

Во вторую группу включили 14 больных (9 женщин и 5 мужчин), которые обратились за помощью на 2—3 день после препарирования зубов с жалобами на болезненную реакцию на термические, механические и химические раздражители. У этой группы пациентов проводили дифференциальную диагностику гиперестезии и травматического пульпита с помощью клинических методов исследования. В трудных для диагностики случаях проводили электроодонтодиагностику. Этим пациентам проводили лечение гиперестезии «Фторопленом» по изложенной выше методике.

Все пациенты были предупреждены о том, что в случаях снятия лаковой пленки они должны явиться на повторный прием. У большинства пациентов лаковая пленка держалась на зубах 2—3 дня. После примерки конструкции металлокерамических или металлических коронок всем пациентам наносилась лаковая пленка на зубы повторно и сохранялась до фиксации коронок цементом.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты первой группы отмечали болевые ощущения различной интенсивности в отпрепарированных зубах только в первые сутки после окончания действия анестезии. В последующие сутки наблюдалось полное исчезновение или уменьшение гиперчувствительности. Различная степень выраженности болевых ощущений может быть объяснена индивидуальной чувствительностью пациентов, а также неидентичностью проведенных манипуляций (различная толщина шлифованных тканей зуба, индивидуальное строение различных групп зубов и др.).

В то же время из 11 пациентов первой группы только трое ощущали повышенную чувствительность к холодному в течение первых 2—3 дней, остальные 8 человек чувствовали себя комфортно.

У пациентов второй группы, которым лак наносился на зубы на 2—3 день после их препарирования, исчезновение причинных болевых ощущений наступало лишь на 3—4 день после

препарирования зубов. А у двоих пациентов был диагностирован острый травматический пульпит, им была проведена девитализация пульпы по общепринятой методике.

Таким образом, пациенты первой группы, которым наносили лак на отпрепарированные зубы сразу после их шлифования, чувствовали себя более комфортно по сравнению с пациентами второй группы.

Следует отметить, что при строгом соблюдении правил препарирования витальных зубов под металлические и металлокерамические коронки с последующим покрытием культи зуба лаком «Фтороплен» сразу же после препарирования позволяет сохранить зубы витальными, облегчить пациентам жизнь в период ожидания изготовления зубного протеза, но не дает 100% гарантию успеха, поскольку имеется индивидуальная чувствительность пациентов, а также особенности строения различных групп зубов.

Выводы

1. Применения лака «Фтороплен» является эффективным методом лечения и профилактики гиперестезии зубов, отпрепарированных под металлические и металлокерамические зубные протезы.
2. Более выраженный профилактический эффект наблюдается при нанесении лака «Фтороплен» на отпрепарированные зубы сразу после их шлифования.

Литература

1. Postolachi I. et al. Protetică dentară. Chișinău: Știința, 1993. P. 163-180.
2. Григорьев В. Химический и механический метод защиты витальных зубов, отпрепарированных под металлокерамические коронки // Curierul medical. 2007. Nr. 6. С. 30-34.
3. Каламбаров Х.А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. С. 215.
4. Копейкин В.Н. Руководство по ортопедической стоматологии. М.: Триада-Х, 1998. С. 144-146.

Prezentat la 09.07.2008

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Резюме

Более 45% детей имеют зубочелюстные аномалии, которые влияют на нормальное формирование и функционирование челюстно-лицевой области, дыхание, речь, эстетику, а также психологическое развитие ребенка. Зубочелюстные аномалии полиэтиологичны (Камышева Л.И. с соавт., 1993; Колесов А.А., 1985; Куроедова В.Д., 1998; Хорошилкина Ф.Я., 2005; Crause U., 2000).

**Рублева И.А.,
Слабковская А.Б.,
Персин Л.С.,
Заваденко Н.Н.**

*Кафедра Ортодонтии
и детского протезирования
МГМСУ
Кафедра Детской неврологии
РГМУ*

Summary

The psychoneurological status of children with distal occlusion

Sucking habits were revealed in 77.8% of the examined children. The psychoneurological status of these children is often altered and needs to be corrected. The sucking habits such as sucking lips and pens in 36% cause the distal occlusion in children with normal occlusion.

Многие авторы (Окушко В.П., 1965, Сальковская Е.А., 1981) отмечают взаимосвязь психоневрологического статуса и зубочелюстных аномалий. Наиболее часто в полости рта такие проблемы проявляются в виде вредных привычек и нарушений иннервации мягких тканей. По данным S. Green (2005) вредные привычки для детей являются успокаивающим средством во время каких-либо стрессовых ситуаций, и чем сильнее они выражены у ребенка, тем более вероятно развитие зубочелюстных аномалий. Е.А. Сальковская (1981) отметила, что в 71,8% вредные привычки являются ведущим этиологическим фактором возникновения и развития зубочелюстных аномалий (рис. 1а, б, в).

