

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*Кафедра ортопедической стоматологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: kqma74@yandex.ru*

Частичное отсутствие зубов при несвоевременном восполнении дефектов зубных рядов приводит к деформациям, которые сопровождаются морфологическими и функциональными нарушениями со стороны всей зубочелюстной системы, что приводит к нарушению функции жевательных мышц и дисфункциональным состояниям со стороны височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Для повышения эффективности ортопедической реабилитации стоматологических больных предложена тактика ведения пациентов с деформациями зубных рядов и дисфункцией ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, окклюзионная каппа, вторичные деформации зубных рядов.

N. V. LAPINA, Yu. V. SKORIKOV, A. N. SYDORENKO, T. P. STARCHENKO

TACTICS OF ORTHOPAEDIC PATIENTS WITH SECONDARY DEFORMATION OF TOOTH
ALIGNMENTS OF COMPLICATED, DYSFUNCTIONAL TEMPORO-MANDIBULAR JOINTS SYNDROMES

*Department of ortopaedic stomatology Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, 4 Sedina str. E-mail: kqma74@yandex.ru*

Partial absence of teeth with untimely dentition defects filling, deformation, which are accompanied by morphological and functional abnormalities of the entire gear-jaw system, resulting in the impairment of the chewing muscles and dysfunctional states of the temporo-mandibular joint (TMJ). To enhance the effectiveness of orthopedic rehabilitation dental patients suggested tactics of patients with deformations of dentition and TMJ dysfunction.

Key words: temporomandibular joint, occlusion kappa, secondary deformities of the dentition.

Ортопедическое лечение больных с вторичными деформациями зубных рядов, осложнёнными дисфункцией ВНЧС, является одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии.

Как показали исследования многих авторов, частичное отсутствие зубов при несвоевременном восполнении дефектов зубных рядов приводит к деформациям, которые сопровождаются морфологическими и функциональными нарушениями со стороны всей зубочелюстной системы. Это выражается в нарушении функции жевательных мышц и дисфункциональном состоянии со стороны ВНЧС.

Дефекты зубных рядов при определенных условиях приводят к функциональной перегрузке зубов и пародонта, что осложняется развитием травматической окклюзии. Ортопедическое лечение такой категории пациентов представляет определенные трудности.

Цель исследования – повышение эффективности ортопедического лечения больных с вторичными деформациями зубных рядов, осложненными дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы исследования

Наблюдения были выполнены на базе кафедры ортопедической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета. Клинические исследования больных с дефектами зубных рядов проводились комплексно с использованием современных

методик, материалов и методов диагностики. Вначале проводился отбор ортопедических стоматологических больных (100 чел.), в возрасте от 20 до 50 лет с частичным отсутствием зубов, которые нуждались в ортопедическом лечении (таблица).

Для выполнения задач исследования были сформированы 4 группы стоматологических больных с вторичными деформациями зубных рядов. Все пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт в области ВНЧС.

Обследование зубочелюстной системы проводилось по традиционной схеме и включало опрос, осмотр, пальпацию, аускультацию и окклюзионную диагностику. Все данные заносились в модифицированную Карту оценки стоматологического статуса ВОЗ [1, 2, 3, 8]. Клиническое обследование сопровождалось рентгенологическим исследованием зубочелюстной системы с использованием ортопантомографов «Planmeca Proline XC» и OP100D (Финляндия), визиографов «Max 70 HF/DS» (Италия) и «IRIX 70» (Германия), а также по показаниям – компьютерного томографа «Planmeca Promax 3D» (Финляндия).

Статистическая обработка данных исследования осуществлялась по общепринятой методике на персональном компьютере с использованием профессионального пакета статистических программ «Statistical Package for Social Science» (SPSS) version 9.0, «Stat Soft Statistica» v. 6.0.

