

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-

тних зубних рядів. Беручи до уваги той факт, що порушення оклюзії є визнаною передумовою виникнення надмірного стирання зубів, у представленій роботі ми поставили за **мету** проаналізувати оклюзійні взаємовідношення при патологічному стиранні твердих тканин зубів у молодому віці (до 40 років).

**Методи дослідження.** Нами проведено клінічне обстеження 102 хворих із надмірною втратою емалі та дентину і 150 осіб із фізіологічною формою стирання зубів (в ролі порівняння) віком до 40 років. Дослідні були розподілені на 3 вікові групи, рівноцінні за статеву ознакою: 18-20, 20-29, 30-39 років, при цьому жінки склали 56,3±3,1%, чоловіки – 43,7±3,1%. Для верифікації характеру стирання зубів (фізіологічне або патологічне) зіставляли вік хворого та інтенсивність ураження, використовуючи класифікацію Молдованова А. Г. (1992). Усі оглянуті мали інтактні зубні ряди та ортогнатичний прикус. Дослідження передбачало аналіз зубних контактів на робочому та балансуєчому боках із визначенням типу змикання зубів, який описували за допомогою оклюзійних концепцій (Хватова В. А., 2005), а також вивчення оклюзійних поверхонь шляхом проведення оклюзіографії з обчисленням індексу площі стирання (ІПС) (Мілікевич В. Ю., 2004).

Отримані дані обробляли методами варіаційної статистики із застосуванням програмного засобу MS Excel 2003.

**Результати.** За результатами дослідження оклюзійних контактів з'ясовано, що в осіб із фізіологічним стиранням зубів у 30,0±3,7% випадків спостерігалось іклове ведення, а в 70,0±3,7% – групові контакти іклів, премолярів та молярів. У групі патологічного стирання зубів частка контакту іклів на робочому боці відповідно складала 23,5±4,2%, групових контактів – 76,5±4,2%. Таким чином, достовірних відмінностей між поширеністю тієї чи іншої оклюзійної концепції в дослідних групах не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Інтеркуспідація на боці, що балансує, була виявлена в 36,0±3,9% осіб, які мали фізіологічне стирання зубів, та в 63,3±4,8% – патологічне ( $p < 0,05$ ). Достовірна різниця між поширеністю двобічної балансуєчої оклюзії в дослідних групах свідчить, що цей оклюзійний контакт призводить до розвитку надмірного стирання жувальних поверхонь, насамперед бокових сегментів зубних рядів. Гіпербалансуєчі контакти не встановлено в жодній дослідній групі, що, ймовірно, пояснюється інтактними зубними рядами та ортогнатичним прикусом у обстежених.

За результатами аналізу 273 оклюзіограм визначена схожість локалізації площадок фізіологічного й патологічного стирання зубів, насамперед обумовлена розташуванням «робочих» ділянок. Виявлена тенденція до злиття фасеток стирання на внутрішніх схилах щічних горбів з їхніми вершинами на молярах верхньої щелепи, а також вершин щічних горбів нижніх молярів з їхніми зовнішніми схилами за умови одночасного значного збільшення площі фасеток стирання на внутрішніх схилах язикових горбів.

Вивчення оклюзійних контактів продемонструвало інформативність ІПС для прогнозування прогресу-

ючої втрати твердих тканин зубів у віці до 30 років. Так, патологічне стирання емалі та дентину характеризувалося повільним прогресуванням і подібністю з фізіологічним у вікових групах 18-20 та 20-29 років. Після 30 років перебіг захворювання стає стрімким, що суттєво спрощує діагностичні заходи. Спостерігаються стоншення верхніх передніх зубів, укорочення нижніх. Анатомічна форма оклюзійної поверхні бічних зубів зберігається, але стирається практично повсюдно (середній ІПС для премолярів -  $0,50 \pm 0,06$ , для молярів -  $0,84 \pm 0,08$ ).

**Висновки.** Отже, згідно з отриманими даними особливості оклюзійних взаємовідношень здатні сприяти патологічному (надмірному) стиранню зубів у молодому віці. З огляду на це діагностичне дослідження міжзубних контактів, яке передбачає визначення показань до оптимізації оклюзії, дозволить запобігти розвитку або прогресуванню патологічного процесу. Відповідно, обов'язковою умовою відтворення повноцінної функціональної оклюзії при патологічному стиранні зубів має бути вивчення її попередньої імітації та моделювання реставрацій жувальних поверхонь в артикуляторах, необхідне для досягнення оклюзійної гармонії, що передбачає створення не тільки стабільних множинних центричних контактів бокових зубів, а й протрузійної та латеротрузійної напрямних функцій.

У свою чергу, встановлена подібність формування площадок стирання при патологічному і фізіологічному перебігах процесу має патогенетичне значення, тому що доводить: не завжди надмірна втрата твердих тканин зуба є наслідком особливостей функціонування жувального апарату. Вона може бути пов'язана з іншими етіопатогенетичними механізмами, зокрема порушенням структури емалі та дентину, ацидозом ротового середовища, що призводять до стирання зубів, неадекватного віку, навіть за нормального оклюзійного навантаження.

#### **Шарпило А. А.** **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВНЧС**

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

**Актуальность проблемы.** Стоматология в последние годы ознаменовалась успехами, связанными с использованием новейших достижений материаловедения и новыми технологиями. Вместе с тем в различные стоматологические клиники всё чаще обращаются больные с головными и лицевыми болями, щелканьем в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС), заложенностью ушей, затруднёнными движениями нижней челюсти. Это контингент больных, которые ставят сложные диагностические задачи не только перед стоматологами, но и в первую очередь перед отоларингологами, невропатологами (нейрос-