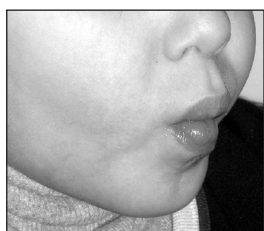
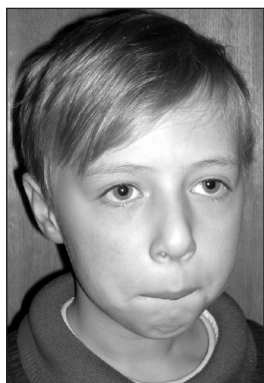


Рис.1 Вредные привычки, ведущие к развитию зубочелюстных аномалий.

А. Н. Geis, D. Н. Piarulle (1988) выявили, что уровень нейротизма у детей с вредными привычками выше, чем у детей контрольной группы. По данным В.О. Куроедовой (1990) в ортодонтическом лечении нарушений прикуса, причиной которых являются вредные привычки сосания, первой проблемой становится борьба с патологически привычными действиями. Для выбора правильной тактики лечения таких пациентов обязательным должно быть обследование детским психоневрологом.

При планировании ортодонтического лечения необходимо учитывать психоневрологический

статус пациента, что поможет достичь устойчивого результата лечения, хорошей эстетики, а также нормального функционирования зубочелюстной системы.

Цель исследования: проследить динамику изменений психоневрологического статуса детей с зубочелюстными аномалиями с возрастом.

Материалы и методы:

Проведено обследование 45 детей в возрасте 7—11 лет. Все пациенты были распределены на группы по наличию зубочелюстных аномалий и вредных привычек. Дети отвечали на вопросы детского варианта личностного опросника Айзенка, направленного на исследование индивидуальных качеств ребенка — интра-, экстравертность, нейротизм и лживость. Для них был также проведен рисуночный тест «моя семья». Родители заполняли специальную анкету, разработанную профессором кафедры неврологии педиатрического факультета РГМУ Н.Н. Заваденко, для выявления симптомов психоневрологических нарушений. Через 18 месяцев было проведено такое же повторное обследование.

Результаты исследования

При анализе групп с вредными привычками и без них определено, что в группе без вредных привычек диагностирована физиологическая окклюзия в 72% случаев.

В группе с вредными привычками распространенность зубочелюстных аномалий составляла 42,8%, у остальных 57,2% наблюдалась физиологическая окклюзия. Среди детей с зубочелюстными аномалиями было 64% с дистальной окклюзией (рис.2), 11,7% с мезиальной окклюзией (рис.3), 23,5% с перекрестной окклюзией (рис.4).



Рис. 2

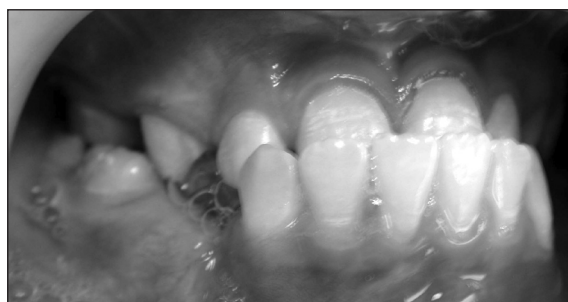


Рис. 3

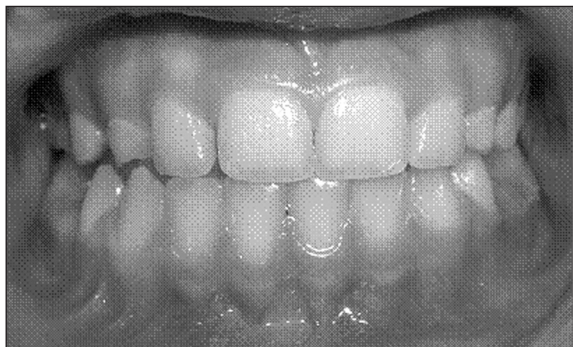


Рис. 4

При анализе групп пациентов с зубочелюстными аномалиями (44,4%) и с физиологической окклюзией (55,6%) определено, что все дети с зубочелюстными аномалиями имели вредные привычки. Анамнез пациентов с физиологической окклюзией в 33,4% случаев не отягощен вредными привычками, у оставшихся 65,6% физиологическая окклюзия сочеталась с вредными привычками.

