нижній щелепі //Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. "Актуальні проблеми ортопедичної стоматології та ортодонції". - Полтава, 2000. - С. 115-116.
33. Смаглюк Л.В. Лікування аномалій прикусу I класу по Енглу, зумовлених передчасним видаленням тимчасових зубів// Матер. Першої Міжнар. конф. "Актуальні проблеми ортодонції". - Львів, 2000. - С. 58-60.
34. Смаглюк В.І., Смаглюк Л.В. Особливості комплексного методу лікування II виду діастеми верхньої щелепи (за класифікацією Хорошилкиної Ф.Я.)// Матер. II Міжнар. конф."Актуальні проблеми ортодонції". - Львів, 2002. -С. 14.
35. Смаглюк Л.В. Усунення функціональних порушень при лікуванні дистального прикусу в різні вікові періоди// Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. "Сучасні підходи до лікування та профілактики основних стоматологічних захворювань". - Івано-Франківськ, 2003,- С. 57-58.
36. Смаглюк Л.В. Пристрій для корекції положення язика // Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. "Сучасні технології лікування та профілактики ортопедичних і ортодонтичних хворих". - Вінниця, 2003. - С. 83-84.

37. Смаглюк Л.В. Лікування дистальної оклюзії незнімною брекет- технікою// Матер. Всеукр. навч.-метод. та наук.-практ. конф. „Стан і проблеми підготовки лікарів-стоматологів у сучасних соціально-економічних умовах". - Полтава, 2003. - С. 62-63.

38. Новіков В.М., Смаглюк Л.В. Ортодонтчна підготовка - перший етап оклюзійної корекції при дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба// Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. - Харьков, 2004. - Вып. 7. - С. 87-89.

39. Смаглюк Л.В. Лікування дистального прикусу, ускладненого дисфункцією скронево-нижньощелепового суглобу // Матер. II (IX) з'їзду Асоціації стоматологів України „Сучасні технології профілактики та лікування в стоматології". - К.: Книга плюс, 2004. - С. 474-475.

40. Новіков В.М., Смаглюк Л.В. Корекція порушень оклюзії в комплексному лікуванні дисфункції СНЩС// Матер. II (IX) з'їзду Асоціації стоматологів України „Сучасні технології профілактики та лікування в стоматології". - К.: Книга плюс, 2004. - С. 435-436.

41. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Профілактика порушень функції язика в перший період змінного прикусу// Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. „Сучасний стан і актуальні проблеми ортопедичної стоматології". - Івано-Франківськ, 2005. - С. 97-98.

42. Смаглюк Л.В., Трофименко М.В. Взаємозв'язок між формою язика і формою зубних дуг // Український стоматологічний альманах. Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. „Досягнення і перспективи розвитку ортопедичної стоматології та ортодонції в Україні". - Полтава, 2006. - Т. 3, № 1. - С. 58.

43. Смаглюк Л.В. Помилки та ускладнення при лікуванні дистальної оклюзії зубних рядів// Український стоматологічний альманах. Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. „Досягнення і перспективи розвитку ортопедичної стоматології та ортодонції в Україні". - Полтава, 2006. - Т. 3, № 1. - С. 57.

АНОТАЦІЯ

Смаглюк Л.В. Сучасні методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Помилки та ускладнення. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія. - Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" МОЗ України. - Полтава, 2006.

Дисертація присвячена розв'язанню проблеми лікування і реабілітації пацієнтів різного віку з дистальною оклюзією зубних рядів шляхом реалізації положень розробленої концепції та критеріїв прогнозування можливих помилок і ускладнень.

Визначена структура і доведена висока поширеність функціональних порушень при дистальній оклюзії зубних рядів у пацієнтів різного віку.

На підставі певних середньостатистичних стандартів розмірів і форми зубоальвеолярних дуг верхньої й нижньої щелеп розроблені об'єктивні рекомендації для вибору форми і розмірів назубних дуг у лікуванні пацієнтів сучасною незнімною брекет-технікою.

Проведена порівняльна клініко-морфологічна оцінка результатів лікування пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів сучасними ортодонтчними апаратами (знімними і незнімними) методом із видаленням і без видалення зубів дала можливість доповнити основні принципи й алгоритм лікування підлітків і дорослих із дистальною оклюзією зубних рядів,

розробити нові ортодонтичні апарати та концептуальну схему комплексного лікування і реабілітації пацієнтів різних вікових груп.

Уперше розроблена схема-моніторинг безпосередніх і віддалених помилок і ускладнень лікування та реабілітації пацієнтів із дистальною оклюзією зубних рядів на всіх етапах.

Ключові слова: патологія прикусу, дистальна оклюзія, помилки, ускладнення, концепція лікування, реабілітація, прогнозування.

