

Л. В. Смаглюк, В. І. Смаглюк

## ВАЖЛИВІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

### Актуальність теми

Серед загальної кількості пацієнтів, які звертаються по стоматологічну допомогу, пацієнти із зубощелепними аномаліями (ЗЩА) складають до 75% [1,4]. Завдяки стрімкому розвитку технологій у ортодонції її віковій можливості значно розширені і відсоток дорослих пацієнтів із ЗЩА зростає. Водночас клінічна картина зубощелепних аномалій у дорослих пацієнтів характеризується низкою ускладнень як із боку зубощелепної ділянки, так і з боку загальносоматичного і психосоціального статусів людини [5]. Найчастішими супутниками ЗЩА в дорослих є захворювання тканин пародонта, наявність дефектів зубів та зубних рядів, оклюзійно-артикуляційні порушення між зубами-антагоністами, зниження процесів обміну кісткових тканин і т. п. [2,3,6,7,8,9]. Так, за даними Щербаківа А. С. (1987), 60,95% – 87,97% обстежених у віці від 15 років і старших потребували санації порожнини рота; 24,5-79,7% мали вертикальні деформації оклюзійної поверхні зубних рядів; 45,1% – підвищену стертість твердих тканин зубів. Кількість пацієнтів із дефектами зубних рядів була навіть більшою і становила 57,1-98%.

У зв'язку з цим доросла ортодонція потребує якісно нового підходу до організації комплексної реабілітації хворих на ЗЩА й інтеграції зі спеціалістами різних профілів стоматології та загальної медицини: оториноларингологією, офтальмологією,

психоневрологією, ортопедією, ендокринологією, щелепно-лицевою хірургією, фізіотерапією, лікувальною гімнастикою та ін.

Отже, перед проведенням реабілітації пацієнтів із ЗЩА необхідно визначити роль ортодонтичних, ортопедичних, терапевтичних і хірургічних етапів залежно від переваги тих чи інших клінічних проявів у конкретного хворого, що значною мірою підвищить ефективність лікування.

У зв'язку з вищевикладеним метою нашого дослідження стало підвищення ефективності реабілітації пацієнтів різного віку із ЗЩА з урахуванням аналізу морфофункціональних порушень, які супроводжують патологію, та шляхом реалізації положень концепції комплексного підходу до їх лікування.

**Об'єкти і методи дослідження.** Ми обстежили 1008 осіб із ЗЩА та деформаціями. За віком вони були розподілені на такі вікові групи: 408 пацієнтів (40,5%) – від 9 до 12 років, 377 пацієнтів (37,4%) – 13-18 років і 223 пацієнти (22,1%) – понад 18 років. Пацієнтів жіночої статі було 710 осіб (70,4%), чоловічої – 298 осіб (29,6%). Морфологічний і функціональний стани зубощелепної ділянки пацієнтів вивчали за допомогою загальноприйнятих клінічних методів дослідження та за алгоритмом стоматологічного обстеження.

