

V БЛАГОДІЙНИЙ МІЖНАРОДНИЙ СИМПОЗИУМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ. ТЕЗИ

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-6-115>
УДК 616.314-002.4-089.23:615.825(047.31)

Дмитренко М. І.

Полтавський державний медичний університет

Функціональна концепція ортодонтичного лікування скупченості зубів

▷ **Резюме.** Доведено, що комплексне лікування з додатковим використанням розробленого диференційованого масажу та міогімнастики дозволяє покращити електроміографічні показники скроневих, жувальних м'язів та кругового м'яза рота. Доведено, що застосування власних теоретичних та практичних розробок в ортодонтичному лікуванні неправильного прикусу, ускладненого скупченістю зубів, дозволяє скоротити терміни лікування в середньому в 1,45 раза порівняно з традиційним.

Ключові слова: ортодонтичне лікування, скупченість зубів, диференційований масаж, міогімнастика.

Вступ

Поширеність скупченості зубів (СЗ) висока в усіх вікових групах: тимчасовий прикус — 6%; змінний прикус — 37%; постійний прикус — 70%. На ортодонтичному прийомі частина пацієнтів зі скупченістю зубів складає 70–80%. Ця зубощелепна аномалія саморегуляції майже не підлягає, тому необхідно своєчасно усунути можливі фактори ризику, своєчасно помітити клінічні прояви СЗ та створити умови для нормалізації форми та розмірів зубних рядів [1–3].

Мета дослідження: підвищення ефективності апаратурного ортодонтичного лікування пацієнтів зі скупченістю зубів на підставі індивідуального функціонального підходу.

Матеріали та методи

Досліджено біоелектричну активність скроневих, власне жувальних м'язів та кругового м'яза рота до комплексного ортодонтичного лікування та після його завершення у 34 пацієнтів (15 чоловіків і 19 жінок) віком 16–29 років, у яких виявлено зубощелепні аномалії (ЗЩА), ускладнені СЗ, тяжкого ступеня, які увійшли до основної групи. Скупченість зубів ускладнювала патологію прикусу I класу за Енглем у 23 (67,65%)

осіб, II класу за Енглем — у 11 (32,32%). З погляду доказової медицини було проведено порівняльний аналіз між досліджуваними електроміографічними (ЕМГ) показниками у стані спокою і у стані стискування за наявності СЗ при порушеннях прикусу I та II класів за Енглем. За його результатами статистично достовірної різниці не виявлено ($p > 0,05$), тому в подальшому аналізі було виділено клінічні групи залежно від локалізації СЗ. Групу Ia склали 11 пацієнтів із СЗ лише верхньої щелепи, середній вік — $19,27 \pm 1,08$ року; Ib — 10 осіб — СЗ лише нижньої щелепи, середній вік $20,10 \pm 1,60$ року; Ic — 13 осіб — СЗ верхньої і нижньої щелеп, середній вік $20,15 \pm 1,45$ року. Контрольну II групу становили 10 пацієнтів, у яких виявлено ЗЩА без СЗ, середній вік $20,70 \pm 1,32$ року. Показники ЕМГ-дослідження порівнювали з аналогічними у 10 осіб із фізіологічним прикусом (III група), середній вік $21,3 \pm 1,25$ року. При порівняльному аналізі достовірної різниці між групами залежно від віку, статі, виду патології прикусу, а також ступеня складності СЗ ($p(M) > 0,05$) не виявлено.

Обговорення

Апаратурне ортодонтичне лікування спрямовувало на створення місця для аномально розміщен-



них зубів шляхом поєднання апаратного, функціонального, хірургічного, протетичного методів залежно від виявлених морфофункціональних причин розвитку СЗ. Зокрема як апаратний метод лікування було використано брекет-техніку. Функціональний метод застосовували відповідно до виявлених порушень у діяльності власне жувальних, скроневих м'язів і колового м'яза рота у конкретного пацієнта. Весь період лікування пацієнтам рекомендували комплекс міотерапії. У пацієнтів зі СЗ верхньої щелепи (ВЩ) тренувальні вправи і масаж сприяли зменшенню активності скроневих м'язів за допомогою розслаблювального масажу. За виявлення СЗ ВЩ та НЩ особливу увагу приділяли підвищенню активності жувальних м'язів у стані стискування за допомогою активуючого масажу. Після масажу призначали міогімнастичні вправи: для нормалізації постави; тренування носового дихання; нормалізування ковтання; клацання язиком; широке повільне відкривання і закривання рота з підняттям язика вгору до піднебіння; нормалізування функції змикання губ. Оскільки у пацієнтів із СЗ ВЩ виявлено більшу активність м'язів верхньої губи, їм призначали розслаблювальний масаж верхньої губи і активуючий масаж м'язів нижньої губи. У пацієнтів із виявленою у них СЗ НЩ і СЗ верхньої і нижньої щелеп превалювала активність м'язів нижньої губи, тому їм рекомендували розслаблювальний масаж нижньої губи і активуючий масаж верхньої губи.

