

305. СУЧАСНИЙ АСПЕКТ НА ЛІКУВАННЯ ЗУБОШЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ
Фліс П.С., Рашенко Н.В., Новаковська Г.В., Бобокал А.М., Рашенко Ю.А.,
Новаковська О.К.
м. Київ, Україна,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У зв'язку зі значною поширеністю зубошелепних аномалій (ЗЩА) у дітей та підлітків, проблема надання їм ортодонтичної допомоги завжди залишається актуальною.

Нами проведено комплексне обстеження і лікування 1628 пацієнтів, які звернулися за ортодонтичною допомогою до Стоматологічної клініки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, із них 1347 дітей у віці від 6 до 12 років зі змінним прикусом і 281 підліток у віці від 13 до 18 років з постійним прикусом.

Метою ортодонтичного лікування є використання можливості зміни росту, яка сприяє максимальній скелетній гармонії, а завершальна корекція забезпечується зубоальвеолярною компенсацією.

При несприятливому типі росту лікування буде направлено на обмеження негативного фактору несприятливого типу росту і його впливу на розвиток патології прикусу.

Лікування зубошелепних аномалій у дитячому віці, особливо в періоді їх активного росту, здійснюється змінними функціональними і механічно діючими апаратами, оскільки їх у цьому віці можливе регулювання росту щелепних кісток.

306. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСУ В РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ

Фліс П.С., Рашенко Н.В., Новаковська Г.В., Філоненко В.В., Шпак Д.Ю., Рашенко Ю.А.
м. Київ, Україна,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Дистальний прикус – найбільш розповсюджена зубо-щелепна аномалія, яка становить в середньому 31% серед усіх патологічних прикусів. Дані літератури свідчать про те, що частота цієї патології варіює у віковому аспекті.

Нами було обстежено 548 дітей та підлітків з дистальним прикусом у віці від 4 до 16 років. Як показали дослідження, частота дистального прикусу з віком має тенденцію до збільшення з періодами підйому і деякого спаду. Перший підйом спостерігається з 5 до 6 років, другий – з 7 до 9, третій, найбільш максимальний – з 10 до 11 років. Починаючи з 12 – 13 років частота дистального прикусу різко зменшується, а з 14 до 15-ти років знову збільшується. Найбільша розповсюдженість патології припадає на 11-річний вік.

Серед окремих форм дистального прикусу (за класифікацією А.І. Бетельмана): I форма – 290 (53%) дітей; II – 154 (28%); III – 82 (15%); IV форма – 23 (4%) дітей з числа обстежених.

I форма (недорозвинення нижньої щелепи) превалює в усіх вікових групах, з максимумом у 8-ми річному та 11-річному віці.

II форма (надмірний розвиток верхньої щелепи) – досягає піку в 11 років.

III форма (поєднання недорозвинення нижньої щелепи з надмірним розвитком верхньої щелепи) має підйоми в 6, 11, 14 років, а IV форма (компресія обох щелеп при прогнатичному співвідношенні зубних рядів) найчастіше спостерігається в 11-ти і 15-ти річному віці.

Таким чином, в 11-ти річному віці ми виявляємо вже сформовану деформацію прикусу, що не піддається процесу саморегуляції.

307. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РЕГУЛЯТОРА ФУНКЦІЇ ФРЕНКЕЛЯ III ТИПУ У ВІЦІ 6 - 8 РОКІВ

Фліс П.С., Шпак Д.Ю., Рашенко Н.В., Рашенко Ю.А., Дорошенко Н.М.
м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Мезіальний прикус – одна з розповсюджених аномалій зубошелепного апарату, яка може спостерігатися в будь-якому періоді формування прикусу.

Лікування мезіального прикусу і його прогноз залежить від етіологічних чинників, можливостей їх усунення, від виразності морфологічних та функціональних порушень, важкості їх лікування в різні вікові періоди.

Нами було прийнято на лікування 108 пацієнтів з мезіальним прикусом у віці від 4 до 13 років.

28-ми дітям у віці 6-8 років ми застосовували регулятор функції Френкеля III типу, тому що на цей період припадає активний ріст щелеп. Апарат заснований на принципі усунення тиску губ, шкідливого впливу альвеолярний паросток та зубні ряди в ділянці їх недорозвинення, сприяє нормалізації зміщення губ, положення язика, їх функції та взаємовідношень. Особлива увага приділялась нами на досягнення м'якодинамічної рівноваги щелепно-лицевої ділянки, що сприяє виправленню прикусу в мезіодистальному, трансверсальному та вертикальному напрямках.

Перші 2 місяці пацієнти носили апарат 2-3 години на добу. Не раніше, ніж через 14 днів ми рекомендували використовувати регулятор функції вночі в період сну.

Після освоєння апарату лікарський контроль проводили 1 раз на 3 тижні.

Покращення прикусу досягається вже через 2 місяці активного лікування.

308. РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ І КАРДІЇ

Фомін П.Д., Шепетько Є.М., Венделовська Н.С.

м. Київ, Україна, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.

Матеріал даного дослідження склали 19 пацієнтів (6 чоловіків (31,6%), і 13 жінок (68,4%), що були оперовані в хірургічній клініці кафедри хірургії №3 НМУ ім. О.О. Богомольця з приводу ахалазії стравоходу. Вік хворих коливався від 20 до 70 років. Середній вік склав 50,9 ± 4,1 років.

У всіх хворих в анамнезі відмічається порушення прохідності їжі по стравоходу, ознаки дисфагії. З тривалістю анамнезу ахалазії стравоходу і кардії до року – 1 (5,3%), від 1 до 5 років оперовано 11 (57,9%) хворих, 5-10 років – 3 (15,8%), від 11 до 20 років 4 (21%). В середньому 6,6 ± 1,3 років.

Основним видом оперативного втручання виступила позаслизова езофагокардіоміотомія з фундопластиком за Савіних. Відмінними рисами операції є виконання сагітальної діафрагмокуротомії, мобілізації абдомінального и нижньогрудного відділів стравоходу, позаслизової езофагокардіоміотомії довжиною не менше 10 см.

Позаслизова езофагокардіоміотомія з фундопластиком за Савіних виконана у 14 (73,7%) хворих. В клініці розроблено дві модифікації езофагокардіоміотомії з фундопластиком, на які отримано деклараційні патенти України на винаходи (№ 13881, 13882). Згідно розробленим методикам оперовано 5 (26,3%) хворих.

Симультантні операції (гастротрансверзопексія(3), холецистектомія(2), операція Стронга(3), правобічна геміколектомія(1)) виконані у 6 (31,6%) хворих.

В післяопераційному періоді у всіх хворих відновилась прохідність по стравоходу, відновлювалося розширення стравоходу, рентгенологічно відмічається вільне проходження контрасту зі стравоходу в шлунок.

Висновок: Внеслизова езофагокардіоміотомія з фундопластиком в модифікації клініки ефективною в лікуванні ахалазії стравоходу і кардії.