УДК 616.314.17-008.1-07

Роль функциональных методов исследования в комплексной диагностике заболеваний пародонта

Р.Ф. МУСТАКИМОВА, Г.Т. САЛЕЕВА

Казанский государственный медицинский университет

Мустакимова Резеда Фаритовна
ассистент кафедры ортопедической стоматологии
420044, г. Казань, ул. Коллективная, д. 33, кв. 51
тел. 8–917–393–49–85, e–mail: rezda@list.ru

В статье рассматривается комплекс диагностических мероприятий, необходимых для составления плана лечения пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом. На примере клинического случая проведен анализ комплексного функционального обследования пациента с заболеванием пародонта, важность данного подхода для достижения длительной ремиссии.

Ключевые слова: *заболевания пародонта, диагностика, функциональный анализ.*

The role of functional analysis methods for complex diagnosis of parodontal deseases

R.F. MUSTAKIMOVA, G.T. SALEEVA

Kazan State Medical University

The article presents a complex of diagnostic measures necessary for planning patients' treatment with chronic generalized parodontitis. By the example of a medical case was analyzed complex functional examination of patient with parodontics, the importance of this approach for long-lasting remission.

Key words: *parodontology, diagnosis, functional analysis.*

Заболевания пародонта затрагивают все области стоматологии, требуя комплексного подхода к решению проблемы. Чаще всего пациенты обращаются к врачу-пародонтологу в момент значительного обострения пародонтита. Как результат, после снятия воспаления и снижения болевой симптоматики пациенты не настроены на продолжение лечения, что приводит к незавершенности диагностического процесса по выявлению этиологических факторов и частым обострениям заболевания. Подход к диагностике и лечению пациентов, безусловно, должен быть комплексным, включая в себя оценку не только степени воспаления, но и функциональное состояние зубочелюстного аппарата. В настоящее время наиболее распространенными методиками оценки окклюзии на приеме врача-пародонтолога являются снятие окклюдограммы с применением восковых пластинок и оценка супраконтактов с применением окклюзионной бумаги. Однако, на наш взгляд, указанные методики не могут в полной мере продемонстрировать состояние окклюзии, так как не демонстрируют очередности контактирования антагонистов, не учитывают взаимовлияния мышц и окклюзии, а также дают значительную погрешность. Одним из современных методов исследования является оценка окклюзии с применением цифровых технологий. Одним из таких аппаратов является T-scan, состоящий из электронного датчика, определяющего давление в каждой точке, с учетом времени смыкания, и электронной программы, выстраивающей графически силу давления по зубным рядам. Программа позволяет задать диаметр каждого зуба для более точного определения расположения супраконтактов.

На наш взгляд, наиболее точную оценку позволяет получить анализ окклюзии в сочетании с электромиографией, что продемонстрировано на следующем клиническом примере.

Пациент Н., 52 года, впервые обратился в клинику с жалобами на боль от холодного, резкую боль от горячего в области моляров верхней челюсти слева. При первичном обследовании определили интактность зубов, результаты электроодонтодиагностики не выявляли отклонений от физиологической нормы. Учитывая наличие множественных абфракционных дефектов, а также оголение шеек зубов, терапевт предположил гиперестезию и была проведена обработка десенсетайзером. Несмотря на проведенную терапию, улучшения не наступало, более того, к указанным симптомам присоединились ночные ноющие боли в области зуба 2.6 и смещение показателей электроодонтодиагностики в сторону пульпита.

На прицельной рентгенографии зуба 2.6 не было обнаружено дефектов твердых тканей зуба, однако определялась деструкция костной ткани в области 2.6 на 2/3 длины корня. Пациенту поставлен диагноз: ретроградный пульпит 2.6, с последующим направлением к терапевту для эндодонтического лечения указанного зуба и консультацию пародонтолога.

Анамнез заболевания: впервые заболевание обнаружено около 10 лет назад, пациенту неоднократно рекомендовалось обратиться к пародонтологу, однако из-за невыраженной болевой симптоматики данная рекомендация игнорировалась.

При осмотре полости рта определялось (рис. 1) — слизистая преддверия и полости рта бледно-розового цвета, влажная, блестящая, при пальпации безболезненная, подвижность соответствовала топографическим зонам. Глубина преддверия нижней челюсти 3 мм за счет деструкции альвеолярного отростка. Подвижность

Рисунок 1.
Пациент Н., 52 года. Генерализованный пародонтит тяжелой степени на стадии обострения

Рисунок 2.
Срез компьютерной томографии пациента Н.

