

Застосування коректорів у програмі профілактики і раннього ортодонтичного лікування дітей 4-12-річного віку

Аномалії зубощелепної системи займають одне з перших місць серед захворювань щелепно-лицьового комплексу. За даними Є. В. Удовицької і співавт. (1983) функціональні і морфологічні відхилення виявлені у 75 % 3-річних дітей і за поширеністю перевищують частоту карієсу та інших стоматологічних захворювань у цьому віці.

Виявлено, що в дітей з молочними зубами найбільш поширена дистальна оклюзія і глибока різцева дизоклюзія (до 42 %, за даними різних авторів). Частота аномалій збільшується з кожним роком життя.

Рання діагностика зубощелепних аномалій, а також своєчасне проведення профілактичних і лікувальних заходів має велике значення, оскільки патологія прикусу тимчасових зубів, не усунена на етапі свого формування, набуває більш виражені і важкі форми, веде до загальних розладів організму. У зв'язку з цим актуальним є лікування зубощелепно-лицевих аномалій у ранньому віці. Провідна роль у виникненні порушень зубощелепної системи належить функціональним розладам.

Завданням раннього лікування є корекція скелетного, дентоальвеолярного і м'язового дисбалансу, що виникає і розвивається. Саме раннє лікування надалі знижує необхідність у складнішому комплексному ортодонтичному лікуванні.

У зв'язку з взаємообумовленістю місцевих і загальних порушень необхідно застосовувати комплекси лікувальних заходів, що включають методи лікування, спрямовані на усунення як причин розвитку морфологічних, функціональних і естетичних порушень у зубощелепній системі, так і самих порушень. Передортодонтичні трейнери дозволяють досягнути певних результатів лікування, але мають один розмір для всіх пацієнтів. На сучасному етапі розвитку ортодонтії з'явилися недорогі еластомерні пристосування фабричного виробництва з гіпоалергенного силіконового матеріалу, які мають різні розміри, що дозволяє підібрати індивідуально відповідну конструкцію для кожного конкретного пацієнта.

Проте немає чіткого алгоритму роботи із застосуванням коректорів у дитячому віці. Усе це свідчить про необхідність роз-

робки алгоритму лікування дітей у період прикусу тимчасових зубів з використанням позиціонерів для вдосконалення методів ортодонтичного лікування і попередження формування вираженої патологічної оклюзії.

Виявлені за допомогою клініко-рентгенологічних і функціональних методів діагностики суттєві зміни в стані структур жувального апарату, положенні нижньої щелепи, оклюзії зубних рядів і функцій щелепно-лицьового комплексу роблять науково обґрунтованою необхідність раннього ортодонтичного лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Створений і впроваджується в клінічну практику комплексний підхід до лікування дітей з дистальною оклюзією, різцевою дизоклюзією з використанням сучасних індивідуально підібраних за розміром стандартних коректорів.

Наш досвід показав, що при застосуванні коректорів підвищується ефективність лікування, скорочуються терміни лікування, зменшується число рецидивів і ускладнень, що сприяє наданню кваліфікованої ортодонтичної допомоги пацієнтам з дистальною оклюзією зубних рядів, підвищенню якості ортодонтичного лікування.

Показання до використання коректора

- глибока дизоклюзія
- вертикальна дизоклюзія
- дистальна оклюзія
- скупчене положення зубів, ретрузія, протрузія, ротація різців
- зміщення нижньої щелепи
- дисфункції СНЩС (як суглобова шина)
- необхідність усунення шкідливих звичок, порушення положення язика, виявлення ротового дихання (за умови лікування в оторіноларінголога)
- тренування м'язів щелепно-лицьового комплексу
- профілактика гіпомінералізації емалі зубів (можливість залишити трохи зубної пасти або спеціальну профілактичну пасту після чищення зубів у коректорі)
- під час сну – профілактика хропіння (за умови вільного носового дихання).

