

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЕДНІМИ І ВЕЛИКИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

І.А. Дмитренко, З.Р. Ожоган

ДВНЗ «Івано-Франківський медичний університет»

Актуальність теми

Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є висока поширеність середніх і великих дефектів зубних рядів серед людей середнього і старшого віку та наявність відповідних змін у зубощелепній системі, зокрема оклюзійних порушень, вторинних зубощелепних деформацій та змін слизової оболонки альвеолярних відростків, захворювань скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів [1, 2, 3, 4].

Одним із тяжких ускладнень середніх і великих дефектів зубних рядів є різні форми вторинних зубощелепних деформацій, причому ступінь їх складності зростає зі збільшенням часу наявності дефекту зубного ряду [5, 6]. Найпоширенішими методами лікування хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів є застосування часткових знімних пластинкових і бюгельних протезів та їх комбінація з естетичними незнімними конструкціями [7, 8, 9, 10, 11]. Крім цього, запропоновано ряд конструкцій оклюзійних шин для лікування пацієнтів зі збереженими зубними рядами і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба, однак вони застосовуються рідко і вимагають тривалого періоду лікування [12, 13]. Тому нині актуальною проблемою ортопедичної стоматології є необхідність проведення сучасної комплексної діагностики пацієнтів із середніми та великими дефектами зубних рядів з урахуванням оклюзійних співвідношень та стану зубощелепної системи.

Мета роботи – вивчити особливості клініки і стану зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів.

Матеріали і методи обстеження

Ми вивчили особливості клініки в пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів, поєднаними з вторинними зубощелепними деформаціями і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба. В обстежених пацієнтів стан зубощелепної системи визначали, оцінюючи стан пародонта зубів, які обмежували дефект зубного ряду, вид прикусу, стан слизової оболонки беззубих ділянок альвеолярного відростка, а також стан скронево-нижньощелепного суглоба. Важливу роль на обстеженні відіграв характер скарг хворих, з якими вони звернулися в клініку ортопедичної стоматології. При цьому враховували скарги на порушення функції жування, естетики, вимови, наявність, тривалість, інтенсивність та характер болю в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба.

На об'єктивному обстеженні звертали увагу на зовнішній вигляд хворих, симетричність та пропорційність обличчя, характер і ступінь відкривання рота, проводили пальпацію скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів для виявлення функціональних розладів скронево-нижньощелепного суглоба. Під час дослідження й обстеження 152 хворих ми встановили, що 1 клас за Кеннеді виявлено в 45 хворих (29,6%), 2 клас за Кеннеді – в 65 (42,8%), а 3 – в 42 (27,6%) хворих.

Результати та обговорення

Необхідно зазначити певні типові скарги при різних видах дефектів зубних рядів за Кеннеді, які залежать від локалізації, стану зубів, що обмежують дефекти зубного ряду.

При 1 класі за Кеннеді переважали скарги пацієнтів на порушення функції жування – в 100,0%, порушення естетичного вигляду в 37 випадках (82,2%), вимови – у 27 (60,0%). Серед хворих із дефектами

зубних рядів 2 класу за Кеннеді переважали скарги на порушення функції жування в 47 пацієнтів (72,3%), порушення естетичного вигляду в 32 (49,2%), а на порушення вимови скаржилися 23 пацієнти (35,4%). Серед обстежених із дефектами зубних рядів 3 класу за Кеннеді скарги на порушення функції жування було виявлено в 32 хворих (76,2%), на порушення естетичного вигляду - в 35 (83,3%), а на порушення вимови - у 22 хворих (52,4%).

Пацієнти із середніми і великими дефектами зубних рядів 1 класу за Кеннеді скаржилися на рухомість збережених зубів у 32 випадках (71,1%), кровоточивість ясен у 39 (86,7%), наявність дефектів твердих тканин зубів у 43 (95,6%) і були наявні зубні відкладення в 33 обстежених (73,3%).

У пацієнтів із 2 класом дефектів зубних рядів за Кеннеді було виявлено скарги на рухомість зубів у 40 випадках (61,5%), кровоточивість ясен - у 45 (69,2%), наявність дефектів твердих тканин зубів - у 57 (87,7%) і зубні відкладення - в 41 хворого (63,1%). У хворих із 3 класом дефектів зубних рядів за Кеннеді було виявлено скарги на рухомість зубів у 28 випадках (66,7%), кровоточивість ясен - у 33 (78,6%), наявність дефектів твердих тканин зубів - у 38 (90,5%) і зубні відкладення - у 29 хворих (69,0%).