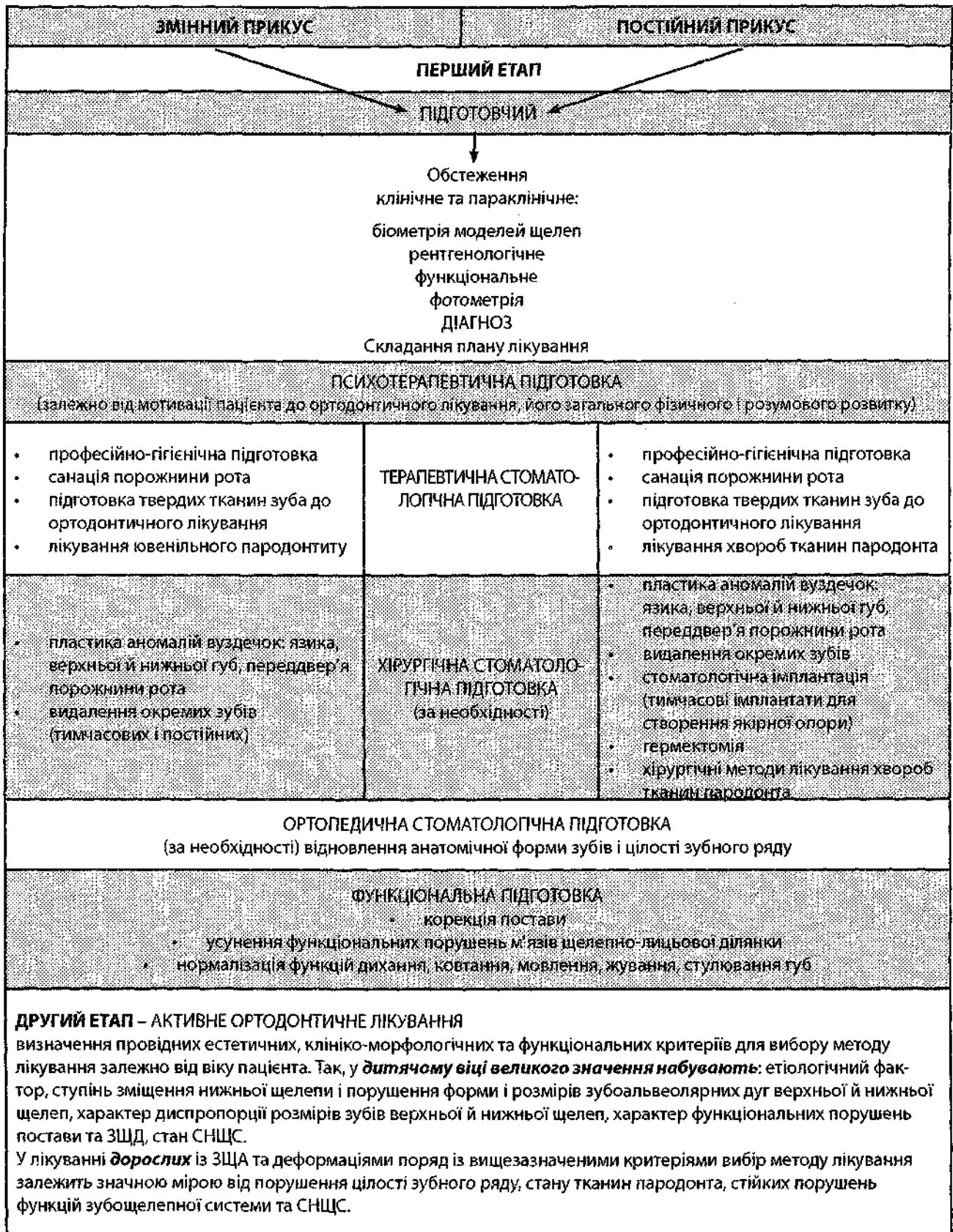
Статистична обробка матеріалу проведена за загальноприйнятною методикою Ст'юдента-Фішера.

### Результати дослідження

За результатами проведеного обстеження 1008 пацієнтів із ЗЩА та деформаціями можна зазначити, що з віком пацієнтів аномалії та деформації прикусу ускладнюються супутньою стоматологічною патологією. Так, інтенсивність уражень зубів карієсом зростає з  $4,3 \pm 1,5$  зуба у віковий період 9-12 років до  $12,9 \pm 1,8$  зуба у віковий період старших 18 років ( $p < 0,001$ ). Виявлено також вікове підвищення відсотка пацієнтів із хворобами тканин пародонта на 33,8% спостережень ( $p \leq 0,001$ ). У пацієнтів із ЗЩА та деформаціями старших вікових груп поширеність захворювань тканин пародонта досягала  $88,7 \pm 1,5$  % випадків. Прикро зазначити, що майже в 90% випадків у обстежених виявлений низький рівень гігієни порожнини рота.

За клінічними даними, кількість спостережень з ознаками дисфункції СНЩС із віком пацієнтів збільшувалася на 48,4% ( $p \leq 0,001$ ) і мала залежність від виду та ступеня складності патології прикусу. Найбільше погіршення функціонування СНЩС відбувалося при патології прикусу II класу за Angle – на 45,4% ( $p \leq 0,001$ ) та глибокого – на 67,8% ( $p \leq 0,001$ ). Основними клінічними ознаками дисфункції нижньої щелепи були: біль під час відкривання рота і жування, порушення траєкторії рухів нижньої щелепи і зміщення її вбік, обмеження відкривання рота, хрускіт і клацання, біль при пальпації жувальних м'язів і суглоба.

