

УДК: 616.31-07+616.314-77

І.А. Дмитренко

ПОЄДНАННЯ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ І ЗАХВОРЮВАННЯМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Івано-Франківський національний медичний університет

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень

Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є висока поширеність середніх і великих дефектів зубних рядів серед людей середнього і старшого віку та наявності відповідних змін зі сторони зубощелепної системи, зокрема оклюзійних порушень, вторинних зубощелепних деформацій та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) і жувальних м'язів [1]. Слід зауважити, що в 70 % пацієнтів після 40 – 50 років наявні середні дефекти зубних рядів, а причинами їх виникнення є каріозний процес і його ускладнення, некаріозні ураження твердих тканин зубів, захворювання пародонта, запальні захворювання щелеп одонтогенного і неодонтогенного походження, аномалії прикусу, травми, пухлини та інші [2].

Серед пацієнтів, які звертаються по стоматологічну допомогу з приводу захворювань СНЩС, переважають жінки [3]. Особливе місце серед захворювань, які часто трапляються в роботі лікаря-стоматолога, займає дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба. Дисфункції СНЩС виявляють також у 14 – 20 % дітей та підлітків, однак із віком частка таких хворих зростає. Серед пацієнтів, які звертаються до лікаря-стоматолога зі скаргами на порушення функції СНЩС, у 90 % випадків спостерігаються внутрішньосуглобові функціональні порушення, які можуть призвести до розвитку синдрому больової дисфункції або морфологічних змін у суглобі [4]. За даними низки авторів, больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба буває в 19 – 63 % людей. Також доведено, що клінічні симптоми дисфункції СНЩС бувають у 48 % хворих, які мають зубні протези, а 79 % пацієнтів із розвинутою стадією пародонтиту мають хоча б одну ознаку дисфункції СНЩС [4-6].

Дисфункцію СНЩС уперше описав лікар-оториноларинголог Дж. Б. Костен у 1934 році. Він помітив, що в багатьох його пацієнтів після протезування припинявся або значно слабшав головний і вушний біль. Описана закономірність спочатку дістала назву «синдром Костена» [7].

Більшість дослідників цього питання сходяться на думці, що етіологія дисфункції СНЩС багатофакторна. Порушення оклюзії зазвичай стає основною причиною розвитку патології скронево-нижньощелепного суглоба [8].

Найпоширенішими методами лікування хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів є

застосування часткових знімних пластинкових і бюгельних протезів та їх комбінація з естетичними незнімними конструкціями. Крім цього, запропоновано ряд конструкцій оклюзійних шин для лікування пацієнтів зі збереженими зубними рядами і функціональними розладами СНЩС, однак вони застосовуються рідко і вимагають тривалого періоду лікування [9].

Мета дослідження

Вивчити особливості клініки і стану зубощелепної системи в пацієнтів із поєднаними середніми і великими дефектами зубних рядів, зубощелепними деформаціями і захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба.

Матеріали і методи дослідження

Проведено вивчення особливостей клініки в 152 пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів, поєднаними зі вторинними зубощелепними деформаціями і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба. При вивченні особливостей клініки в пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів спостерігалось поєднання їх із вторинними зубощелепними деформаціями і функціональними розладами СНЩС. В обстежених пацієнтів стан зубощелепної системи визначали, оцінюючи стан пародонта зубів, які обмежували дефект зубного ряду, вид прикусу, а також стан СНЩС за допомогою клінічних даних і запису біомеханічних параметрів рухів суглобових голівок нижньої щелепи. Важливу роль при обстеженні відіграв характер скарг хворих, із якими вони звернулися в клініку ортопедичної стоматології. При цьому враховували скарги на порушення функції жування, естетики, вимови, наявність, тривалість, інтенсивність та характер болю в ділянці СНЩС. При зборі анамнезу в пацієнтів враховували причини і терміни втрати зубів, тривалість захворювання, час виникнення проявів патології з боку СНЩС та жувальних м'язів.