Нами встановлено, що однобічні та двобічні дистально необмежені дефекти зубних рядів було виявлено в 110 хворих. Розподіливши дефекти зубних рядів 1 і 2 класів за Кеннеді, ми встановили, що 1 клас на верхній щелепі було виявлено у 26 пацієнтів. При цьому медіально премолярами цей вид дефектів зубних рядів було обмежено в 15 хворих (8 – другим премоляром (17,8%) і 7 - першим премоляром (15,6%)); у 8 хворих (17,8%) двобічні дистально необмежені дефекти були обмежені медіально іклами і в 3 пацієнтів (6,7%) – різцями. У 19 хворих із середніми та великими двобічними дистально необмеженими дефектами на нижній щелепі ми теж виявили відповідну клінічну картину. Премолярами з медіального боку

були обмежені дефекти зубних рядів у 9 хворих (20,0%), іклами - в 6 хворих (13,3%) і різцями - в 4 хворих (8,8%) (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл зубів, які обмежують дефекти зубного ряду
при 1 класі за Кеннеді**

Зуби	1 клас за Кеннеді				Усього	
	в/щ		н/щ		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
5	8	17,8	4	8,9	12	26,7
4	7	15,6	5	11,1	12	26,7
3	8	17,8	6	13,3	14	31,1
Різці	3	6,7	4	8,8	7	15,5
Всього	26	57,8	19	42,2	45	100,0

Нами встановлено, що 2 клас за Кеннеді на верхній щелепі було виявлено в 31 хворого. Медіально другими премолярами ці дефекти зубних рядів було обмежено в 7 хворих (10,8%) і у 12 - першим премоляром (18,5%); у 8 хворих (12,3%) двобічні дистально необмежені дефекти були обмежені медіально іклами і в 4 пацієнтів (6,2%) – різцями. З 35 хворих із середніми та великими однобічними дистально необмеженими дефектами на нижній щелепі ми теж виявили відповідну клінічну картину. Премолярами з медіального боку були обмежені дефекти зубних рядів у 20 хворих (19,9%), іклами - в 11 хворих (13,3%) і різцями - в 3 хворих (8,9%) (табл. 2).

Таблиця 2

**Розподіл зубів, які обмежують дефекти зубного ряду
при 2 класі за Кеннеді**

2 клас за Кеннеді						
Зуби	в/щ		н/щ		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
5	7	10,7	5	7,7	12	18,5
4	12	18,5	15	23,1	27	41,6
3	8	12,3	11	16,9	19	29,2
Різці	4	6,2	3	4,6	7	10,8
Усього	31	47,7	34	52,3	65	100,0

Нами встановлено, що 3 клас за Кеннеді на верхній щелепі мали 25 пацієнтів. При цьому медіально другими премолярами ці дефекти зубних рядів було обмежено в 5 пацієнтів (11,9%) і в 6 - першим премоляром (14,3%); у 12 пацієнтів (28,6%) дистально обмежені дефекти були обмежені медіально іклами і у 2 пацієнтів (4,8%) – різцями. У цих хворих дистально обмежували дефекти треті моляри в 1 хворого (2,4%), найчастіше другі моляри - в 17 хворих (40,5%) і перші моляри - в 7 пацієнтів (16,7%) (табл. 3).

Таблиця 3

**Розподіл зубів, які обмежують дефекти зубного ряду
при 3 класі за Кеннеді**

Верхня щелепа					
медіально обмежують дефекти			дистально обмежують дефекти		
зуби	абс.	%	зуби	абс.	%
5	5	11,9	8	1	2,4
4	6	14,3	7	17	40,5
3	12	28,6	6	7	16,7

Різці	2	4,8			
Всього	25	59,6		25	59,6
Нижня щелепа					
медіально обмежують дефекти			дистально обмежують дефекти		
зуби	абс.	%	зуби	абс.	%
5	6	14,3	8	3	7,1
4	4	9,5	7	11	26,2
3	5	11,9	6	3	7,1
Різці	2	4,8			
Всього	17	40,4		17	40,4

У 17 пацієнтів із середніми та великими дистально обмеженими дефектами на нижній щелепі ми виявили відповідну клінічну картину. Другими премолярами з медіального боку були обмежені дефекти зубних рядів у 6 хворих (14,3%), першими премолярами - в 4 (9,5%), іклами - в 5 хворих (11,9%) і різцями - у 2 хворих (4,8%). У цих хворих дистально обмежували дефекти треті моляри у 3 хворих (7,1%), найчастіше - другі моляри в 11 хворих (26,2%) і перші моляри в 3 пацієнтів (7,1%).

