

УДК: 616.314-07+616.316.085+616.314-007

І. А. Дмитренко, З. Р. Ожоган

СТАН ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ ІЗ СЕРЕДНІМИ І ВЕЛИКИМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ

Івано-Франківський національний медичний університет

Відомо, що поширеність дефектів зубних рядів, особливо серед населення України, досягає значних показників. Особливо актуальною є проблема наявності середніх і великих дефектів зубних рядів серед людей середнього і старшого віку [1,2,3].

Слід зауважити, що у 80% пацієнтів після 40-50 років наявні дефекти зубних рядів, а їх причинами найчастіше є каріозний процес і його ускладнення, некаріозні ураження твердих тканин зубів, захворювання пародонта, аномалії прикусу та травми [4,5].

Деформації оклюзійних поверхонь зубних рядів є одним із ускладнень, яке найчастіше зустрічається при порушенні цілості зубних рядів. Частота розвитку деформацій зростає зі збільшенням часу існування дефекту зубного ряду. Ці порушення створюють вимушене положення для елементів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) і змінюють тонус жувальних м'язів, що призводить до стоматоневрологічних симптомів і синдромів. Зважаючи на те, що оклюзійні порушення можна розглядати як зміну функціональної взаємодії і адаптації не тільки зубних рядів, а і всіх компонентів жувальної системи, діагностика ранніх оклюзійних порушень є актуальною проблемою ортопедичної стоматології [6,7].

Проблемі морфологічних досліджень навколозубних тканин при зубощелепних деформаціях присвячено низку ґрунтовних досліджень, однак натепер це питання залишається не до кінця вивченим [8,9].

Нині для заміщення середніх і великих дефектів зубних рядів більшості хворих зазвичай пропонуються бюгельні або часткові знімні пластинкові конструкції зубних протезів. Відсоток ускладнень при ортопедичному лікуванні залишається достатньо високим, що вимагає вдосконалення конструкцій незнімних і знімних протезів та профілактики порушень із боку СНЩС і жувальних м'язів [10,11].

Мета: вивчити і проаналізувати стан зубощелепної системи і скронево-нижньощелепного суглоба у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів.

Матеріали та методи дослідження

Для проведення дослідження було відібрано 150 пацієнтів, які звернулися в клініку ортопедичної стоматології ІФНМУ з різними дефектами зубних рядів. Усім хворим проводили комплекс основних та додаткових клінічних методів дослідження, який охоплював суб'єктивні та об'єктивні методи дослідження, зокрема: зовнішній огляд щелепно-лицевої ділянки, наявність асиметрії, пропорційність обличчя. Проводили обстеження ротової порожнини – огляд присінка ротової порожнини, слизової оболонки, визначення прикусу, наявність дефектів зубного ряду, стан твердих тканин і пародонта опорних зубів, наявність вторинних деформацій зубних рядів.

Також ми проводили діагностику стану скронево-нижньощелепного суглоба за допомогою артикуляційного комплексу “Cadiax” (Amann-Girrbach) (рис.1). Цей комплекс має у своєму складі електронний апарат для реєстрації рухів суглобових голівок нижньої щелепи “Cadiax Compact”, лицеву дугу для верхньої щелепи, реєстраційну лицеvu дугу для нижньої щелепи, спеціальну відбиткову ложку або параоклюзійні ложки, датчики для зчитування рухів суглобових голівок і принтер для друку конділограм. Окрім цього, у цей комплекс входять індивідуальний і середньоанатомічний артикулятори. Ця система використовується як для

діагностики, так і для реєстрації функціональних параметрів, необхідних для індивідуального налаштування артикуляторів.



Рис. 1. Артикуляційний комплекс “Cadiax” (Amann-Girrbach)

Результати обстеження заносили в спеціально розроблені індивідуальні карти огляду пацієнтів, які містили таку інформацію: паспортні дані, професію, причини звертання, наявність дефекту зубного ряду, запис рухів СНЩС.

Наявні зміни зубного ряду встановлювали на основі суб’єктивних відчуттів та характерної клінічної картини, виявленої на огляді пацієнта із застосуванням додаткових методів обстеження.

Результати досліджень та їх обговорення

При проведенні дослідження й обстеженні 150 хворих ми встановили, що I клас за Кенеді виявлено у 44 хворих (29,3%), II клас за Кенеді – в 65 (43,3%), а III – у 41 (27,4%) хворого.