**Концептуальна схема підходу до лікування і реабілітації пацієнтів із ЗЩА та деформаціями**



**ТРЕТІЙ ЕТАП**

- Система завершальної реабілітації пацієнтів з урахуванням супутньої стоматологічної патології
  - Терапевтичні стоматологічні заходи
  - естетичне та морфологічне відновлення зубів різних функціональних груп
    - Хірургічні стоматологічні заходи
  - формування (за необхідності) нового контуру зубоясенного прикріплення
    - стоматологічна імплантація і відновлення цілості зубного ряду
      - Ортопедичні та протетичні стоматологічні заходи
        - відновлення цілості зубів і зубного ряду
        - відновлення оклюзійних поверхонь зубів
          - вибіркоче зішліфовування зубів
          - Усунення нестабільності СНЩС
            - ЛФК
            - масаж
    - фізіотерапевтичні процедури

**ЧЕТВЕРТИЙ ЕТАП – РЕТЕНЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ**

|  |                 |   |
|--|-----------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стабілізація результатів лікування</li> <li>• до завершення росту і розвитку щелеп</li> <li>• контроль установки в зубну дугу третіх молярів</li> </ul> | Термін ретенції | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стабілізація результатів лікування</li> <li>• залежно від усунення патогенетичних і функціональних порушень</li> </ul> |
|--|-----------------|---|

Дефекти зубних рядів у віковий період 9-12 років у пацієнтів із ЗЩА становили 5,5±2,3% спостережень, а в період 18 років і старших – уже 54,3±6,9%.

У зв'язку з вищевикладеним для реабілітації пацієнтів із ЗЩА та деформаціями необхідна координована співпраці лікарів-стоматологів усіх фахів: терапевтичного, хірургічного, ортопедичного. Розроблена нами концепція комплексного підходу до лікування і реабілітації пацієнтів із ЗЩА та деформаціями складається з чотирьох етапів: першого – підготовчого; другого – активного ортодонтичного лікування пацієнтів із ЗЩА та деформаціями; третього – завершальної реабілітації пацієнтів з урахуванням супутньої стоматологічної патології і четвертого – ретенції результатів лікування (табл. 1). Необхідно зазначити, що незалежно від етапу реабілітації була необхідність у проведенні координованої ортодонтом роботи всіх фахівців команди. Особливої уваги з точки

зору міждисциплінарного підходу потребують етап підготовки до активного ортодонтичного лікування та етап завершальної реабілітації пацієнтів із ЗЩА та деформаціями.

Так, на підготовчому етапі реабілітації наших пацієнтів залежно від вікової групи (9-12 років, 13-18 років і старших 18 років) терапевтична стоматологічна підготовка (санация порожнини рога з підготовкою твердих тканин зуба, слизової оболонки і тканин пародонта) до періоду активного ортодонтичного лікування проведена нами в 35,1±3,8% пацієнтів віком 9-12 років; у віковій групі 13-18 років – у 74,6±4,0% і у віковий період старших 18 років – у 97,8±1,5% (p≤0,001).

Необхідність у проведенні хірургічної стоматологічної підготовки пацієнтів до активного ортодонтичного лікування також посилюється з віком пацієнтів (p≤0,001). Так, у віковий період 9-12 років необхідність у хірургічній підготовці склала 59,7±3,9%

випадків, 13-18 років – 87,4±3,1% спостережень і у віковий період старших 18 років – 80,8±4,1%. Зі збільшенням віку пацієнтів зростає відсоток випадків із видаленням зубів і хірургічною корекцією хвороб тканин пародонта.

Кількість пацієнтів, яким була проведена ортопедична стоматологічна підготовка, збільшується у віковому аспекті з 7,1±2,1% у період 9-12 років до 34,0±4,9% у віковий період старших 18 років (p≤ 0,001).

На етапі завершальної реабілітації пацієнтів із ЗЩА та деформаціями великого значення набувають такі терапевтичні, хірургічні та ортопедичні стоматологічні заходи: естетичне та морфологічне відновлення зубів різних функціональних груп; формування (за необхідності) нового контуру зубоясенного прикріплення; стоматологічна імплантація і відновлення цілості зубного ряду; протетичне відновлення цілості зубів і зубного ряду; відновлення оклюзійних поверхонь зубів; вибіркоче

пришліфовування зубів; усунення нестабільності СНЩС (ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури і т. п.) та функціональна адаптація м'язово-суглобового комплексу до новоствореної оклюзії.

