



НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ



Матеріали

I науково-практичної конференції
з міжнародною участю

СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

20-21 березня 2024 р.

Київ, Книга-плюс, 2024

УДК: 616.31

СУЧАСНА ОРТОДОНТІЯ: РЕАЛІЇ ТА ПЕРСПЕКТИВИ: матеріали I науково-практичної конференції з міжнародною участю, 20–21 березня 2024 р. / за ред. д.мед.н., проф. Костюк Т.М. – К.: Книга-плюс, 2024. – 108 с.

У збірнику представлено матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасна ортодонтія: реалії та перспективи», яка організована кафедрою ортодонтії та пропедевтики ортопедичної стоматології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 20–21 березня 2024 р.

Автори опублікованих тез несуть повну відповідальність за достовірність викладеного матеріалу, за правильне цитування джерел та посилання на них та за всі інші відомості.

*Публікації подано із збереженням думок і рішень авторів,
хоча науковий комітет не завжди поділяє думки авторів у наданих матеріалах.
Всі права захищено. Жодна публікація не може копіюватися,
дублюватися та використовуватися у будь-якому вигляді без письмової згоди
авторів публікації та видавців збірника.*

Підписано до друку 14.03.2024. Друк офсетний. Папір офсетний.
Друк. арк. 4,75. Формат 60/80/16. Наклад 50 прим.

Видавництво «Книга-плюс».
03057, Київ, просп. Берестейський, 34
Свідоцтво ДК № 4904 від 20.05.2015 р.
Тел./факс: (067) 403 55 05
www.book-plus.com.ua

ISBN 978-966-460-177-8

© Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, автори тез, 2024

ОРТОДОНТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТА З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Симоненко Р.В., Етніс Л.О., Жегулович З.Є.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра ортопедичної стоматології,
кафедра стоматології ІПО

Вступ. Ювенільний ідіопатичний артрит (ЮІА) – це збірне поняття, що включає низку системних захворювань сполучної тканини з чітко не встановленою етіологією, переважною локалізацією запального процесу в опорно-руховому апараті та діагностується у пацієнтів до 16 років. Захворювання має прогресуючий перебіг та, на жаль, не завершується повним одужанням. При ураженні щелепно-лицевої ділянки, крім безпосередньо запального ураження, деформації СНЩС, можливий опосередкований вплив ЮІА на розвиток м'язово-суглобових дисфункцій та оклюзійних розладів. Такі пацієнти потребують персоналізованого підходу та особливої тактики лікування стоматологічної патології. Особливо це важливо при ортодонтичному лікуванні, оскільки у таких пацієнтів на тлі системного ураження сполучної тканини і зниження мінералізації кісткової тканини під час переміщення зубів існує підвищений ризик розвитку ускладнень з боку тканин пародонта, а також прискореної резорбції кісткової тканини.

Мета: на основі клінічного висновку продемонструвати важливість врахування загальносоматичного статусу і стану кісткової тканини у пацієнта з ортодонтичною патологією при плануванні лікування та проведення належного оклюзійного аналізу та рентгенологічного контролю на етапах лікування для мінімізації можливих ризиків і досягнення оптимальних результатів.

Матеріали та методи. Ми спостерігали пацієнта Г. 2003 р.н. з ювенільним ідіопатичним артритом в анамнезі протягом 14 місяців під час його ортодонтичного лікування у Стоматологічному медичному центрі НМУ імені О.О. Богомольця. З метою планування лікування та контролю його ефективності, крім загальноприйнятого клінічного обстеження, було проаналізовано результати двоенергетичної рентгенівської абсорбційної денситометрії, отриманої за допомогою установки Hologic Discovery DXA System, аналіз щільності кісткової тканини щелеп за даними конусно-променевої комп'ютерної томографії, отриманої за допомогою томо-

графа MyRay Hyperion X9 PRO 3D/2D, а також проведено інтраоральне сканування щелеп і цифровий аналіз оклюзії за допомогою сканера Medit i500 та програмного модулю Medit Occlusion Analyzer 1.0.2.

Опис випадку. Пацієнт Г., 20 років, звернувся до Стоматологічного медичного центру НМУ імені О.О. Богомольця восени 2022 р. зі скаргами на порушення естетики через стирання зубів, їх неправильне положення та бажав пройти ортодонтичне лікування. З анамнезу було з'ясовано, що пацієнт хворіє на ювенільний ідіопатичний артрит, перебуває на диспансерному обліку у лікаря-ревматолога та отримує імунобіологічну терапію, що дозволяє утримувати захворювання у стадії довготривалої ремісії. Результати рентгенівської абсорбційної денситометрії вказували на наявність у пацієнта остеопорозу та остеопенії. Раніше ортодонтичне лікування не проводилось.