Серед 44 хворих із дефектами зубного ряду I клас за класифікацією Кенеді на верхній щелепі виявлено у 25 і на нижній щелепі - у 19 хворих (табл. 1). Серед обстежених вертикальну форму вторинних деформацій встановлено в 10 хворих і комбіновану форму - у 8 хворих. При оцінці

стану пародонта збережених зубів встановлено, що у 21 пацієнта наявний I ступінь, а у 9 пацієнтів - II ступінь патологічної рухомості збережених зубів. У 33 хворих із дефектом зубного ряду 1 класу за Кенеді виявлено значний ступінь атрофії беззубих ділянок альвеолярного відростка, особливо в тих хворих, які не протезувалися тривалий час.

Однобічні дистально необмежені дефекти зубних рядів виявлено в 34 пацієнтів на нижній щелепі, і в 31 – на верхній щелепі. Серед них вертикальну форму вторинних зубоальвеолярних деформацій виявлено у 21 хворого і комбіновану – у 29 хворих. При оцінці стану пародонта збережених зубів у 43 хворих виявлено I ступінь патологічної рухомості зубів, а у 19 хворих - II ступінь.

Серед 41 хворого із включеними (дистально обмеженими) дефектами зубних рядів у 25 виявлено на нижній щелепі і в 16 - на верхній щелепі. Однобічні включені дефекти бічної ділянки спостерігались у 28 хворих і двобічні дистально обмежені дефекти - у 13 хворих. Вертикальна форма вторинних деформацій виявлена в 19 хворих, комбінована – у 12 хворих. Тяжкість проявів зубощелепних деформацій залежить від терміну втрати зубів та вчасно проведеного ортопедичного лікування. При оцінці пародонта виявлено, що у 24 хворих наявний I ступінь патологічної рухомості, а у 17 хворих - II ступінь.

Таблиця 1

Характеристика стану зубощелепної системи хворих при різних дефектах зубних рядів

| | В\щ | | Н\щ | | Вертикальні деформації | | Комбіновані деформації | | 1 ст. патол. рухомості | | 2 ст. патол. рухомості | |
|--------------|------|------|------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| I за Кенеді | 25 | 56,8 | 19 | 43,1 | 10 | 22,7 | 8 | 18,1 | 21 | 47,7 | 9 | 20,4 |
| II за Кенеді | 34 | 52,3 | 31 | 47,6 | 21 | 32,3 | 29 | 44,6 | 43 | 66,1 | 19 | 29,2 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|
| Ш за Кенеді | 25 | 60,9 | 16 | 39,1 | 19 | 46,3 | 12 | 29,2 | 24 | 58,5 | 17 | 41,5 |
|-------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|

Необхідно зазначити, що у хворих із дистально обмеженими дефектами характерним є зміщення або нахил молярів у медіальний бік, висування зубів-антагоністів у вертикальній площині та нахил зубів, які обмежують дефект зубного ряду з медіального боку в горизонтальній площині. Тому при аналізі рухів нижньої щелепи встановлено, що у всіх хворих спостерігається блокування і порушення рухів нижньої щелепи при сагітальних і трансверзальних зміщеннях.

У всіх хворих проводили обстеження стану скронево-нижньощелепного суглоба за допомогою ортопантомографії та запис рухів суглобових голівок (визначення траєкторії руху і біомеханічних параметрів) за допомогою артикуляційної системи “Cadiax” (Amann-Girrbach).

Висновки

1. У хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів із I, II і III класами за Кенеді спостерігається поєднання вторинних деформацій зубних рядів, захворювань пародонта і порушення стану скронево-нижньощелепного суглоба.
2. При обстеженні та лікуванні хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів, ускладненими вторинними деформаціями, захворюваннями пародонта і суглобовими порушеннями необхідно проводити комплексну оцінку стану щелепно-лицевої системи та індивідуально складати план комплексного ортопедичного лікування.