Детский вариант личностного опросника Айзенка показал, что 40 % детей имеют признаки нейротизма. При дистальной окклюзии определяется 54,5% детей с признаками нейротизма, при перекрестной окклюзии - 33,3%, с вредными привычками и без зубочелюстных аномалий - 35% (табл.1).

Через 18 месяцев наблюдения у детей с дистальной и перекрестной окклюзией уровень нейротизма снизился у 34% обследованных, а у 36% — увеличился. У детей с вредными привычками, но без зубочелюстных аномалий уровень нейротизма снизился на 54%, но при этом у 36% детей были выявлены признаки дистальной окклюзии.

Табл.1. Изменение уровня нейротизма.

	Дистальная окклюзия	Перекрестная окклюзия	Физиологическая окклюзия у детей с вредными привычками
1этап обследования	54,5%	33,3%	35%
2этап обследования через 18 мес.	— у 36% увеличен; — у 34% уменьшен.		16,1%

Рисуночные тесты (рис.5 а,б,в) подтверждают полученные результаты или выявляют скрытые психологические проблемы.

По данным рисуночных тестов 54% детей с дистальной окклюзией нуждаются в консультации или лечении у психоневролога. Через 18 месяцев рисуночные тесты психологические проблемы выявили у 25% (табл.2).

Табл. 2. Изменения рисуночных тестов.

	1этап обследования	2этап обследования через 18 мес.
Психологические проблемы	54%	25%

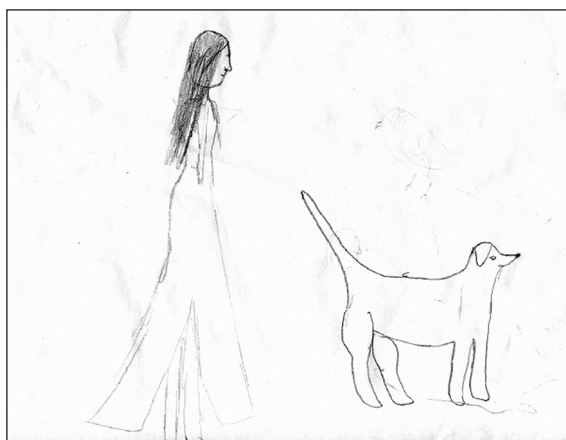
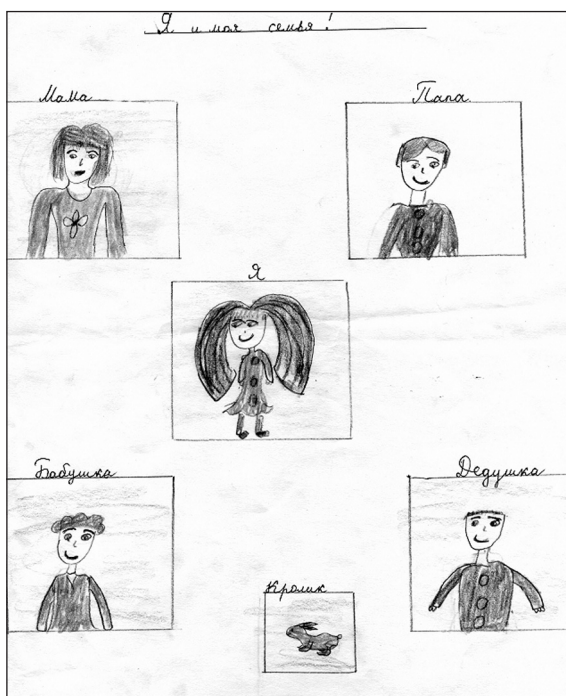
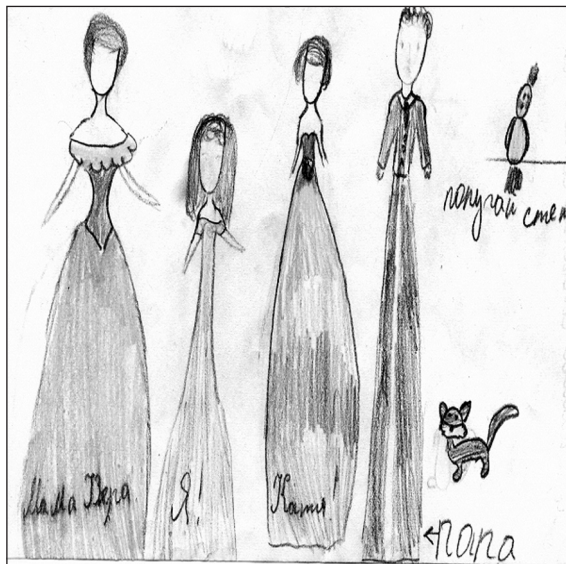


Рис. 5. Рисунки детей с психоневрологическими нарушениями.