При проведенні клінічного обстеження виявлено надмірне стирання зубів І ступеню, звуження зубних дуг верхньої та нижньої щелеп, дистальний прикус, ускладнений глибоким перекриттям, неспівпадіння центральної лінії між верхніми та нижніми зубами, відсутність третіх молярів на верхній і нижній щелепах. Відкривання рота вільне, при пальпації жувальних м'язів та СНЩС больові відчуття відсутні. Індекс КПВ становив 2, індекс Гріна-Вермільйона – 0,28. Слизова оболонка ясен і слизової оболонки ротової порожнини блідо-рожевого кольору без видимих патологічних змін, тонкий біотип ясен. При аналізі конусно-променевої комп'ютерної томографії було виявлено суттєве зниження рентгенологічної щільності губчастої речовини альвеолярних відростків верхньої ($119,99 \pm 105,01$ одиниць Хаунсфілда) та нижньої ($227,01 \pm 150,67$ одиниць Хаунсфілда) щелеп, в той час як щільність кортикальної кістки на верхній ($1550,55 \pm 117,33$ одиниць Хаунсфілда) та нижній ($1932,86 \pm 152,92$ одиниць Хаунсфілда) щелепах була високою. Спостерігались ознаки остеопорозу кісткової тканини, потоншення кортикальної пластинки. Ознаки резорбції кісткової тканини відсутні. Під час оклюзійного аналізу за результатами інтраорального сканування щелеп було виявлено змикання молярів відповідно до II класу за Енглеєм, наявність сагітальної щілини та відсутність змикання між різцями у звичній оклюзії, наявність контактів між різцями нижньої щелепи та слизовою оболонкою піднебіння. При протрузії спостерігались балансуючі контакти між зубами 26, 27 та 37. При правій латеротрузії спостерігалось іклове ведення із залученням правих бічних різців. При лівій латеротрузії спостерігалось групове ведення за участю ікла, першого премоляра та обох молярів.

Враховуючи дані клінічних та додаткових обстежень пацієнта, було встановлено діагноз дистальний прикус (II клас, 2 підклас за Енглеєм),

ускладнений глибоким перекриттям, звуженням зубних дуг верхньої та нижньої щелеп та підвищеним стиранням фронтальних зубів I ступеню. Було прийнято рішення про необхідність поетапного лікування, що повинно включати розширення зубних дуг верхньої та нижньої щелеп, нормалізацію положення зубів за допомогою малих сил і незнімної ортодонтичної апаратури (брекет-система із застосуванням прямої дуги, починаючи з 12) з подальшою реставрацією стертих твердих тканин зубів та фінальною корекцією оклюзійних співвідношень на основі даних оклюзійного аналізу на завершальному етапі реабілітації. З метою запобігання резорбції кісткової тканини та ускладнень з боку тканин пародонта було рекомендовано застосовувати слабкі сили та проводити контрольні огляди і корекції з періодичністю у 2 тижні. Після розширення зубних дуг з метою нормалізації оклюзійних співвідношень у статичні та динаміці було проведено повторне інтраоральне сканування із оклюзійним аналізом і прийнято рішення застосувати оклюзійні накладки спочатку на перші премоляри верхньої щелепи, а потім на другі моляри, а також провести пряму реставрацію стертих тканин зубів.

У лютому 2024 р. було проведено контрольну конусно-променеву комп'ютерну томографію, що не виявила ознак прогресування остеопору, зниження щільності чи резорбції кісткової тканини на фоні проведеного ортодонтичного лікування.

На даний момент ортодонтичне лікування у комбінації із використанням оклюзійних накладок і прямих реставрацій стертих тканин зубів дозволило забезпечити розширення зубних дуг верхньої та нижньої щелеп, вирівняти серединну лінію та нормалізувати оклюзійні співвідношення зубів у бічних ділянках в статичній і динамічних оклюзіях. Ознаки м'язово-суглобової дисфункції та пародонтиту відсутні. Лікування продовжується.

Висновки. Проведення належного оклюзійного аналізу та рентгенологічного контролю стану кісткової тканини при плануванні ортодонтичного лікування пацієнта із загальносоматичною патологією та на етапах його реабілітації у рамках персоналізованого підходу забезпечує мінімізацію ризиків та є запорукою досягнення оптимальних результатів.

Ключові слова: дентальна оклюзія, інтраоральне сканування, ортодонтія, щільність кісткової тканини, ювенільний ідіопатичний артрит.