

УДК 616. 314 - 001. 4 - 053. 5 /1. 7-08

## **МОРФОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЯК ФАКТОР ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПАТОЛОГІЧНІЙ СТЕРТОСТІ ЗУБІВ**

**І.М. Ткаченко, О.А. Писаренко**

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”

### **Резюме**

В статті приведені дані клініко-епідеміологічного обстеження стану твердих тканин зубів студентів, які навчаються в ВДНЗУ “УМСА” для виявлення наявності соматичної патології, наявності дискомфортних або болісних відчуттів з боку височно-нижньочелюстного сугава, при відкритті рота і т.п., наявності підвищеної чутливості зубів, наявності кровотечення з боку ясен, також цікавилися чи лікувався пацієнт у лікаря ортодонта і носив чи він сьємну або несьємні апарати. При обстеженні порожнини рота обов'язково встановлювали вид прикуса, відмічали наявність стертих ділянок на зубах а також наявність ерозій і клинообразних дефектів на вестибулярних поверхностях. Визначено, що даний контингент потребує особливого уваги лікарів стоматологів з боку профілактичного нагляду. Отримані результати є основою наступного поглибленого наукового вивчення стану зубочелюстної системи у даного контингента населення і, особливо, змін з боку морфометричних показувачів.

**Ключеві слова:** тверді тканини зубів, морфометричні показувачі, захворювання шлунково-кишкового тракту, некаріозні ураження.

## Summary

Data on clinical and epidemiological examination of teeth hard tissue state at the students of Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy” are presented in the given article. It detected the presence of somatic pathology, discomfort or painful feelings in temporomandibular joint during opening of the mouth, teeth hyperesthesia, gum bleeding. At the same time these students were interviewed if they had had ever orthodontic treatment or had had used any removable or fixed orthodontic devices. Bite type, presence of abraded areas on the teeth, erosion and sphenoid defects on the teeth vestibular surfaces were obligatory fixed during the oral cavity examination. It was determined that the given contingent of the patients wanted special attention of the dentists and some preventive stomatological measures. The received results will be used as the basis for further scientific studies of dentoalveolar system at given contingent of population considering changes in morphometric indices.

**Key words:** teeth hard tissues, morphometric indices, gastrointestinal tract diseases, non-carious lesions.

## Литература

1. Біда В.І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / Біда В.І. – К.:ВАТ “Видавництво “Київська правда”, 2002. - 96 с.
2. Каламкаров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов / Каламкаров Х.А. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 176 с.
3. Помойницький В.Г. Современные представления об этиологии и патогенезе патологической истираемости зубов (обзор) / Помойницький В.Г., Фастовец Е.А. // Современная стоматология. – 2005. - № 1. – С.126-127.

4. Ярова С.П. Анализ факторов, приводящих к снижению высоты прикуса / Ярова С.П., Терещенко В.М. // Вісник стоматології. – 2005. - № 1. – С.73-74.
5. Молдованов А.Г. Физиология и патология истирания твердых тканей зубов / Молдованов А.Г. – Симферополь, 1992. – 186 с.
6. Рубежова Н.В. Особенности клинического течения и лечения больных с эрозиями, клиновидными дефектами и повышенной стираемостью зубов: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.21 / С-Пб. мед. акад. последипл. образования. - СПб., 2000. – 22 с.
7. Фастовець О.О. Клініко-патогенетичне обґрунтування комплексного лікування патологічного стирання зубів: автореф. дис. ...д. мед. наук: 14.01.22 / Олена Олександрівна Фастовець – К., 2008. – 35с.

За даними багатьох вивчених нами публікацій ми можемо припустити, що патологічне стирання зубів останнім часом досить “помолодшало” і нині його можна виявити навіть у осіб 18-20 років [1,3,4]. Натепер патологічна стертість характеризується прогресуючою, ерозивно-абразивною втратою емалі та дентину і належить до хвороб, частка яких збільшується. При цьому патологічний процес зумовлюється стрімким перебігом і підвищенням інтенсивності ураження, що спричиняє розлади в зубо-щелепному апараті.

Дослідження Х.А. Каламкарова [2] довели, що за патологічної форми генералізованого стирання зубів відбувається скорочення міжальвеолярної висоти і нижньої третини обличчя. Труднощі лікування на початкових етапах установлення діагнозу – виявлення симптоматичних ознак і спрямування на усунення гіперестезії, а на пізніх – паліативне, спрямоване на ліквідацію ускладнень, які виникають у тканинах зубо-щелепної системи. Комплекс ортопедичних заходів лікування хворих із патологічною стертістю визначається не тільки видом і ступенем

зменшення висоти зубів, а й супутніми деформаціями з боку зубних рядів, зміною висоти і характеру прикусу, а також зміною рефлекторних зв'язків у жувальному апараті.