Серед 45 пацієнтів із 1 класом за Кеннеді ми виявили 16 (35,6%) із нефіксованим прикусом. Серед 65 пацієнтів, у яких наявний 2 клас дефектів зубних рядів за Кеннеді, нефіксований прикус нами встановлено в 3 пацієнтів (4,6%). Також серед 42 хворих із 3 класом за Кеннеді нефіксований прикус нами було виявлено в 9 обстежених (21,4%).

Необхідно зазначити, що в ділянці опорних зубів наявна нерівномірна атрофія кісткової тканини, зокрема в ділянці медіальних опорних зубів, атрофія з дистальної поверхні, а в ділянці дистальних опорних зубів більшою мірою з медіальної поверхні та меншою мірою з дистальної поверхні. Так, при 1 класі за Кеннеді на верхній щелепі ми

спостерігали атрофію кісткової тканини й оголення шийки зуба на $\frac{1}{4}$ у ділянці 33,3% премолярів та іклів, а на $\frac{1}{3}$ довжини кореня - в 63,0%. При 1 класі за Кеннеді на нижній щелепі ми спостерігали атрофію кісткової тканини й оголення шийки зуба на $\frac{1}{4}$ у ділянці 23,3% премолярів та іклів, які обмежують кінцеві дефекти зубних рядів, на $\frac{1}{3}$ довжини кореня - в 56,7%, а на $\frac{1}{2}$ - 13,3%. За наявності 2 класу за Кеннеді на верхній щелепі атрофія кісткової тканини й оголення шийки зуба на $\frac{1}{4}$ довжини кореня в ділянці премолярів та іклів, які обмежували дефекти зубних рядів, спостерігалися в 33,3%, а на $\frac{1}{3}$ довжини кореня – в 55,6%. За наявності 2 класу за Кеннеді на нижній щелепі атрофія кісткової тканини й оголення шийки зуба на $\frac{1}{4}$ довжини кореня в ділянці премолярів та іклів були в 35,5%, на $\frac{1}{3}$ довжини кореня – в 45,2% і на $\frac{1}{2}$ - в 9,7% пацієнтів. При 3 класі за Кеннеді виявили оголення шийок медіальних і дистальних опорних зубів на верхній щелепі, зокрема на $\frac{1}{4}$ у ділянці дистальних опорних зубів із медіального боку у 28,0% випадків, на $\frac{1}{3}$ - в 64,0%. У медіальних опорних зубів, які обмежували дефекти зубного ряду, оголення шийок із дистальної поверхні спостерігалось на $\frac{1}{4}$ – в 36,0%, на $\frac{1}{3}$ - в 48,0%, а на $\frac{1}{2}$ – у 12,0%. При 3 класі за Кеннеді наявне оголення шийок медіальних і дистальних опорних зубів на нижній щелепі, зокрема на $\frac{1}{4}$ в ділянці дистальних опорних зубів із медіального боку у 23,5%, на $\frac{1}{3}$ - в 52,9%, а на $\frac{1}{2}$ – в 11,8%. У медіальних опорних зубів, які обмежували дефекти зубного ряду, оголення шийок із дистальної поверхні спостерігалось на $\frac{1}{4}$ в 35,3%, на $\frac{1}{3}$ - в 58,8%, а на $\frac{1}{2}$ – в 5,9% випадків.

На підставі оцінки скарг і об'єктивного обстеження пацієнтів ми проаналізували стан пародонта залежно від виду дефекту зубного ряду. Ураховуючи ступінь рухомості зубів, запалення ясен, ступінь оголення шийок зубів, наявність зубних відкладень, виявили, що при 1 класі за Кеннеді в 10 пацієнтів (22,2%) наявний початковий ступінь генералізованого пародонтиту, у 26 пацієнтів (57,8%) – 1 ступінь розвитку,

в 9 (20,0% – 1-2 ступінь. При 2 класі за Кеннеді нами виявлено в 7 пацієнтів початковий ступінь (10,8%), у 43 (66,2%) – 1 ступінь розвитку генералізованого пародонтиту і в 15 (23,0%) – 1-2 ступінь розвитку. Серед 42 хворих із бічними дистально обмеженими дефектами зубного ряду нами виявлено в 7 (16,7%) початковий ступінь генералізованого пародонтиту, у 18 (42,8%) – 1 ступінь і в 17 обстежених (40,5%) – 1-2 ступінь розвитку. Також необхідно зазначити, що початковий і 1 ступені розвитку генералізованого пародонтиту переважали на верхній щелепі, а 1 і 1-2 ступені розвитку - на нижній щелепі.