**Висновок**

Отже, досягаючи мети ортодонтичного лікування пацієнтів із ЗЩА та деформаціями як створення індивідуальної функціональної норми в кожному конкретному

випадку, необхідно пам'ятати про єдність усіх органів і систем організму людини і діяти за стратегією комплексного міждисциплінарного підходу на всіх етапах стоматологічної реабілітації.

**Література**

1. Алимский А. В. Возрастная динамика роста распространенности и изменения структуры аномалий зубочелюстной системы среди дошкольников и школьников / А. В. Алимский // *Стоматология*. – 2002. – № 5. – С. 67-71.
2. Дмитриева А. А. Частота операции удаления зуба в зависимости от возраста больного и места зуба в формуле / А. А. Дмитриева, Н. М. Игнатенко // *Стоматология*. – 2002. – № 8. – С. 31-32.
3. Дрогомирецька М. С. Особливості лікування пацієнтів із деформаціями зубних рядів і запально-деструктивними захворюваннями пародонту / М. С. Дрогомирецька // *Стоматология – вчора, сьогодні, завтра, перспективні напрями розвитку: ювіл. міжнар. наук.-практ. конф., 5-6 лют. 2009 р.: тези доп.* – Івано-Франківськ, 2009. – С. 75.
4. Смаглюк Л. В. Стан прикусу в дорослих пацієнтів / Л. В. Смаглюк, В. І. Смаглюк // *Український стоматологічний альманах*. – Полтава, 2012. – № 3. – С. 54-56.
5. Порівняльна характеристика загальносоматичного статусу і морфофункціонального стану зубощелепної ділянки в дітей 6-12 років / Л. В. Смаглюк, І. В. Петрушанко, М. В. Трофименко [та ін.] // *Український стоматологічний альманах*. – Полтава, 2012. – № 3. – С. 62-64.
6. Щербаков А. С. Аномалии прикуса у взрослых / А. С. Щербаков. – М.: Медицина, 1987. – 185 с.
7. Чумакова Ю. Г. Патогенетичне обґрунтування методів комплексного лікування генералізованого пародонтиду (клініко-експериментальне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / Ю. Г. Чумакова. – Одеса, 2008. – 37 с.
8. Kois J. C. Anterior wear: orthodontic and restorative management / J. C. Kois, B. C. Filder // *Compend. Contin. Educ. Dent.* – 2009, 30 (7). – P. 420-2, 424, 426-9.
9. Petersen P. E. Priorities for oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programmer / P. E. Petersen // *Community Dent. Health.* – 2005. – 22 (2). – P. 71-74.

Стаття надійшла  
18. 09. 2012 р.

**Резюме**

На основі вивчення особливостей клініко-морфологічної і функціональної характеристик зубочелюстної системи 1008 пацієнтів із ЗЩА визначена поширеність супутньої стоматологічної патології. Обґрунтована необхідність і важливість стратегії міждисциплінарного підходу в досягненні індивідуальної функціональної норми зубочелюстної системи конкретного пацієнта із ЗЩА.

**Ключевые слова:** міждисциплінарна концепція лікування ортодонтичних пацієнтів, відновлення.

**Резюме**

На підставі вивчення особливостей клініко-морфологічної і функціональної характеристик зубощелепної системи 1008 пацієнтів із ЗЩА визначена поширеність супутньої стоматологічної патології. Обґрунтовані необхідність і важливість стратегії міждисциплінарного підходу в досягненні індивідуальної функціональної норми зубощелепної системи конкретного пацієнта із ЗЩА.

**Ключові слова:** міждисциплінарна концепція лікування ортодонтичних пацієнтів, відновлення.

**Summary**

Prevalence of concurrent dental pathology is fixed on the basis of the study of clinic-morphologic and functional characteristics of dentoalveolar system in 1008 patients with malocclusion. The necessity and importance of interdisciplinary approach for the achievement of individual functional norm of dentoalveolar system of each patient with malocclusion are substantiated.

**Key words:** interdisciplinary conception of orthodontic patient treatment, restoration.