Результати

Встановлено, що при наявності СЗ параметри функціональної м'язової симетрії (SIM TA/ММ) були найнижчими. Статистично доведено, що у пацієнтів з діагностованими у них СЗ верхньої та нижньої щелеп індекс SIMTA/ММ достовірно нижчий, ніж у пацієнтів, у яких виявлено ЗЩА без скупченості зубів ($p < 0,05$). При зіставленні показників індексу активності м'язів (ACTIV, %) у всіх досліджуваних групах встановлено вищу активність скроневих м'язів (негативне значення ACTIV, %), зокрема за наявності у пацієнтів із СЗ верхньої та нижньої щелеп вона була найбільшою (індекс ACTIV = $-32,74 \pm 4,52$ %, $p < 0,05$). У пацієнтів з діагностованою СЗ нижньої щелепи у стані спокою, спостерігається гіперактивність кругового м'яза (КМ) рота в ділянці верхньої та нижньої губи порівняно з контрольною групою здорових ($p < 0,05$), а при СЗ верхньої та нижньої щелеп — загальний індекс м'язової симетрії найнижчий (SIM км = $81,94 + 9,61$ %). У стані стискування при різних клінічних проявах СЗ спостерігається різна функціональна активність кругового м'яза рота: більшу активність м'язів верхньої губи (ACTIV = $-0,99 \pm 7,44$ %) виявлено при СЗ верхньої щелепи ($p < 0,05$). Превалювала активність м'язів нижньої губи за наявності СЗ нижньої щелепи (ACTIV = $20,52 \pm 4,22$ %) та СЗ верхньої та нижньої щелеп (НЩ) (ACTIV = $17,93 \pm 4,33$ %).

Висновки

Результати проведеного дослідження підтверджують необхідність комплексного обстеження пацієнтів із СЗ, що дає можливість об'єктивно визначити морфо-функціональний стан зубощелеп-

ної ділянки й скласти індивідуалізований план ортодонтичної допомоги. Разом з апаратурним методом необхідно персоналізовано застосовувати диференційовану міогімнастику, що сприятиме скороченню тривалості лікування порівняно з загальноприйнятим у середньому в 1,45 рази.

ПОСИЛАННЯ / REFERENCES

1. Дмитренко М. І. Сучасні підходи до діагностики та лікування зубощелепних аномалій, ускладнених скупченістю зубів: монографія. Полтава; 2024. 158.
2. Щербина Т., Лихота К. Розширення верхньої щелепи незнімним апаратом RME у пацієнтів, що зростають. *Вісник стоматології*. 2024;127(2):9-16. DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-52-2.2>
3. Chudek, M., Kuc-Michalska, M. Haas-type expander with Marco Rosa modification used in primary and early mixed dentition advantages. *J Clin Images Med Case Rep*. 2021;5(19):1–8.

DOI: <https://doi.org/10.33295/1992-576X-2025-6-117>
УДК 616.314-002.4-089.23-089.843(047.31)

Закалата Т. Р., Бурлака В. Л.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Переваги переміщення зубів з використанням ортодонтичних мікроімплантів при лікуванні зубощелепних аномалій

▷ **Резюме.** Аналіз переваг, що виникають завдяки використанню мікроімплантів під час ортодонтичного лікування. Високий рівень успіху у випадках із різними розмірами імплантів. Універсальність мікроімплантів в ортодонтичному лікуванні різних станів та дефектів.

Ключові слова: ортодонтичне лікування, переваги використання мікроімплантів.

Вступ

Лише стабільна опора може забезпечити якісне корпусне переміщення зубів. Стабільний анкораж дозволяє досягнути переміщення зубів без шкідливого впливу на корені та періодонт і тим самим уникнути побічних ефектів (ефект віддачі). Прискорити ортодонтичне лікування, розрахувати силу і досягти максимального ефекту.

Мета дослідження: оцінити та проаналізувати переваги використання мікроімплантів при ортодонтичному лікуванні.

Матеріали та методи

Було використано матеріали з електронних баз даних PubMed і Google Scholar. Джерела, що міс-

тять проспективні та ретроспективні клінічні та експериментальні дослідження імплантів і гвинтів, що застосовуються як ортодонтичний анкораж. Пошук відобразив 108 джерел. Після ознайомлення та застосування критеріїв відбору у дослідження включили 23 статті. Отримані дані розподілили на дві теми: чинники, що вплинули на рівень успішності тимчасових мікроімплантів; якою мірою та у скількох працях ці чинники цитувалися. Клінічні чинники були розділені на три основних групи, пов'язані: з пацієнтом; з імплантатом; з лікуванням. Усі проаналізовані джерела повідомляють про показники успіху 80 % і вище, проте чинники, що їх визначають, не узгоджені в усіх дослідженнях, тому робити будь-які висновки складно.