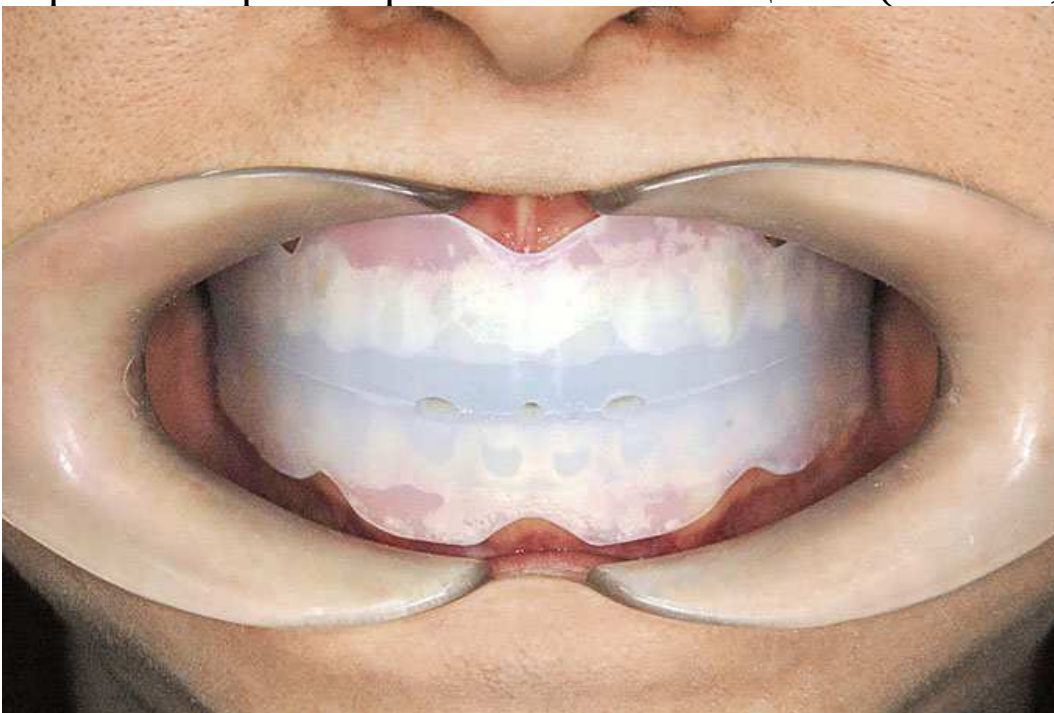
Ретенційний апарат після активного ортодонтичного лікування з використанням знімної і незнімної техніки скорочує час активного ортодонтичного лікування завдяки коригуванню зміщення зубів, оклюзійних контактів у ретенційному періоді; може бути накладений відразу після зняття незнімної техніки – немає жодних затримок у накладенні апарату, виключається шанс розвитку рецидиву; попередження стресу від дії оклюзійних сил відразу після зняття незнімної техніки; зберігається взаємовідношення молярів і іклів по I класу; забезпечується вертикальний контроль різцевого перекриття; зберігається вирівняне положення зубів; широкі вікові показання.

Протипоказання до використання коректора

- скелетна форма мезіальної оклюзії зубних рядів із сагітальною щілиною більше 5 мм
- зміщення серединної лінії між різцями більше 3 мм
- різко виражене скупчене положення зубів і ротація різців
- різко виражене звуження верхньої зубоальвеолярної дуги

Застосування коректора

У випадках застосування коректора визначається тільки розмір, оскільки коректор моделює оптимальну оклюзію без збільшення відокремлення зубних рядів по оклюзійній площині в різних ділянках. Визначається відповідний типорозмір, що відповідає довжині 4-х різців, виміряній по екватору вестибулярної поверхні верхньої і нижньої щелеп (мал. 1 а, б).



Мал. 1а.

Підбір і накладання коректора: коректор у порожнині рота



Мал. 1б.

Підбір і накладання коректора: вимір з лівого боку

Підібравши розмір, отриману модель припасовують у порожнині рота пацієнта. Для укорочення довгих країв силіконового апарату використовують ножиці, згладжують краї фрезною, гумовою насадкою на малих оборотах бормащини.

