

*Даминов Ш.Б., Абдукадыров А. А., Кубаев А.С., Кандимов У.М.*

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ НЕСИММЕТРИЧНОЙ МАКРОГНАТИИ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ СУСТАВНОГО ОТРОСТКА**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

### **Актуальность проблемы**

Несимметричная деформация нижней челюсти с гиперплазией суставной головки имеет отличительные морфофункциональные изменения, требующие особого подхода при комплексной реабилитации.

Однако предложенные методы диагностики не позволяют точно определить имеющиеся морфофункциональные изменения челюстно-лицевого комплекса и височно-нижнечелюстного сустава, что может отрицательно повлиять на результаты комплексного лечения.

**Цель исследования.** Повысить эффективность комплексной диагностики больных с несимметричной нижней макрогнатией с гиперплазией суставной головки.

### **Материал и методы исследования**

В клинике челюстно-лицевой хирургии ТашИУВ КБ № 7 г. Ташкента нами проведено клиническое обследование 37 больных с нижней несимметричной макрогнатией с гиперплазией суставной головки в возрасте от 18 до 45 лет. Из них 23 – женщины, 14 – мужчины.

Комплексное обследование, кроме общеклинических методов, включало в себя эстетическую оценку лица с антропометрическими измерениями, исследования цифровых фотографий и видеосъемок с компьютерным моделированием оптимального баланса лица и прикуса, МСКТ и телерентгенологическое обследование по разработанной программе и другие дополнительные методы исследований и консультации.

### **Результаты исследований**

В зависимости от морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава и всего челюстно-лицевого комплекса больные разделены на три группы.

Первую группу составили 11 больных с нижней несимметричной макрогнатией. Основные мор-

фологические и функциональные изменения вызваны односторонним увеличением верхней и нижней челюстей по вертикали; разница Scl-scl-ocr - 8-18 мм, Ocr-go-go-14-32 go-co -16-28 мм, размеры суставной головки поперечные от 20 до 26 мм и высота 18- 24 мм. У всех больных суставная щель резко сужена, отмечаются неровности головки и неконгруэнтность с суставной ямкой. Движения головки резко ограничены, что привело к ограничению открывания рта. Прикус адаптированный косо.

Вторая группа (5-больных) с нижней несимметричной макрогнатией с гиперплазией суставного отростка в сочетании с верхней макрогнатией. Основные морфологические и функциональные изменения вызваны увеличением верхней челюсти преимущественно по сагиттали и гиперплазией суставной головки, увеличением ветви и тела нижней челюстей по вертикали. Разница Scl-scl-ocr - 2-4 мм, Ocr-go-go - 14-20 мм, go-co - 12-18 мм; размеры гиперплазированной суставной головки: поперечный - от 14 до 18 мм, вертикальный - 18- 20 мм; длина суставного отростка - 25-29 мм. Отмечается сужение венечномышечкового расстояния до 18 мм у одного больного. Высота увеличенной суставной шейки равнялась размеру щели в боковом отделе зубных дуг челюстей. Суставная щель равномерная, движения головки без ограничений и открывание рта в полном объеме. Прикус прогнатический глубокий во фронтальном отделе и открытый на стороне поражения.

Третья группа (21 больной) с нижней несимметричной макрогнатией, обусловленной гиперплазией суставной головки и части ветви нижней челюсти с перекрестным прикусом. Основные морфологические и функциональные изменения вызваны увеличением суставной головки и части ветви нижней челюстей по вертикали и трансверзали; разница Scl-scl-ocr - 2- 3 мм, Ocr-go-go - 14-16 мм, go-co - 10-17 мм; размеры гиперплазиро-

ванной суставной головки: поперечный от 18 до 22 мм, вертикальный - 20- 24 мм; высота суставного отростка - 25-26 мм. У 12 больных суставная щель равномерная, движения суставной головки неограниченны и открывание рта в полном объеме. У двух больных отмечали гипертрофию жевательной мышцы на стороне поражения. У остальных 9 больных поверхности головок шероховатые, суставная щель резко сужена и конгруэнтность с ямкой резко нарушена. Прикус перекрестный с сагиттальным и трансверзальным несоответствием зубных дуг 3-6 и 3-5 мм соответственно.

#### **Заключение**

Результаты обследования 37 больных по предложенной комплексной схеме показали, что несмотря на схожие внешние проявления нижняя

несимметричная макрогнатия с гиперплазией суставной головки может быть изолированной или сопровождаться гипертрофией мягких тканей на стороне поражения, а также деформацией костей средней зоны лица.

Во всех формах данной дисгармонии нарушение происходит во всех плоскостях с преобладанием её в вертикальном направлении. При этом гиперплазированная суставная головка наиболее часто обуславливает вертикальный избыток и у части больных может сохранять функциональную ценность.

Планировать комплексное лечение надо с учетом морфофункциональных изменений височно-нижнечелюстного сустава, мягких тканей и выраженности деформаций костного остова челюстно-лицевой области.

*Данилова Д.В., Ковецкая Е.Е., Кравчук И.В.*

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

БелМАПО, г.Минск, Беларусь

Повышение эффективности лечения зубов у больных с сопутствующей соматической патологией до сих пор остается актуальной проблемой современной стоматологии. Успех реставрации кариозных полостей чаще всего зависит от адекватности метода замещения дефекта твердых тканей, выбора пломбировочных материалов. На тактику восстановления зубов с использованием пломбировочных материалов оказывает влияние тяжесть общего заболевания пациента, а также состояние твердых тканей и маргинального периодонта.

Современные методы лечения зубов могут длиться от 40 минут до нескольких часов. Однако большинство пациентов из-за тяжести соматической патологии не могут длительное время находиться в стоматологическом кресле. В связи с этим расширяются показания к изготовлению виниров и искусственных коронок лабораторным способом, а также технике отсроченного пломбирования. Это позволит значительно сократить период пребывания пациентов на приеме у стоматолога.

При повышенном размягчении твердых тканей вследствие кариозного процесса и гипоминерализации зубов также рекомендуются для широкого использования стеклоиономерные цементы в качестве изолирующих прокладок и постоянного пломбировочного материала, поскольку способны выделять ионы фтора.

Изменение плотности твердых тканей влияет на силу сцепления с адгезивными системами. В связи с этим, материалом выбора в качестве изолирующей прокладки являются стеклоиономер-

ные цементы, поскольку СИЦ образуют химическую связь со всеми тканями зуба, а также двойные водородные связи с композиционными материалами.

Снижение уровня минерализации зубов и связанное с ним нарушение адгезии пломбировочных материалов являются причиной сколов твердых тканей и пломб, особенно при повышенной функциональной нагрузке, травматическом прикусе. В таких случаях рекомендуется проведение местной реминерализующей терапии (фторсодержащие гели, лаки) в сочетании с ортопедическими методами лечения.

Общим показанием к эстетическому восстановлению зубов у пациентов с сопутствующей патологией является компенсированная форма хронических заболеваний, при которой они могут пребывать на приеме у стоматолога более длительное время. Местным показанием является нормальный уровень минерализации твердых тканей, когда стенки отпрепарированной полости способны выдержать жевательное давление, передающееся посредством пломбировочного материала.

Профессиональная гигиена, подбор оттенков пломбировочного материала зубов у пациентов с сопутствующей патологией проводятся в соответствии с современными принципами реставрационной стоматологии.

Выбор постоянных пломбировочных материалов необходимо осуществлять с учетом локализации дефекта твердых тканей зуба, а также жевательной (функциональной) нагрузки на пора-