На об'єктивному обстеженні звертали увагу на зовнішній вигляд хворих, симетричність та пропорційність обличчя, характер і ступінь розкривання рота, проводили пальпацію СНЩС та жувальних м'язів для виявлення функціональних розладів скронево-нижньощелепного суглоба. При обстеженні зубів і зубних рядів звертали увагу на стан пародонта збережених зубів, їхню патологічну рухомість, стан твердих тканин зубів, оклюзійні співвідношення, виявлення та характер

зубощелепних деформацій. Особливу увагу звертали на характер зміщень нижньої щелепи при сагітальних, вертикальних і трансверзальних рухах. Обстеження пацієнтів, установлення діагнозу часткової втрати зубів і видів зубощелепних деформацій здійснювали за загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення

Ми вивчили поширеність і види вторинних зубощелепних деформацій серед обстежених пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів. Так, серед 45 хворих із дефектами зубного ряду 1 класу за класифікацією Кеннеді на верхній щелепі дефекти виявлено у 26 і на нижній щелепі в 19 хворих (табл. 1). Серед обстежених вертикальну форму вторинних деформацій встановлено в 11 хворих (24,4%), горизонтальну - в 9 (20,0%) і комбіновану форму - у 8 хворих (17,8%). При цьому на верхній щелепі переважала вертикальна форма вторинних деформацій у 8 хворих (17,8%), горизонтальна була виявлена в 3 хворих (6,7%) і комбінована форма - в 4 (8,9%). Відповідно на нижній щелепі вертикальну форму виявили в 3 хворих (6,7%), горизонтальну - в 6 (13,3%) і комбіновану - в 4 (8,9%). Потрібно зазначити, що в більшості пацієнтів із дефектами зубного ряду 1 класу за Кеннеді був високий ступінь атрофії беззубих ділянок альвеолярних відростків, особливо в тих хворих, яких не протезували тривалий час.

Однобічні дистально необмежені дефекти зубних рядів було виявлено в 34 пацієнтів на нижній щелепі та в 31 - на верхній щелепі. Серед обсте-

жених вертикальну форму вторинних зубощелепних деформацій виявлено у 21 хворого, горизонтальну і комбіновану - у 29. Провівши аналіз, ми встановили, що вертикальні деформації спостерігалися в 13 (20,0%) хворих на верхній щелепі та у 8 (12,3%) на нижній щелепі. Горизонтальна форма траплялася найрідше: в 3 хворих (4,6%) на верхній щелепі і в 7 хворих (10,8%) на нижній щелепі. Комбіновані деформації виявлені у 8 обстежених (12,3%) на верхній щелепі та в 11 на нижній щелепі (16,9%).

Серед 42 пацієнтів із включеними (дистально обмеженими) дефектами зубних рядів у 25 із них виявлено дефекти на верхній щелепі та в 17 - на нижній. Однобічні включені дефекти бічної ділянки спостерігалися у 29 хворих і двобічні дистально обмежені дефекти - в 13 хворих. Вертикальна форма вторинних деформацій виявлена в 19 хворих, горизонтальна і комбінована - у 12 хворих. Необхідно зазначити, що при 3 класі за Кеннеді переважали вертикальні форми вторинних зубощелепних деформацій. Так, на верхній щелепі було виявлено вертикальні деформації у 12 обстежених (28,6%), горизонтальні - в 1 (2,4%) і комбіновану форму - в 3 хворих (7,1%). Водночас на нижній щелепі нами виявлено вертикальні деформації в 7 хворих (16,7%), горизонтальні - у 2 (4,8%) і комбіновані - в 6 пацієнтів (14,3%). Нами встановлено, що тяжкість проявів вторинних зубощелепних деформацій у обстежених пацієнтів найбільше залежала від терміну втрати зубів та вчасно проведеного ортопедичного лікування.

