

МІНІСТЕРСТВО  
ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ



**«УКРАЇНСЬКА ОРТОДОНТИЧНА ШКОЛА:  
ВЧОРА, СЬОГОДНІ, ЗАВТРА»**



*збірник тез конференції, присвяченої  
85-річчю з дня народження  
проф. Дорошенко С.І.*



Київ - 2021

5. Changes in position and relationship between jaws in children treated with delairs mask / Glisic B. [et al.] // Serbian Dental J. – 2004. – Vol. 51. – P. 177–182.
6. Radiographic cephalometry analysis of dimensions of condylar processus in persons with mandibular prognathism/ Tatjana Cutovic [et al.] // Vojnosanit Pregl. – 2008. – Vol. 65 (7). – P. 513–519.
7. Tortop, T. Modified tandem traction bow appliance compared with fasemask therapy in treating class III malocclusion / Tortop T. // Angle Orthod 2014. – Vol. 84 (4). – P. 642–648.

## ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ВІДКРИТОГО ПРИКУСУ В РЕТЕНЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Фліс П.С., Циж О.О., Ращенко Н.В., Циж А.В., Жачко Н.І.  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,  
м.Київ, Україна*

*Кафедра ортодонції та пропедевтики ортопедичної стоматології*

**Актуальність:** Стабільність результатів лікування відкритого прикусу є однією з невирішених проблем сучасної ортодонції [4]. Непередбачувана природа рецидиву після ортодонтичного лікування відкритого прикусу вказує на важливість подальшого вивчення даної проблеми [6].

Проведені функціональні дослідження показали, що після закінчення ортодонтичного лікування не відбувається повної нормалізації функціональної активності м'язів і жувальних м'язів, що може бути причиною розвитку рецидиву внаслідок інтрузії різців та екструзії молярів [1]. Навіть при позитивному результаті лікування в змінному періоді прикусу у пацієнтів з відкритим прикусом може виникати рецидив, пов'язаний із відсутністю належної перебудови патологічної функції м'язів щелепно-лицевої ділянки. Тому контроль екструзії молярів є основою ретенції у пацієнтів із відкритим прикусом, вертикальним типом росту обличчя якій продовжується і на початку постійного періоду прикусу [7].

**Мета:** У зв'язку з довготривалістю ортодонтичного лікування, громіздкою конструкцією лікувальних ортодонтичних апаратів виникла необхідність у створенні більш естетичних, легких і простих у використанні конструкцій ретенційних апаратів [5; 3].

**Матеріали і методи:** 12 пацієнтам із вертикальним типом росту зі зниженою функцією жувальних та м'язів щелепно-лицевої ділянки, які закінчили активний період ортодонтичного лікування та мали щільні міжкльозійні контакти, про що свідчили дані оклюзіограми апарата T-Skan, і знаходились у початковому періоді постійного прикусу, для попередження рецидиву було виготовлено ортодонтичний ретенційний апарат [2].

Ретенційний апарат складався з верхньої та нижньої кап, виготовлених із термопластичної поліпропіленової плівки Essix C+ товщиною 1,0мм фірми "Ortho Tehnology", у яку вварені лінгвальні шипи "Tongue Tamers" (Ortho Tehnology) в проекції різців для попередження смоктання язика та впливу сили тиску язика на зуби з метою нормалізації його функції.

Ретенційний апарат охоплює повністю зубні дуги верхньої та нижньої щелеп. На жувальних поверхнях товщина кап була максимально зменшена за допомогою зроблених перфорацій в апараті на жувальних поверхнях бічних зубів в місцях їх першого контакту. На вестибулярних поверхнях кап у ділянці бічних зубів змодельовані отвори для фіксації ортодонтичних кнопок на зуби для застосування міжщелепної тяги, що створювала ортодонтичне зусилля.

**Основні результати:** Для збереження стабільності положення фісуро-горбкових контактів у пацієнтів із вертикальним типом росту одночасно з термопластичними капами на верхню та нижню щелепи застосували внутрішньоротові вертикальні міжщелепні тяги як адекватну альтернативу позаротовим тягам для поліпшення фіксації нижньої щелепи у вертикальному напрямку. Ефективний вектор тяги проходив від першого постійного моляра верхньої щелепи до другого постійного моляра нижньої щелепи, або від першого верхнього премоляра до другого нижнього. Еластичні тяги фіксували безпосередньо до кнопок, розміщених на вестибулярній поверхні зубів, їх рекомендували одягати на ніч, тобто під час зниження активності жувальних м'язів, для забезпечення правильних оклюзійних співвідношень та утримання бокових зубів від екструзії.

Під час перших контактів язика з гострими лінгвальними кнопками виникають больові відчуття, які змушують язик зайняти правильне положення під час мови, ковтання, жування, тобто поступово адаптуватися до правильної позиції.

Ретенційний комплекс із прозорою поліпропіленовою плівкою показаний пацієнтам, які бояться фіксувати лінгвальні кнопки безпосередньо в порожнині рота, що обумовлено їх можливим відривом. Фіксація лінгвальних кнопок на апараті міцніша, ніж на поверхні зубів, а використання внутрішньоротових тяг естетичніше в порівнянні з зовнішньоротовими.