На сьогодні досить складно розділити патологічну і фізіологічну стертість, особливо на початкових етапах розвитку, що дало можливість чітко встановити показання до запобіжного або відновного лікування. Діагноз патологічного стирання трактується досить просто і зводиться до зношування, стирання і розсмоктування твердих тканин [7]. Надмірна втрата емалі зумовлена, по-перше, порушенням їхньої мінералізації, а за результатами вивчення структурно-функціонального стану кісткової тканини виявлено підвищену мінеральну насиченість останніх, що забезпечує витривалість навколозубних тканин до жування і як наслідок викликає збільшене стирання твердих тканин. Усі форми зумовлені станом тканин пародонта. На етапах ортопедичного лікування, яке є паліативним, необхідно відтворити висоту прикусу таким чином, щоб повернути фізіологічні рефлекторні зв'язки в жувальному апараті та за необхідності - в скронево-нижньощелепному суглобі [1,6]. Міжальвеолярна висота може одночасно підвищитись у межах 4-6 мм, зважаючи на стан м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба зі збереженням міжоклюзійної відстані не менше ніж 2 мм. Ці взаємовідношення насамперед залежать від положення нижньої щелепи в стані фізіологічного спокою. Але лікарю, який відтворює висоту прикусу в пацієнта, іноді досить важко досягти оптимального результату. Традиційні методики визначення центральної оклюзії дозволяють приблизно зафіксувати і виміряти висоту оклюзії та зафіксувати положення нижньої щелепи відносно верхньої в горизонтальній, вертикальній і сагітальній площинах, але не дозволяють зафіксувати її положення при вертикальному передньо-задньому нахилі (Pitch), ротації навколо вертикальної осі (Yaw), обертанні навколо горизонтальної осі (Roll). При цьому, на нашу думку, лікарю необхідно

знати оптимальні показники висоти зубів, які характеризують пацієнтів молодшого віку і які не мають патологічної стертості, але застосовувати відповідно коефіцієнти зменшення висоти зубів відносно віку і функціонального зношування.

Тому ми вважаємо, що проведення скринінг-обстеження організованого контингенту населення на предмет стирання зубів у сукупності з ретельним послідовним аналізом усіх загальноклінічних даних, зокрема анамнестичних, вивченням шкідливих чинників, а також установленням місцевих факторів, здатних викликати надмірну втрату емалі та дентину, дозволить конкретизувати особливості перебігу та деякі ланки етіопатогенезу захворювання серед осіб молодого віку, а також обґрунтувати і розробити комплексні діагностично-лікувальні заходи для відтворення висоти центральної оклюзії.

**Мета** проведеного дослідження – дослідити розміри зубів (ширина, висота) в організованого контингенту населення молодшої вікової групи і вплив фонові патології та місцевих факторів на стирання твердих тканин зубів.

### **Матеріали та методи дослідження**

Нами було обстежено 350 студентів 2-4 курсів, які навчаються у вищому державному навчальному закладі України “Українська медична стоматологічна академія”. Вік студентів, яких обстежували, - від 17 до 24 років. Цінність роботи полягала в порівнянні даних груп досліджуваних, які проживають у однакових соціально-екологічних умовах, але місце попереднього проживання відрізнялося. По-перше, всі студенти були поділені на дві групи залежно від статі та додатково за віковим принципом - від 17 до 20 років і від 21 до 24 років. У всіх студентів з’ясували місце їх проживання до навчання в академії, наявність соматичної патології, наявність дискомфортних або больових відчуттів у скронево-нижньощелепному суглобі, при відкриванні рота і т.ін., наявність

підвищеної чутливості зубів, наявність кровотечі з ясен, також цікавились, чи лікувався пацієнт у лікаря-ортодонта і чи носив він знімні та незнімні апарати. Обстежуючи порожнину рота, обов'язково встановлювали вид прикусу, відмічали наявність стертих ділянок на зубах та ерозій і клиноподібних дефектів на вестибулярних поверхнях. Розподіл осіб, яких досліджували, за віковою та статевою ознаками представлений на рис. 1.