Ми вивчили стан слизової оболонки ротової порожнини в ділянці дефектів зубних рядів. При цьому встановлено, що в пацієнтів із дефектами зубних рядів 1 класу за Кеннеді на верхній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 12 хворих (46,2%). Атрофована слизова оболонка виявлена в 9 хворих (34,6%), екзостози було виявлено в 5 (19,2%), а тяжі в ділянці щік і перехідної складки - в 11 хворих (42,3%). У пацієнтів із дефектами зубних рядів 1 класу за Кеннеді на нижній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярних відростків добре піддатлива, блідо-рожевого кольору у 8 хворих (42,1%). Атрофована слизова оболонка виявлена в 10 пацієнтів (52,6%), екзостози було виявлено в 5 пацієнтів (26,3%), виражену внутрішню косу лінію нижньої щелепи - в 11 хворих (57,9%), а тяжі в ділянці щік і перехідної складки - в 7 (36,8%) хворих.

Серед пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів 2 класу за Кеннеді на верхній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 23 хворих (74,2%). Атрофована слизова оболонка виявлена в 5 пацієнтів (16,1%), екзостози було виявлено в 6 (19,4%), а тяжі в ділянці щік і перехідної складки - у 8 хворих (25,8%). У хворих із дефектами зубних

рядів 2 класу за Кеннеді на нижній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка добре піддатлива, блідо-рожевого кольору у 18 хворих із 34 (52,9%). Атрофована слизова оболонка була виявлена в 14 пацієнтів (41,2%), екзостози - в 3 пацієнтів (8,8%), а виражена внутрішня коса лінія була виявлена в 17 хворих (50,0%), тяжі в ділянці щік і перехідної складки - у 8 хворих (23,5%).

У хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів 3 класу за Кеннеді на верхній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 16 хворих (64,0%). Атрофована слизова оболонка виявлена в 9 хворих (36,0%), екзостози було виявлено у 8 (32,0%), а тяжі в ділянці щік і перехідної складки - в 3 хворих (12,0%). У хворих із дефектами зубних рядів 3 класу за Кеннеді на нижній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка була добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 9 хворих (52,9%). Атрофована слизова оболонка була виявлена у 8 пацієнтів (47,1%), екзостози - у 2 пацієнтів (11,8%), виражена внутрішня коса лінія - в 7 хворих (41,2%), а тяжі в ділянці щік і перехідної складки - в 6 хворих (35,3%).

Висновки

Ми встановили розподіл типових скарг пацієнтів при середніх і великих дефектах зубних рядів 1, 2, 3 класів за Кеннеді, зокрема таких як порушення функції жування, естетичного вигляду, вимови. Проведено аналіз, локалізацію і стан твердих тканин і пародонта опорних зубів верхньої і нижньої щелеп при різних класах за Кеннеді. Вивчено стан слизової оболонки ротової порожнини в ділянці дефектів зубних рядів і встановлено, що в пацієнтів із дефектами зубних рядів 1 класу за Кеннеді на верхній щелепі слизова оболонка беззубих ділянок альвеолярного відростка добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 46,2% випадків, а атрофована в 34,6%. На нижній щелепі при 1 класі за Кеннеді слизова

оболонка беззубих ділянок добре піддатлива, блідо-рожевого кольору в 42,1%, а атрофована - в 52,6%.

Отже, ми детально проаналізували стан зубощелепної системи в пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів при різних типах дефектів за Кеннеді.

Література

1. Біда В.І. Принципи ортопедичного лікування патології зубощелепної системи при зниженні висоти прикусу, його прогнозування та профілактика: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: спец. 14.01.22 “Стоматологія”/ В.І.Біда. – К., 2003. – 31с.
2. Неспрядько В. П. Усунення оклюзійних порушень у пацієнтів з втратою перших постійних молярів як етап підготовки до ортопедичного лікування / В. П. Неспрядько, Г. Є. Захарова, П. Ю. Прокоп'єва // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2009. - № 2 - 3. - С. 124 - 128.
3. Рожко М. М. Ортопедична стоматологія: підручник / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. — 552 с.
4. Вдовенко Л. П. Стан скронево-нижньощелепного суглоба при протезуванні хворих із малими дефектами зубних рядів / Л.П. Вдовенко, З.Р. Ожоган // Вісник стоматології. – 2008. - №3. – С. 55 - 58.
5. Король М.Д. Вторинні деформації зубних рядів / М.Д. Король. – Полтава, 2003. – 104 с.
6. Копейкин В. Н. Руководство по ортопедической стоматологии / В.Н. Копейкин. - М.: Медицина, 1993. – 485 с.
7. Лабунець В. А. Про необхідність індивідуального розрахунку умовних одиниць трудомісткості на знімні зубні протези залежно від їх кількості / В. А. Лабунець, Т. В. Дієва // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 6 (92). – С. 93 – 94.