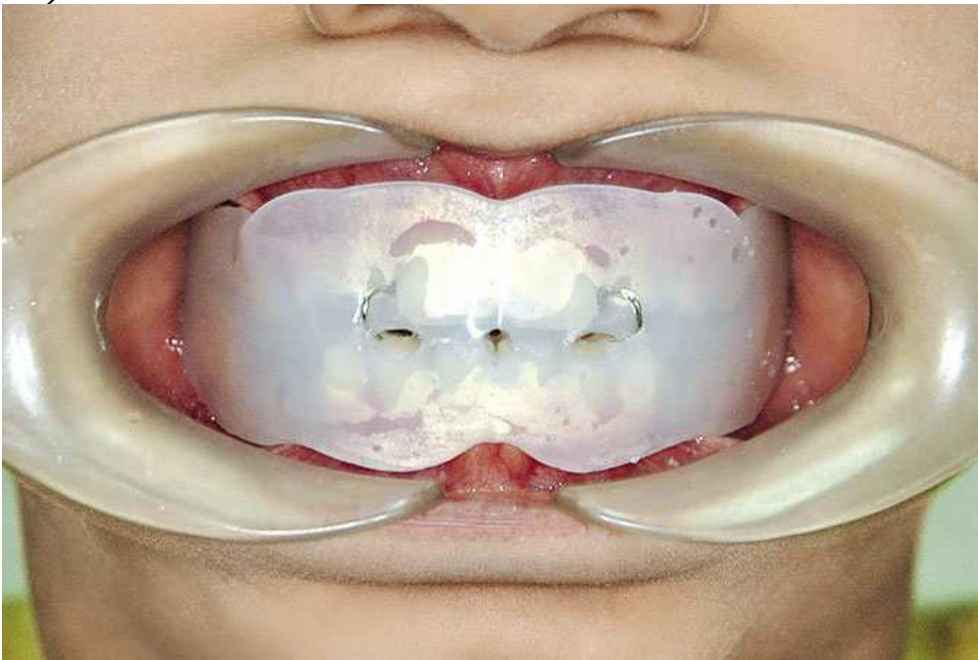
Повторно підбирати розмір апарату слід, коли починають прорізуватися другі різці нижньої щелепи і коли починають прорізуватися другі різці верхньої щелепи (необхідно використовувати апарат більшого розміру). Апарат більшого розміру використовують при скупченому положенні зубів, меншого – при діастемі, тремах. Велику діастему на верхній щелепі необхідно усунути перед використанням коректора. Розмір апарату можна визначати по діагностичних моделях щелеп.



Мал. 2а.

Використання механічно діючих елементів у коректорах: діастема

У разі наявності в пацієнта скупченості зубів рекомендується модель більшого розміру, і навпаки, якщо є проміжки між зубами, підбирається активатор на розмір менше. За необхідності в апарат можна ввести додаткові допоміжні елементи: ортодонтичний дріт з двох сторін для усунення трем і діастеми (мал. 2б), зачіпні елементи (гачки) для фіксації еластичної тяги (за кнопкові незнімні елементи на коронках ретинованих зубів та ін.), П-образну вестибулярну дротяну дугу для посилення роботи над зміщенням фронтальної групи зубів (мал. 2г).



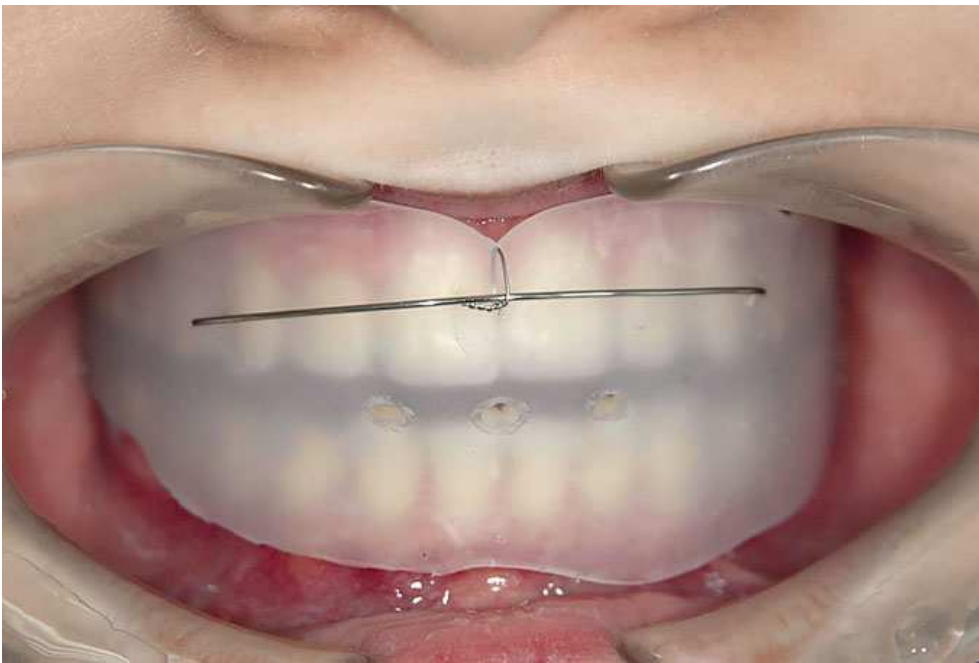
Мал. 2б.

