

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±0,06, для молярів – 0,84±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-

томатологами, вертебрологами), а иногда и психиатрами. Врач-стоматолог, оказав, с его точки зрения, необходимую помощь пациенту, не может понять причину подобных жалоб, что нередко выливается в конфликтную ситуацию. Интерес исследователей к патологии ВНЧС, прежде всего обоснован значительным количеством таких больных, недостаточной изученностью этого вопроса и противоречивостью результатов исследований. Широкая распространенность, необычайный полиморфизм, трудности диагностики и лечения ставят заболевания ВНЧС в ряд важных проблем здоровья населения. Заболевание ВНЧС относятся к распространенным патологическим процессам и наблюдаются, по данным различных авторов, у 27,5-56% людей. Эти же авторы утверждают, что у основной массы больных (95,3%), которые обращаются за медицинской помощью по поводу патологии ВНЧС, имеет место дисфункция ВНЧС мышечного генеза. Дисфункция - самое частое поражение височно-нижнечелюстного сочленения, с которым недостаточно знакомы стоматологи всех профилей. (Величко Л. С, Бунина М. А., 1996). Как показывают наблюдения специалистов, изучающих ВНЧС, именно недостаточная осведомленность стоматологов является причиной того, что пациенты с обширной и разнообразной симптоматикой болевого синдрома мышечно - суставной дисфункции ВНЧС многие месяцы и годы наносят визиты разным специалистам, а дисфункции ВНЧС и жевательных мышц тем временем (через 4-7 лет) трансформируются в различные органические изменения структурных элементов ВНЧС. Исследованию личностных особенностей пациентов с дисфункцией ВНЧС в литературе уделяется недостаточно внимания. В стоматологической практике так же, как и в общей медицине, следует ориентироваться не только на местную симптоматику, но и изучать личностные, характерологические черты пациента (Перзашкевич Л. М., Незнанова Н. Ю., 1986). Считается, что подавляющее большинство больных ортопед-стоматолога - психически здоровые люди. Однако, во-первых, по официальным данным ВОЗ, распространенность неврозов за последние 65 лет выросла в 24 раза, а психических заболеваний - в 16 раз. Массовые эпидемиологические обследования Г. К. Ушакова (1987) обнаружили различные формы невротических расстройств у подавляющего большинства людей. При этом почти все пациенты с повышенным уровнем тревожности отличаются эмоциональной неустойчивостью, лабильностью, склонностью к фобиям (Бажанов Н. Н., Судяков К. В., Иващенко О. Н., 1977). Во-вторых, доля совершенно свободных от каких-либо психических нарушений лиц («абсолютно» здоровые) - не более 35% от численности всех практически здоровых людей (Селье Г., 1982). У многих людей, считающих себя совершенно здоровыми, имеется много черт, характерных для перехода от нормального к аномальному складу личности (Леонгард К., 1981). Основная трудность диагностики состоит в дифференциации пограничных (неврозы, психопатии, скрытая депрессия) и

психосоматических расстройств как отдельных клинических форм, а также в проведении границы между ними и нормой (Кербиков О. В., 1971; Личко А. Е., 1983). Углубленное обследование стоматологических больных выявило у них различные преморбидные особенности личности. У некоторых из них определена акцентуация личности (Трезубов В. Н., Быстрова Ю. А., Булычёва Е. А., 2003), характеризовавшаяся «заострением» таких черт как эмоциональная лабильность, прямолинейность, бескомпромиссность, ранимость, впечатлительность. Другой части обследованных больных свойственны психологические черты, более или менее компенсированные на протяжении жизни. При этом 50 % практически здоровых людей являются «акцентуированными личностями», что можно рассматривать не как аномалию, а как склонность к развитию неврозов. Невротическая симптоматика возникла у них до появления заболеваний ВНЧС (Леонгард К., 1981). Заболевания ВНЧС у людей с психическими расстройствами, по данным W. Kydd (1969), D. Lupton (1969), обнаруживаются в 2 раза чаще, чем у лиц без нарушений психической сферы. На повышение тонуса жевательных мышц в связи с психическими факторами, переутомлением или напряжением указывают разные исследователи (Laskin D. M., 1969; Gamsa A., 1990). Ряд учёных (Трезубов В. Н., Мицкевич И. И., 1996; Булычёва Е. А., Быстрова Ю. А., 2003) отмечают, что главным фактором, предрасполагающим к заболеванию сустава, является хроническое эмоциональное напряжение (повторные стрессы). Патологию ВНЧС часто наблюдали у пациентов, которые длительно подвергались эмоциональному напряжению, а также при маскированной депрессии и нервных заболеваниях (Yap A. U., Tan K. B., Chua E. K., 2002). И. Ю. Семёнов (1997), используя психодиагностические методы обследования у 90 больных, подтвердил, что синдром болевой дисфункции ВНЧС вызван эмоциональными и патохарактерологическими особенностями личности.

Резюмируя данные литературы, можно сделать вывод, что главными факторами, предрасполагающими к заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава, являются хронический эмоциональный стресс и повторные психические травмы, поэтому лечить данную категорию больных нужно в содружестве с другими специалистами.

Шеметов О. С., Бондалетов В. А., Тумакова Е. Б. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПОЛНЫХ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Качество протезирования полными съёмными протезами определяется целым рядом субъективных ощущений больного и объективной оценкой их конструкции. При оценке эффективности протезирования учитываются субъективные ощущения пациента,