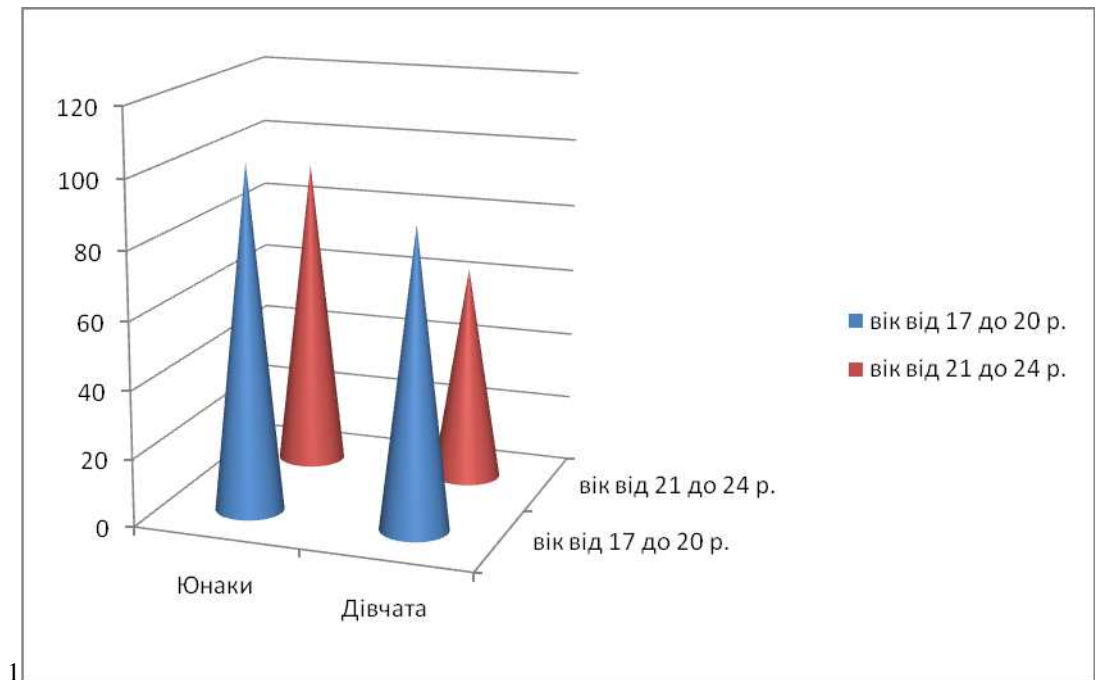


Рис. 1. Розподіл студентів за статтю і віком

Особливу увагу звертали на ті загальні захворювання, які за відомостями літератури пов'язують із розвитком патологічного стирання твердих тканин зубів [6,7]. Серед місцевих факторів визначали вид прикусу, наявність дефектів окремих зубів і зубних рядів, зубо-щелепні деформації, раціональність протезування [7]. У рамках оцінки місцевих патогенетичних чинників встановлено, що серед обстежених пацієнтів ортогнатичний прикус мали  $88,1 \pm 0,9\%$ , прямий -  $3,6 \pm 0,7\%$ , глибокий -  $3,5 \pm 0,3\%$ , глибоке різцеве перекриття -  $4,4 \pm 0,5\%$ , зворотній -  $0,4 \pm 0,2\%$ . За даними опитування  $15,7 \pm 1,2\%$  оглянутих користувалися чи користуються ортодонтичними апаратами. При аналізі анкетних даних виявлено, що

21±0,8% обстежених, як дівчат так і юнаків мають проблеми з захворюваністю на шлунково-кишкового тракту, що можна пояснити нерегулярним харчуванням і стресами, які виникають при навчанні. При цьому стертість зубів виявлена нами у 2% оглянутих студентів і в більшості випадків вона була пов'язана з патологією прикуса. Підвищена чутливість зубів виявлена нами у 11% оглянутих і в більшості випадків вона носила сезонний характер або була пов'язана (із слів оглянутих) з вживанням газованих напоїв.

При оцінці морфометричних показників у пацієнтів дослідних груп достовірних відмінностей не виявлено. У дівчат висота центральних і латеральних зубів на верхній щелепі складала 8,61±0,5мм та 7,51±0,4мм відповідно, ширина – 6,94±0,6 та 6,33±0,5мм. Ширина і висота перших молярів у дівчат дослідних груп складала відносно 9,21±0,5мм та 6,51±0,4мм. При дослідженні цих же ж показників у хлопців встановлено, що показники висоти центральних і латеральних зубів становили 10,1±0,3мм та 85,1±0,4мм. Ширина цих же ж зубів складала 99,2±0,5 та 73,3±0,4мм.

**Висновок.** Таким чином можемо припустити, що розміри зубів у оглянутих пацієнтів молодшої вікової групи носять відмінності залежно від статевих при знаків. Достовірного зменшення висоти коронкової частини за рахунок патологічної стертості не виявлено. Для більш точної варіфікації даних стосовно віку і статі необхідно додаткове обстеження пацієнтів більш старших вікових груп.