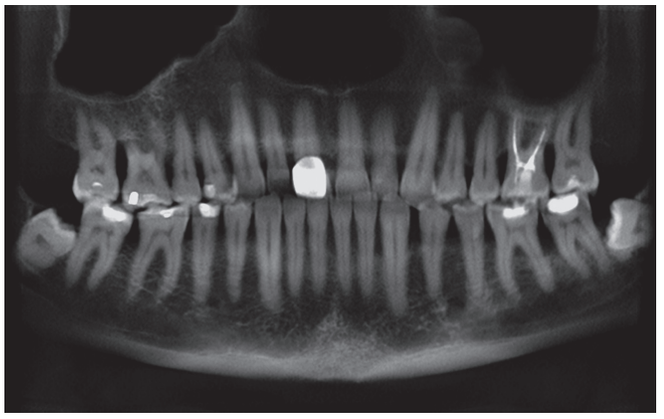
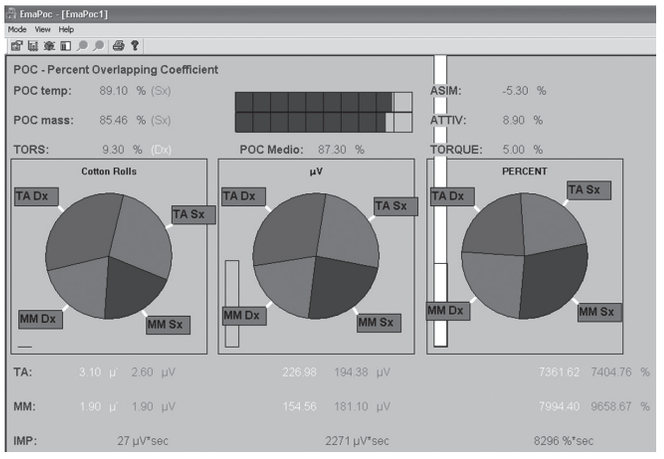


Рисунок 3.
Электромиография пациента в состоянии покоя



зубов физиологическая. Десневой край гиперемирован, отечен, определялись пародонтальные карманы, выполненные грануляционной тканью с обильным гнойным отделяемым. Индекс гигиены Грин-Вермильона = 3; индекс Рамфьорда = 5,1; индекс кровоточивости = 3.

На компьютерной томографии (рис. 2) определялась неравномерная деструкция костной ткани альвеолярных отростков верхней и нижней челюстей по смешанному типу, с преобладанием вертикального типа деструкции. Разрушение кости сопровождалась уменьшением высоты межальвеолярных перегородок на 1/2, 2/3 длины корня; выявлялось наличие костных карманов. Внимание привлекла повышенная убыль костной ткани в области моляров и зуба 2.1.

При электромиографическом исследовании в состоянии покоя (рис. 3) определялся гипертонус в области височных мышц, равный 3,1 μV в области правой и 2,6 μV в области левой височной мышцы. Показатели для жевательных мышц не превышали показателей нормы — 1,9 μV для обеих сторон. Было исследовано влияние окклюзионных контактов на состояние мышц, где в качестве референтного исследования анализировали сигнал, полученный при накусывании пациентом ватных валиков, прокладываемых вдоль зубных рядов, а в качестве основного — смыкание зубов в привычной окклюзии. Были получены следующие результаты (рис. 4): симметричность работы височных мышц составляла 88,87%, что соответствовало показателям нормы с небольшим преобладанием тонуса левой височной мышцы; симметричность работы жевательных мышц была равной 83,13%, что также укладывалось в показатели нормы. При максимальном сжатии зубов гипертонус мышц не определялся, значения электромиографии составили: правая височная мышца — 226,98 μV, левая височная мышца — 194,38 μV, правая жевательная мышца — 154,56 μV, левая жевательная мышца — 181,1 μV.

Рисунок 4.
Результаты сравнительной электромиографии в состоянии максимального сжатия на валиках и на зубах