АННОТАЦІЯ

Смаглюк Л.В. Современные методы лечения дистальной окклюзии зубных рядов. Ошибки и осложнения. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.22 - стоматология. - Высшее государственное учебное заведение Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия" МЗ Украины. - Полтава, 2006.

Диссертация посвящена решению проблемы лечения и реабилитации пациентов разного возраста с дистальной окклюзией зубных рядов путем реализации положений разработанной концепции и критериев прогнозирования возможных ошибок и осложнений.

У пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов определены высокая распространенность функциональных нарушений зубочелюстной системы и их структура в зависимости от возраста. У взрослых пациентов отмечено ухудшение всех показателей клинико-морфологического и функционального состояния зубочелюстной системы и осложнение ее сопутствующей стоматологической патологией: нарушением целостности зубного ряда дефектами зубов и зубных рядов, заболеваниями тканей пародонта, стойкими нарушениями функций зубочелюстной системы, особенно глотания, жевания и речи, и функции височно-нижнечелюстного сустава.

На основании изучения особенностей клинико-морфологической и функциональной характеристики зубочелюстной системы у подростков и взрослых с двумя формами дистальной окклюзии зубных рядов (II-1 и II-2) обоснованы факторы, влияющие на выбор метода лечения.

На основании полученных среднестатистических стандартов размеров и формы зубоальвеолярных дуг верхней и нижней челюсти разработаны объективные рекомендации для выбора формы и размеров зубных дуг в лечении пациентов современной несъемной брекет-техникой. Определены параметры межзубного апроксимального давления при относительно нормальной форме зубных дуг и положении зубов, отсутствии других стоматологических заболеваний, которые рекомендуются как эталон для разрешения вопроса необходимости дальнейшей активации ортодонтической техники.

Для ортодонтической практики предложены: комплекс миогимнастики для устранения функциональных нарушений; методы: лечения дистальной окклюзии зубных рядов с помощью моноблокового аппарата новой конструкции; коррекции положения языка; лечения дистальной окклюзии зубных, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Сравнительная оценка результатов лечения пациентов возрастной группы 9-12 лет довела достоверную закономерную эффективность как съемной, так и несъемной

ортодонтической техники. Однако, в этой возрастной группе, съемный моноблоковый ортодонтический аппарат, в отличие от несъемной брекет-техники, создает лучшие условия для исправления формы и размеров нижней зубоальвеолярной дуги в трансверзальном направлении, формы и глубины неба и нормализации функциональных несоответствий.

Эстетическая, функциональная и антропометрическая оценка результатов лечения взрослых пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов показала высокую эффективность несъемной брекет-техники в достижении оптимального результата при условии зубоальвеолярной компенсации за счет удаления отдельных зубов на верхней челюсти, что предотвращает возникновение скученного положения моляров, как одного из факторов рецидива заболевания.

Проведенная сравнительная клинко-морфологическая оценка результатов лечения пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов современными ортодонтическими аппаратами (съемными и несъемными) с удалением и без удаления зубов предоставила возможность дополнить основные принципы и алгоритм лечения подростков и взрослых с дистальной окклюзией зубных рядов, разработать новые ортодонтические аппараты и сформулировать концептуальную схему комплексного лечения и реабилитации пациентов разных возрастных групп.

Впервые разработана схема-мониторинг непосредственных и отдаленных ошибок и осложнений лечения пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов на всех этапах.

Ключевые слова: патология прикуса, дистальная окклюзия, ошибки, осложнения, концепция лечения, реабилитация, прогнозирование.

SUMMARY

Smaglyuk L. Modern methods of treatment of distal occlusion. Errors and complications.

A thesis in search for the degree of a Doctor of medical sciences on the speciality 14.01.22-stomatology. - Higher state educational establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy". - Poltava, 2006.

The thesis is devoted to the solving of treatment problems and to the finishing of rehabilitation of patients of different age with distal occlusion by realization of positions of the developed conception and criteria of prognostics of possible errors and complications.

The structure and wildspreaded functional violations at distal occlusion of dental sets at the patients of different age were defined. On the ground of the got average standards of sizes and forms of dental arch of maxilla and mandible the objective recommendations were worked out for the choice of form and sizes of dental archs in treatment of patients by a modern unremovable breket technique.

The conducted comparative clinical morphological estimation of the results of treatment of patents with distal occlusion of dental sets by modern ortodontical system (removable and unremovable) by a method with the extraction of teeth and without it gave a possibility to add basic principles and algorithm of treatment of teenagers and adults with distal occlusion of dental sets, to develop new ortodontical apparatuses and to formulate conceptual diagram of complex treatment and rehabilitation of patients of different age groups.

The scheme-monitoring of direct and remote errors and complications of treatment and rehabilitation of patients with distal occlusion of dental sets was worked out for the first time.

Key words: malocclusions, distal occlusion, errors, complications, conception of treatment, rehabilitation, prognostics.