Таблиця 1
Характеристика стану зубощелепної системи хворих при різних дефектах зубних рядів і вторинних деформаціях

Вид дефекту	Горизонтальні деформації		Вертикальні деформації		Комбіновані деформації		Всього	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1 за Кеннеді	9	20,0	11	24,4	8	17,8	28	18,4
2 за Кеннеді	10	15,4	21	32,3	19	29,2	50	32,9
3 за Кеннеді	3	7,1	19	45,2	9	21,4	31	20,4
Всього	22	14,5	51	33,5	36	23,7	109	71,7

Отже, нами встановлено, що в 71,7 % обстежених пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів виявлено вторинні зубощелепні деформації, серед яких переважала вертикальна форма на верхній і нижній щелепах. Необхідно зазначити, що у хворих із дистально обмеженими дефектами характерним є зміщення або нахил молярів у медіальний бік, висування зубів-антагоністів у вертикальній площині та нахил зубів, які обмежують дефект зубного ряду з медіального боку в горизонтальній площині. Тому при аналізі рухів нижньої щелепи встановлено, що у всіх хворих спостерігаються блокування і порушення рухів нижньої щелепи при сагітальних і трансверзальних зміщеннях.

У обстежених пацієнтів проводили клінічне обстеження стану скронево-нижньощелепного суглоба, застосовували ортопантомографію та запис

рухів суглобових голівок нижньої щелепи (біомеханічні параметри) за допомогою артикуляційної системи "Cadiax Compact" (Amann-Girrbach).

При детальному обстеженні хворих із приводу наявності функціональних розладів і захворювань СНЩС нами виявлено відповідну динаміку. У хворих із різними видами дефектів зубних рядів нами встановлено, що синдром дисфункції СНЩС виявляється найчастіше і не всі хворі звертають на цей вид патології адекватну увагу. При обстеженні враховували скарги пацієнтів на наявність різкого болю в СНЩС при певних рухах нижньої щелепи, важкість рухів нижньої щелепи на початку або в кінці дня та S - подібне опускання нижньої щелепи. У пацієнтів із середніми та великими дефектами зубних рядів, поєднаними із синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, переважали скарги на

біль у ділянці скронево-нижньощелепного суглоба, інколи різкий біль у СНЩС при рухах нижньої щелепи, інколи клацання в скронево-нижньощелепному суглобі, скутість щелеп і жувальних м'язів у кінці дня, тривалий перебіг захворювання, пов'язаний із виникненням дефектів зубних рядів. Рідше хворих турбували скарги на головний біль, біль у СНЩС після емоційного перенапруження або під час уживання твердої їжі та зниження слуху. Функціональні розлади СНЩС і синдром больової дисфункції СНЩС ми виявили в 98 (64,47%) обстежених із середніми і великими дефектами зубних рядів.

Залежно від виду дефекту зубного ряду слід зазначити, що найвищий відсоток пацієнтів із поєднанням із синдромом дисфункції СНЩС виявлено за наявності однієї дистально необмежених дефектів зубних рядів – у 43 пацієнтів (66,15%), із дистально обмеженими дефектами синдром больової дисфункції виявлено у 27 хворих (64,29%), а у 28 хворих (62,22%) – із двобічними дистально необмеженими дефектами.

Висновки

Нами встановлено, що в 71,7 % обстежених пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів виявлено зубощелепні деформації, серед яких переважала вертикальна форма на верхній і нижній щелепах. Функціональні розлади СНЩС та синдром больової дисфункції СНЩС було виявлено в 64,5% обстежених із середніми і великими дефектами зубних рядів. При аналізі рухів нижньої щелепи встановлено, що в більшості хворих спостерігалися блокування і порушення рухів нижньої щелепи при сагітальних і трансверзальних зміщеннях.

Резюме

Однією з актуальних проблем ортопедичної стоматології є висока поширеність середніх і великих дефектів зубних рядів серед людей середнього і старшого віку та наявності відповідних змін із боку зубощелепної системи, зокрема оклюзійних порушень, вторинних зубощелепних деформацій та захворювань скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) і жувальних м'язів.

Мета дослідження. Вивчити особливості клініки і стану зубощелепної системи в пацієнтів із поєднаними середніми і великими дефектами зубних рядів, зубощелепними деформаціями і захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба.

Матеріали і методи дослідження. Проведено вивчення особливостей клініки в 152 пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів, поєднаними із зубощелепними деформаціями і функціональними розладами скронево-нижньощелепного суглоба. Значну увагу звертали на характер зміщень нижньої щелепи при сагітальних, вертикальних і трансверзальних рухах за допомогою артикуляційної системи "Cadiac Compact".