Симптомы психоневрологических нарушений у детей с нормой выявлены только в 1 случае. Тогда как признаки тревожности определены у остальных детей в 20% случаев, гиперактивность — в

31%, психосоматические нарушения — 17%, нарушения устной речи — 11%, дефицит внимания 31%, эмоционально-волевые нарушения — 22,8%, проблемы поведения — 25%. Через 18 месяцев уровни гиперактивности, психосоматических и эмоционально-волевых нарушений, а также проблемы поведения остаются практически без изменений. Нарушения устной речи увеличиваются на 20%, дефицит внимания у 30 % детей увеличивается, а у 50% — уменьшается.

Табл.2. Изменения признаков гиперактивности и минимально-мозговой дисфункции.

	1этап обследования	2этап обследования через 18 мес.
1. Гиперактивность	31%	31%
2. Психосоматические нарушения	17%	17%
3. Тревожность	20%	20%
4. Нарушения устной речи	11%	15%
5. Дефицит внимания	31%	60%
6. Проблемы поведения	25%	50%
7. Эмоционально-волевые нарушения	22,8%	22,8%

Выводы

1. Дети с вредными привычками в 42,8% случаев имеют зубочелюстные аномалии.
2. Психоневрологический статус таких детей изменен и нуждается в коррекции.
3. Вредные привычки (сосание губы, ручек и карандашей) приводят у 36% детей к появлению дистальной окклюзии.

Список литературы:

1. Камышева Л.И., Теблоева Л.Т., Сашенкова Т.П. Этиология зубочелюстных аномалий. Связь с заболеваниями матери и ребенка.-М.:МСХА.-1993.-40с.
2. Куроедова В.Д. Новые аспекты болезни «Зубочелюстная аномалия».- Полтава.- 1997. - 255с.
3. Сальковская Е.А. Нарушение смыкания губ и глотания, методы их диагностики и устранения с целью профилактики рецидивов аномалий прикуса. Автореферат Дисс. канд. мед. наук / Центральный научно-исследовательский институт стоматологии.-1981 г. - 17с.
4. Седых К.В., Куроедова В.Д. Результаты психокоррекции у детей с невротическими привычными действиями. Актуальные вопросы психиатрической практики. Выпуск 7. Полтава, 1993.- С. 114-118.
5. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. Книга IV. М., 2004г. - 25-48.
6. Geis A., Piarulle H. Psychological Aspects of Prolonged Thumb-sucking Habits. JCO. - 1988 Aug. C. 492-495.
7. Green, S. That little thumb can do an awful amount of damage. International Journal of Orofacial Myology. 2005. Apr. C. 67-80.

Prezentat la 21.07.2008

ACRILATELE FLEXIBILE — ALTERNATIVA ACTUALĂ DE SOLUȚIONARE A EDENȚAȚIEI PARȚIALE

Alexandru Smîntîna,
Anatol Mănăscuță,
Ion Lungu,
Vadim Boico,
Alexandru Lușin

Centrul Stomatologic
„VIVODENT“

Rezumat

Materialele flexibile ca de exemplu Valplast și Flexit prezintă alegerea optimă în cazurile când este indicată proteza scheletată sau când pacientul refuză proteza fixă. Au fost examinați și tratați protetic 120 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 40—70 ani cu edentații parțiale clasa II, III, IV după Kennedy la unul sau la ambele maxilare.

Summary

Flexible acrylates — a new solution in partial edentation

Flexible materials as Valplast and Flexit is the optimal choice anytime partials are indicated or the patient prefers not to use a fixed restoration. There were studied and treated 120 patients at the age of 40 — 70 years with different classes of partial edentation.

Introducere

De curând, pe piața produselor stomatologice au apărut noi materiale, Valplast și Flexit (acrilate flexibile), folosite în realizarea protezelor parțiale mobilizabile, fiind ca alternativă acrilatului clasic în situații clinice dificile. Aceste materiale sunt pe bază de neilon, nu conțin metilmecrilat, nu provoacă alergii și nu se fracturează.

Acrilatul flexibil este un material elaborat și aprobat în SUA încă din anii '60. Clinica și laboratorul dentar „Vivodent“ folosește această sistemă din anul 2006. Din practica obținută în decurs de doi ani, atât medicii specialiști din clinică, cât și