Характеристика клинического материала

Распределение больных по полу и возрасту									
Пол	Возраст						Итого		
	20–29		30–39		40–50				
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	
Муж.	16	12,8	19	15,2	19	15,2	54	43,2	
Жен.	19	15,2	26	20,8	26	20,8	71	56,8	
Всего	35	28	45	36	45	36	125	100	
Распределение больных с частичным отсутствием зубов по дефектам зубного ряда									
Наименование дефекта зубного ряда						Количество наблюдений			
Включенные	Односторонние						26		
	Двусторонние						29		
	Комбинированные						16		
Дистально не ограниченные	Односторонние						10		
	Двусторонние						19		
Распределение больных по видам деформаций									
Виды деформаций зубных рядов						Количество наблюдений			
Деформация окклюзионной поверхности и дефекты зубов или зубных рядов						52			
Деформация зубных рядов вследствие дефектов зубного ряда и вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних или нижних зубов						21			
Дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты						15			
Повышенная стираемость, дефекты зубного ряда и снижение межокклюзионной высоты						12			

Результаты исследования

При первичном стоматологическом осмотре было выявлено, что 66 человек от числа взятых на лечение нуждались в терапевтической санации. После снятия функционально неполноценных ортопедических конструкций лечение проводили под контролем окклюзионных капп [4, 5, 6, 7], уделяли большое внимание воссозданию межзубных контактов и анатомической формы зуба, применяли стоматологические материалы повышенной прочности. При поражении двух стенок зуба изготавливали искусственные коронки. Незначительные отколы твердых тканей зуба, стирание пломб приводят к нарушению окклюзионных взаимоотношений, смещению нижней челюсти и возникновению парафункциональной жевательных мышц, окклюзионно-артикуляционному дисфункциональному синдрому. Терапевтическое лечение начинали со снятия над- и поддесневых зубных отложений с помощью ультразвукового аппарата с последующим проведением медикаментозной терапии. У 38 больных имелись явления локализованного и генерализованного пародонтита, они проходили курс лечения у пародонтолога. При пародонтите в группе зубов отмечались выраженные изменения: разрушение связочного аппарата зуба, резорбция костной ткани, образование пародонтального кармана.

Хирургическая санация проведена 34 больным. Перед удалением зубов пациенты обязательно носили окклюзионную каппу не менее недели для адаптации жевательных мышц. При гранулирующем и гранулематозном периодонтитах со значительными периапикальными изменениями рекомендовали хирургическое лечение. Если планировалось удаление двух-трех зубов одновременно, изготавливали зубоаддесневые каппы как имедиат-протезы, с предварительной фантомной

резекцией зубов, подлежащих удалению. Такие каппы накладывались в полости рта через два часа после удаления для распределения равномерной нагрузки на оставшиеся зубы и синхронной функции жевательных мышц. Имедиат-каппы изготовлены 12 больным. При удалении одного зуба ранее изготовленные окклюзионные каппы также накладывались через два часа, а перебазировка недостающего фрагмента каппы проводилась на вторые-третьи сутки после удаления зуба. Интервал между удалениями зубов составлял от 10 до 15 дней [9, 10, 11].

Специализированная ортопедическая подготовка проведена 72 больным. Основной ее целью являлись: создание стабильной окклюзии, распределение жевательной нагрузки по оси каждого зуба, снятие травмы пародонта, нормализация движения нижней челюсти. Анализ артикуляционных движений в сложных случаях проводили в индивидуальном артикуляторе «Combites»-2 фирмы «Hager-Werhen». Сошлифовывание зубов проводили по методике В. А. Хватовой [6, 7]. Вначале устраняли центрические, затем эксцентрические суперконтакты. При заболеваниях пародонта у 38 больных вначале под контролем окклюзионных капп проводили санацию и противовоспалительное лечение, затем приступали к избирательному сошлифовыванию. Анализ окклюзии в полости рта не проводили из-за недостоверности данных ввиду подвижности зубов. В артикуляторе на моделях изучали движение нижней челюсти и намечали план устранения суперконтактов, в полости рта проводили сошлифовывание в 6–8 сеансов по мере стихания воспалительных процессов. В острой стадии заболевания пародонта сошлифовывание не проводилось. Сначала устраняли протрузионные контакты боковых зубов, затем корректировали боковую окклюзию.

После лечения у пародонтолога и нормализации функции жевательных мышц, которая проходила под контролем окклюзионных капп, изготавливали новые окклюзионные каппы с ортодонтическими элементами. Окклюзионными каппами нормализовали функцию жевательных мышц, а пружинами и ортодонтическими дугами выравнивали положение зубов в зубной дуге. Успешное ортодонтическое лечение заканчивалось рациональным протезированием.

Подготовка полости рта у лиц данной категории занимала от 1 до 2 месяцев в зависимости от выраженности патологических процессов в зубах и челюстях.