Перспективи подальших досліджень

Проведене дослідження дозволяє дійти висновку про те, що стан тканин пародонта збережених зубів, наявність вторинних деформацій і стан скронево-нижньощелепного суглоба у хворих із середніми і великими

дефектами зубних рядів є найбільш частим комплексом порушень, які вимагають проведення сучасних методів діагностики з метою раціонального комплексного лікування. Тому в наступних дослідженнях планується детально вивчити зміни біомеханіки скронево-нижньощелепного суглоба у таких хворих та розробити комплекс лікувальних заходів, які б дозволили провести ефективне ортопедичне лікування за допомогою сучасних конструкцій зубних протезів.

Література

1. Жулев Е.Н. Частичные съёмные протезы / Е.Н. Жулев . - Н.Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2000.- С.3-5.
2. Неспрядько В.П. Способи покращення фіксації та адаптації до знімних протезів / В.П.Неспрядько, О.В. Барановський // Новини стоматології. - 2006. - №4. – С.50-53.
3. Лабунец В.А. Потребность, обеспеченность и нуждаемость взрослого городского населения Украины в стоматологической ортопедической помощи / В. А. Лабунец // Вісник стоматології. - 2000. - № 1. - С. 48-49.
4. Аболмасов Н.Г. Ортопедическая стоматология / Н.Г.Аболмасов, Н.Н.Аболмасов, В.А. Бычков, А. Аль-Хаким Р. - М., 2005. - С.118-127.
5. Ступницький Р.М. Вибір тактики лікування дефектів зубних рядів з різним станом кісткової тканини альвеолярних відростків / Р.М. Ступницький // Современная стоматология. – 2008. - №2. - С.166-169.
6. Голик В.П. Нормализация артикуляции при деформациях зубных рядов со снижением высоты прикуса / В.П.Голик, Л.Я.Черный // Вісник стоматології. – 1997. - №3. - С.404-405.
7. Мирза А.И. Необходимость построения и принцип эксплуатации экспертной системы ВНЧС / А.И.Мирза, В.П.Самарай, Н.А. Довбыш // Современная стоматология.- 2001.- №3.- С.75-77.

8. Король М.Д. Морфологічні зміни навколозубних тканин при дентоальвеолярній формі деформації зубних рядів / М.Д. Король // Вісник стоматології. - 1999. - № 1. - С.4-6.
9. Ступницький Р.М. Метод вимірювання товщини слизової оболонки альвеолярного відростка при частковій і повній відсутності зубів Р.М.Ступницький, О.Я.Стиранівська // Современная стоматология. – 2006. - №3. - С.133-135.
10. Макеєв В.Ф. Порівняльна оцінка адгезивних властивостей засобів (гелів), що застосовуються для покращення фіксації повних знімних пластинкових протезів / В.Ф.Макеєв, П.В.Щерба, О.Я. Судова // Новини стоматології. – 2007. - №4. – С.81-83.
11. Мирза А.И. Анализ обследования пациента с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – этап построения экспертной системы ВНЧС / А.И.Мирза, В.П.Самарай // Современная стоматология. - 2001. - №2. - С.76-83.

Стаття надійшла
10.06.2009 р.

Резюме

Результаты проведенного исследования указывают, что у больных со средними и большими дефектами зубных рядов наблюдается сочетание таких клинических проявлений как заболевания пародонта, развитие вторичных деформаций и нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава. Установлено, что у больных наиболее часто встречаются вторичные вертикальные или комбинированные деформации и 1 степень патологической подвижности сохранных зубов. Артикуляционная система “Cadiax” (Amann-Girrbach) разрешает проводить диагностику биомеханики суставных головок, индивидуально определять сагиттальный и трансверзальный суставные углы и проводить комплексное ортопедическое лечение согласно современных стандартов.

Ключевые слова: дефекты зубных рядов, зубочелюстные деформации, патологическая подвижность зубов, височно-нижнечелюстной сустав.

Summary

The results of the conducted research have shown that the middle and big denture defects are typically accompanied with such clinical presentations as parodontium tissue lesions, secondary deformations and disorders of temporomandibular joint. It is discovered that secondary vertical or combined deformations and the pathological teeth mobility of the 1st stage are the most widely spread at these patients. The articulation system “Cadiax” (Amann-Girrbach) allows diagnosing articular head biomechanics, likewise determining individually sagittal and transversal joint angles and providing complex orthopaedic treatment in accordance with modern standards.

Key words: denture defects, dento-maxillar deformations, pathological teeth mobility, temporomandibular joint.