8. Жулев Е.И. Частичные съемные протезы / Е.И. Жулев. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – 428 с.
9. Макгивни Г.П. Частичные съемные протезы / Г. П. Макгивни, А.Б. Карр.- Львов: ГалДент, 2006. - 532 с.
10. Хоманн А. Конструкции частичного зубного протеза / А. Хоманн, В. Хильшер .- Львов: Галдент, 2002. – 192 с.
11. Taylor T.D. Evidence-based considerations for removable prosthodontic and dental implant occlusion: a literature review / T.D. Taylor, J. Wiens, A. Carr // J. Prosthet. Dent. – 2005. – Vol. 94. – P. 555 - 560.
12. Forssell H. Application of principles of evidence-based medicine to occlusal treatment for temporomandibular disorders: are there lessons to be learned? / H. Forssell, E. Kallo // J. Orofac. Pain. – 2004. – Vol. 18. – P. 9 - 22.
13. Applied Occlusion/ R. Wassel [et al.]. - Quintessence Publishing Co.Ltd., 2008. – 168 p.

Стаття надійшла
28.08.2014 р.

Резюме

Значна поширеність середніх і великих дефектів зубних рядів - актуальна проблема ортопедичної стоматології. Ці дефекти супроводжуються розвитком оклюзійних порушень, вторинних зубощелепних деформацій та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів. Найпоширенішими методами лікування хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів є застосування часткових знімних пластинкових і бюгельних протезів та їх комбінація з сучасними естетичними незнімними конструкціями. Однак достатньо часто виникають клінічні ситуації необхідності застосування оклюзійних шин за наявності функціональних розладів скронево-нижньощелепного суглоба. Вивчені особливості клініки в 152 пацієнтів із середніми і

великими дефектами зубних рядів, поєднаними з вторинними зубощелепними деформаціями і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба. Установлено типові скарги пацієнтів при різних видах дефектів зубних рядів за Кеннеді, вивчено стан і локалізацію зубів, які обмежують дефекти зубних рядів, стан слизової оболонки і ступінь атрофії кісткової тканини альвеолярних відростків, ступінь розвитку генералізованого пародонтиту.

Ключові слова: дефекти зубних рядів, опорні зуби, зубощелепні деформації, особливості клініки.

Резюме

Значительная распространенность средних и больших дефектов зубных рядов является актуальной проблемой ортопедической стоматологии. Эти дефекты сопровождаются развитием окклюзионных нарушений, вторичных зубочелюстных деформаций и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц. Наиболее распространенными методами лечения больных со средними и большими дефектами зубных рядов является применение частичных съемных пластиночных и бюгельных протезов, их сочетание с современными эстетическими несъемными конструкциями. Достаточно часто возникают клинические ситуации, при которых необходимо использовать окклюзионные шины, особенно при функциональных расстройствах височно-нижнечелюстного сустава. Изучены особенности клиники у 152 пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов, сочетанными с вторичными зубочелюстными деформациями и функциональными расстройствами височно-нижнечелюстного сустава. Установлено характерные жалобы пациентов при разных видах дефектов зубных рядов по Кеннеди, изучены состояние и локализация зубов, которые ограничивают дефекты зубных рядов, состояние слизистой оболочки и степень атрофии костной ткани альвеолярных отростков.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, опорные зубы, зубочелюстные деформации, особенности клиники.

UDC 616.31-07+616.314-77

CHARACTERISTICS OF DENTOFACIAL SYSTEM IN PATIENTS WITH MODERATE AND SEVERE DENTITION DEFECTS.

I.A. Dmytrenko, Z.R. Ozhogan

State Higher Educational Establishment « Ivano-Frankivsk National
Medical University»

Summary

A great abundance of medium and large defects of dentition is an actual problem of orthopedic dentistry. These defects accompanied with development of occlusive dysfunctions, secondary dentofacial deformations and diseases of temporomandibular joint and chewing muscles. The most common methods of treating patients with medium and large defects of dentition are using partial removable, clasp prostheses and their combination with modern aesthetic removable structures. However, there are clinical situations requiring urgent necessity for using occlusive splints, for instance, functional disorders of temporomandibular joint. We studied the clinical features in 152 patients with medium and large dentition defects composed with secondary tooth-jaw deformations and functional disorders of temporomandibular joint. We established common complaints with various defects of dentition according to the classification by Kennedy. We studied the condition and localization of teeth that limited defects of dentition, the condition of the mucous membrane, the degree of wasting alveolar processes and the degree of generalized periodontitis.

Key words: defects of dentition, abutment teeth, deformations, clinical features.