Використання механічно діючих елементів у коректорах: введені пружини для усунення діастеми



Мал. 2в.

Використання механічно діючих елементів у коректорах: протрузія верхніх різців



*Мал. 2г.
Використан-
ня механічно
діючих еле-*

ментів у коректорах: введена вестибулярна дротяна дуга для посилення роботи над зміщенням фронтальної групи зубів

Апарат використовується пацієнтом 2 години вдень і всю ніч. Під час денного носіння рекомендується виконувати міогимнастику для адаптації м'язового апарату. Еластична капа для корекції прикусу застосовується пацієнтом за призначенням лікаря-ортодонта згідно з планом лікування. Номер еластичної капи, позначений на коробці, рекомендується заносити в карту пацієнта.

Для отримання добрих результатів лікування пацієнт повинен носити еластичну капу для корекції прикусу регулярно в денний і нічний час. У денний час капу використовують впродовж 2 годин, розбивши цей час на 30 - або 60-хвилинні періоди. Якщо в пацієнта немає можливості наслідувати ці рекомендації, капу надівають на дві години без перерви перед відходом до сну.

Перші кілька днів пацієнт може відчувати дискомфорт від підвищеної чутливості зубів. Ці симптоми зникають через певний час активного носіння. Після носіння капи її очищають мильним розчином і промивають водою, для очищення і знезараження опускають у розчин з пігулками для догляду за зубними протезами.

Переваги застосування коректора

- подовжені вестибулярні краї покращують стабільність положення в порожнині рота, особливо під час сну в розслабленому стані пацієнта;

- подовжені вестибулярні краї виконують функцію вестибулярних пелотів функціонально-діючих апаратів (регулятор функції Френкеля), відводячи м'які тканини губ і щік від зубоальвеолярних дуг щелеп, оптимізуючи ріст і розвиток зубоальвеолярних дуг щелеп аналогічно функціонально діючим апаратам;
- подовжені піднебінні краї на верхній щелепі сприяють розширенню зубоальвеолярної дуги в бічних відділах (2-4 мм);
- універсальна модель для глибокої і вертикальної різцевої дизоклюзії (плоска оклюзійна крива);
- наявні оклюзійні поглиблення в ділянці бічних зубів (5-7 зубів) покращують стабільність положення в порожнині рота, амортизують навантаження на жувальний апарат (зубоальвеолярні дуги, СНЩС, м'язи). Вище комфортність, швидше адаптація до апарату, особливо в пацієнтів з дисфункцією СНЩС, після зняття брекет-системи і т. д.;
- універсальна модель для дітей і дорослих. Для дітей апарат укорочують у дистальних відділах, при припасуванні в порожнині рота використовують ножиці;
- за рахунок подовжених вестибулярних і піднебінних країв коректора можливе виготовлення дротяних елементів (стопори, пружини, гачки) у бічних відділах зубних рядів;
- лінгвальні крила збільшені – пацієнти під час сну рідше гублять апарат, нижня щелепа дистально не зміщується;
- силікон не змінює кольору; стійкий до дії слини, води, менше адсорбція і бактерійна проліферація;
- менше салівація – вище комфортність;
- еластичність силікону сприяє легкому накладанню апарату, швидкій адаптації до апарату;
- менше дискомфорт, менше болючість у пацієнтів, ніж при застосуванні схожих кап.

Основними перевагами апаратів з силікону є їх гіпоалергенність, біосумісність і внаслідок цього добре звикання до апарату, легкість і простота в застосуванні. Крім того, апарати

зручні в зберіганні і гігієнічній обробці (термостійкі), що дає можливість стерилізації в автоклаві, у киплячій воді.

Можливі ускладнення при використанні коректорів і способи їх усунення

Механічне ушкодження апарату: необхідно ретельно пояснити правила користування апаратом, режим використання, показати правильну фіксацію коректора; інформувати, що не можна розмовляти з апаратом у порожнині рота, жувати апарат.

Рецидиви патології: необхідно звернути увагу пацієнта і його батьків на важливість регулярного використання апарату: 2 години увечері і всю ніч.

Автори: О. І. Арсеніна, д. м. н.; А. В. Попова, к. м. н.; Н. В. Попова, к. м. н.