Тактика ведения пациентов с деформациями зубных рядов и дисфункциональным синдромом ВНЧС может быть представлена следующим образом:

- медикаментозная и психологическая подготовка больного перед ортопедическим лечением в течение одной-двух недель;
- разгрузка и создание относительного покоя элементов ВНЧС с помощью окклюзионных разобщающих капп;
- снятие функционально неполноценных ортопедических конструкций, терапевтическая и хирургическая санация полости рта под контролем окклюзионных капп на протяжении всего периода санации;
- физиопроцедуры, в том числе массаж жевательных мышц, миогимнастика, электрофорез с лекарственными веществами, лазеротерапия;
- рациональное протезирование с восстановлением высоты нижней трети лица, центрированием нижней челюсти и созданием множественного плотного окклюзионного контакта;
- проведение реабилитационных мероприятий: применение реабилитационных окклюзионных капп из эластичной пластмассы после протезирования и диспансерное наблюдение у стоматолога-ортопеда.

Необходимо отметить: ортопедическое лечение больных с дисфункциональным синдромом ВНЧС имеет свои особенности в выборе конструкций протезов, материалов и технологии изготовления. Моделируя ортопедические конструкции, необходимо устранить патологические (до лечения) движения нижней челюсти, создать новые окклюзионно-артикуляционные взаимоотношения, равномерно распределить функциональную нагрузку и восстановить жевательную эффективность. Протезирование дефектов зубных рядов у таких больных имеет свои особенности:

1. Моделирование ортопедических конструкций необходимо проводить в индивидуальном артикуляторе с обязательным восстановлением анатомической формы зубов, созданием плотного, множественного окклюзионного контакта и плавной скользящей артикуляции.

2. Изготовление ортопедических конструкций нужно проводить под контролем окклюзионных капп в краткие сроки.

3. Расширяются показания к изготовлению искусственных коронок.

4. Преимущество отдается цельнолитым, металлокерамическим и металлопластмассовым зубным протезам.

5. Увеличивается количество опорных зубов в мостовидных протезах.

6. При заболеваниях пародонта проводить шинирование с использованием системы «Риббонд» и изготовлением бюгельных протезов с кламмерной системой фиксации.

7. При отсутствии одного зуба необходимо восстанавливать дефект, для этих целей рекомендуем беспрепаровочный метод с использованием системы «Риббонд».

8. Восстановление дистальных дефектов зубного ряда рекомендуем проводить бюгельными протезами с замковой и телескопической системами фиксации.

9. Наложение зубных протезов осуществлять с тщательной проверкой артикуляционных движений нижней челюсти.

Таким образом, особенностью подготовки полости рта у лиц с деформациями зубных рядов, осложненными дисфункциональными состояниями со стороны ВНЧС, является комплексное одновременное проведение лечебных стоматологических мероприятий, которые осуществляются под обязательным контролем окклюзионных капп и направлены на создание оптимального равновесия в полости рта и элементов ВНЧС. Заключительным реабилитационным этапом лечения является рациональное протезирование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьмина Э. М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям Всемирной организации здравоохранения // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 6. – С. 13–16.
2. Кузьмина Э. М., Васина С. А. и др. Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения (продолжение) // Стоматолог. – 2008. – № 4. – С. 32–42.
3. Тимачева Т. Б. Характеристика аспектов стоматологического здоровья // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии». – Волгоград, 2008. – Выпуск 1. Том 65. – 346 с.
4. Хайман С. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. – М., 2006. – 136 с.
5. Хауз С. Формирование поверхности окклюзии // Стоматология. – 2007. – № 7. – С. 80–81.
6. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – М., 2005. – 295 с.
7. Хватова В. А. Окклюзионные шины – современное состояние проблемы // Маэстро стоматологии. – 2007. – № 4. – С. 52–56.
8. Янушевич О. О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. – М., 2008. – 228 с.
9. Carlson J. E. Physiologic occlusion // Accu-liner products. – 2004. – 209 p.
10. Fujii T., Torisu T., Nakamura S. A change of occlusal conditions after splint therapy for bruxers with and without pain in the masticatory muscles // Cranio. – 2005. – Vol. 23. – P. 113–118.
11. Okeson J. P. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 5 ed. // Mosby. – 2003. – 671 p.

Поступила 27.05.2013