

нології полягає в створенні площинної фіксації покривних протезів, побудованих із межами типу повних.

Висновок. Отримані в процесі роботи дані дозволяють стверджувати про досить високу ефективність запропонованої конструкції в реабілітації хворих із генералізованими формами патологічного стирання твердих тканин зубів.

Семененко Ю. І., Семененко І. П., Єрис Л. Б.

ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНИЙ КОНТРОЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРОГО З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗУБІВ, УСКЛАДНЕНОЮ ПАТОЛОГІЧНИМ СТИРАННЯМ, ВТОРИННОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ЗУБІВ ТА ЗНИЖЕНИМ ПРИКУСОМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

У практичній діяльності лікаря ортопедо-стоматолога нерідко зустрічаються функціональні порушення жувального апарату, зумовлені несвоєчасним зверненням хворих до відповідних фахівців. Часто патологічні стани жувального апарату пов'язані з порушенням оклюзійних співвідношень, які виникли з різних причин: часткової втрати зубів, розвитку вторинних деформацій, стертості оклюзійних поверхонь зубів, зниження висоти прикусу, коли організм втратив здатність чинити опір руйнівним процесам, та ін. Гросс М. Д., Метьюс [1986] та ін. довели, що невідповідність оклюзійних співвідношень пов'язана з дефектами зубних рядів. При цьому у хворих відбуваються стійкі зміни в жувальних м'язах у вигляді порушення координації скорочень окремих груп м'язів, які функціонально пов'язані зі скронево-нижньощелепним суглобом.

Петросов Ю. А. [1996] у своїх дослідженнях показав, що нейром'язова дисгармонія поєднується з порушенням оклюзії.

Ортопедичне лікування хворих із порушенням оклюзійних співвідношень зубних рядів і зміна координації скорочень окремих груп жувальних м'язів потребують складного поетапного лікування.

Як приклад такого клінічного випадку наводимо витяг з історії хвороби пацієнта 3., 80 років. Хворий 3. звернувся на кафедру ортопедичної стоматології зі скаргами на косметичний дефект, утруднене пережовування їжі та дискомфорт у ділянці жувальних м'язів. З анамнезу відомо, що раніше не протезувався.

Дані об'єктивного дослідження: обличчя не пропорційне, нижня третина вкорочена. Носо-губні та підборідні складки різко виражені. Відкриття рота вільне. На верхній щелепі видалені тільки 18, 28, а в 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25 виражена горизонтальна стертість зубів на 2/3. Форма стертості кратероподібна. 17, 15, 26, 27 висунулися вертикально вниз і торкаються слизової оболонки нижньої щелепи (друга форма вторинної деформації за В. А. Пономарьовою [1974]).

На нижній щелепі 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35 мають горизонтальну форму стертості на 1/4 довжини коронок зубів, коронки 45, 37 стерті, підвищуються

над рівнем ясен на 1,0 мм. Прикус прямий. У стані відносного фізіологічного спокою жувальних м'язів виявляється міжоклюзійна щілина 4,5 мм. До лікування дослідили функціональний стан власне жувальних та скроневих м'язів за допомогою електроміографії. Аналіз електроміограм показав різні ступені зниження чіткості структури залпів, що вказує на зміни роботи жувальних м'язів. Так, середня амплітуда залпів під час вольового стиснення щелеп у хворого значно знижена (578 мкВ), що залежить від патологічної стертості, наявності дефектів і деформацій зубних рядів. Також підвищена частота коливань біопотенціалів (349 Гц). Патологічні зміни оклюзійних взаємовідношень обумовлюють збільшення часу жування, що виражається в збільшенні коефіцієнта «К» до 2,39.

Ураховуючи скарги пацієнта, історію теперішнього захворювання, об'єктивного дослідження та електроміографічного обстеження, встановили основний діагноз: дефект зубного ряду нижньої щелепи III класу I підкласу за Кеннеді; патологічне стирання зубів верхньої та нижньої щелеп (генералізована форма, по площині - змішана форма); втрата жувальної ефективності 24 % за Агаповим; вторинна деформація, II форма за В. А. Пономарьовою [1996].

Лікування. Виготовлені комбіновані коронки за Мате на 15, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24, 25, за рахунок яких відновлена висота прикусу на 3,5 мм, укорочені по висоті 16, 15, 26, 27 до рівня оклюзійної площини з подальшим покриттям профілактичними металевими коронками. Потім - відновлення 45, 37 куковими вкладками. Виготовлення мостоподібних протезів з опорою на 47, 45, 44, 34, 35, 37.

Унаслідок поетапного протезування пацієнту відновлені частково естетичний вигляд, анатомічна форма зубів, усунені дефекти нижнього зубного ряду, відновлена висота нижньої третини обличчя, за рахунок чого покращені умови для функції скронево-нижньощелепного суглоба та жувальних м'язів, які функціонально пов'язані з ним.

Фастовець О. О.

ОСОБЛИВОСТІ ОКЛЮЗІЙНИХ ВЗАЄМОВІДНОШЕНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНОМУ СТИРАННІ ЗУБІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Дніпропетровська державна медична академія, м. Дніпропетровськ

Актуальність та наукова новизна. Патологічне стирання твердих тканин зубів, яке раніше вважали інволюційним процесом, останнім часом значно поширилося серед осіб віком до 40 років. У той же час, особливості розвитку процесу для цієї вікової групи досліджені недостатньо, тоді як потребують поглибленого вивчення для розробки методів ранньої діагностики і превентивного лікування.

Найбільший науковий інтерес представляє ідіопатична форма захворювання, що характеризується стрімким прогресуючим перебігом за умови інтак-