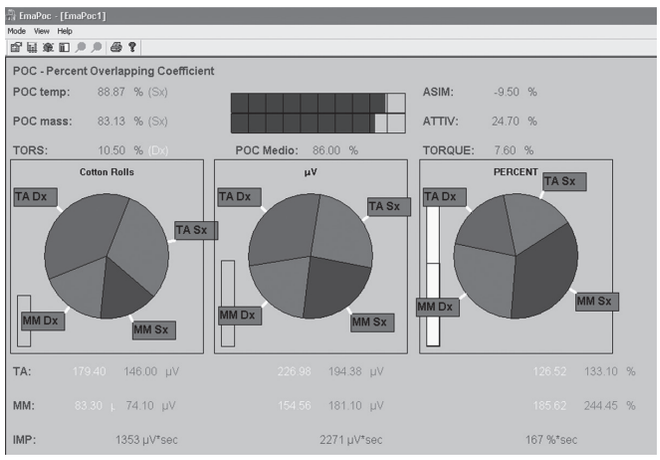
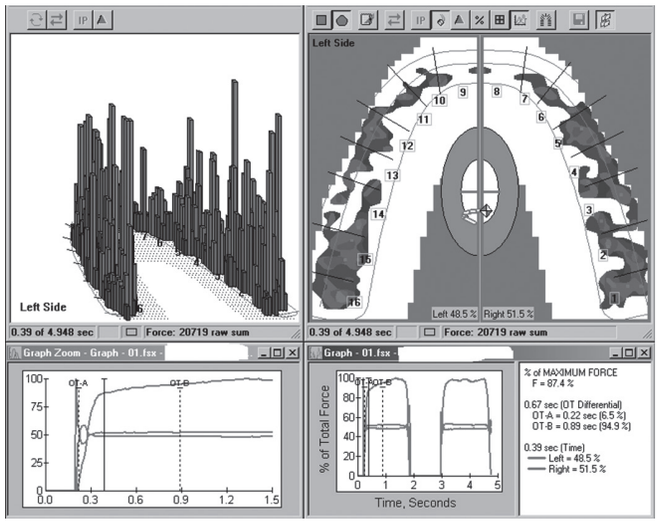
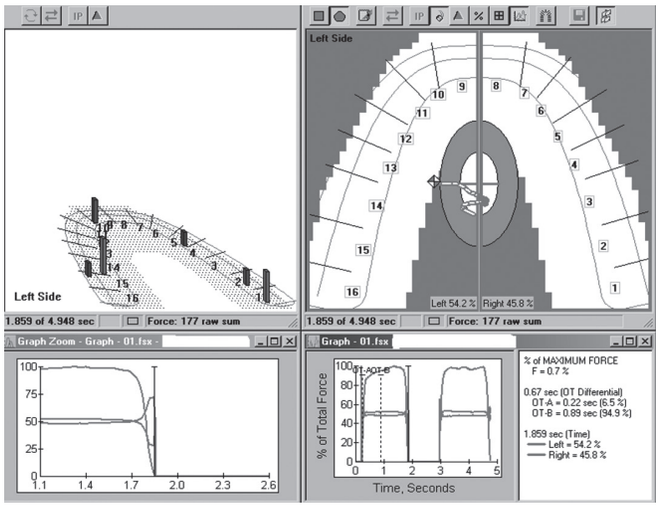


Рисунок 5.
Распределение силы давления зубов по результатам Т-скан



По результатам вибрографии височно-нижнечелюстных суставов с применением аппарата JVA фирмы BioResearch определялись незначительные вибрации, соответствующие перерастяжению суставной капсулы,

Рисунок 6.
Контакты, регистрируемые по Т-скан первыми



регистрируемые шумы были симметричными для обоих суставов.

Анализ центральной окклюзии с применением артикуляционной бумаги не определял супраконтактов, смыкание зубов было равномерным, с регистрацией контактов на всех группах зубов. В протрузионном и латеротрузионных соотношениях супраконтакты также не выявлены. Учитывая наличие повышенной деструкции костной ткани и в то же время отсутствие регистрации супраконтактов описанным способом, было принято решение о проведении анализа с применением аппарата T-scan фирмы BioResearch (рис. 5). По результатам анализа выявлена неравномерная нагруженность зубов с супраконтактами, локализующимися в области моляров, жевательный центр резко смещен дистально. Анализ окклюзионных контактов с учетом временного параметра (рис. 6) выявил первый контакт на зубе 2.1, далее контакты смещались в область моляров: сначала на зубе 2.6, затем на 1.7; и только в последующем при достижении указанными зубами нагрузки в окклюзию вступало групповое смыкание, что поясняло причину повышенной локальной деструкции костной ткани альвеолярных отростков с прогрессированием заболеванием пародонта.

Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени на стадии обострения.

Таким образом, в выявлении причинно-следственных факторов важную роль имеет изучение как статической, так и динамической окклюзии с учетом временного параметра.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

■ Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).

■ Резюме не менее 6–8 строк на русском и английском языках должно отражать, что сделано и полученные результаты, но не актуальность проблемы.

■ Рисунки должны быть черно–белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12–го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи. Число таблиц не должно превышать пяти, таблицы должны содержать не более 5–6 столбцов.

■ Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции: список литературы составляется **в порядке цитирования источников**, но не по алфавиту.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.