Результати дослідження. Нами встановлено, що в 71,7 % обстежених пацієнтів із середніми і великими дефектами зубних рядів виявлено зубощелепні деформації, серед яких переважала вертикальна форма на верхній і нижній щелепах. Необхідно зазначити, що у хворих із дистально обмеженими дефектами характерним є зміщення або нахил молярів у медіальний бік, висування зубів-антагоністів у вертикальній площині та нахил зубів, які обмежують дефект зубного ряду з медіального боку в горизонтальній площині. Залежно від виду дефекту зубного ряду слід зазначити, що найвищий відсоток пацієнтів із поєднанням із синдромом дисфункції СНЩС виявлено за наявності однієї дистально необмежених дефектів зубних рядів – у 66,2 % пацієнтів, із дистально обмеженими дефектами – синдром больової дисфункції виявлено в 64,3 % хворих, а в 62,2 % хворих – із двобічними дистально необмеженими дефектами.

Література

1. Рожко М.М. Ортопедична стоматологія: підручник / М.М. Рожко, В.П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
2. Терапевтична стоматологія: підручник: у 4 т. – Т. 3. Захворювання пародонта / [М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун та ін.]. – К.: Медицина, 2008. – 616 с.
3. Заблоцький Я.В. Поширеність та структура дефектів зубних рядів у населення м. Львова та Львівської області / Я.В. Заблоцький, Н.М. Дидик // Вісник стоматології. – 2005. – № 4. – С. 77 – 87.
4. Хватова В. Основы гнатологии. Лечение заболеваний и дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В. Хватова // ДентАрт. – 2010. – № 1. – С. 28 – 40.
5. Максименко П.В. Удосконалення диференційованих підходів до ортопедичного лікування пацієнтів із захворюваннями пародонта / П.В. Максименко // Інтегративна антропологія. – 2010. – № 1 (15). – С. 31 – 35.
6. Трофименко О.А. Показники мікроциркуляції та клінічна характеристика стану тканин пародонта в осіб із дефектами зубних рядів / О.А. Трофименко // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 6. – С. 19 – 22.
7. Москаленко П.А. Окклюзионно-компрессионные нарушения компонентов височно-нижнечелюстного сустава при его одностороннем вывихе / П.А. Москаленко, О.В. Рыбалов // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 3. – С. 9 – 11.
8. Неспрядько В.П. Усунення оклюзійних порушень у пацієнтів з втратою перших постійних молярів як етап підготовки до ортопедичного лікування / В.П. Неспрядько, Г.Є. Захарова, П.Ю. Прокоп'єва // Науковий вісник НМУ ім. О.О. Богомольця. – 2009. – № 2 – 3. – С. 124 – 128.
9. Хватова В.А. Окклюзионные шины / В.А. Хватова, С.О. Чикунов. – М.: МИГ «Медицинская книга», 2010. – 56 с.

Стаття надійшла
11.03.2015 р.

Ключові слова: зубощелепні деформації, дефекти зубних рядів, захворювання скронево-нижньощелепного суглоба.

Резюме

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является высокая распространенность средних и больших дефектов зубных рядов среди людей среднего и старшего возраста и наличие соответствующих изменений со стороны зубочелюстной системы, в частности окклюзионных нарушений, вторичных зубочелюстных деформаций и заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц.

Цель исследования. Изучить особенности клиники и состояния зубочелюстной системы у пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов, зубочелюстными деформациями и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы исследования. Проведено изучение особенностей клиники у 152 пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов, с сопутствующими зубочелюстными деформациями и функциональными расстройствами височно-нижнечелюстного сустава. Значительное внимание обращали на характер смещений нижней челюсти при сагиттальных, вертикальных и трансверзальных движениях с помощью артикуляционной системы "Cadiax Compact".

Результаты исследования. Нами установлено, что в 71,7 % исследуемых пациентов со средними и большими дефектами зубных рядов обнаружены зубочелюстные деформации, среди которых преобладала вертикальная форма на верхней и нижней челюстях. Необходимо отметить, что у больных с дистально ограниченными дефектами характерным являются смещение или наклон моляра в медиальную сторону, выдвигание зубов-антагонистов в вертикальной плоскости и наклон зубов, которые ограничивают дефект зубного ряда с медиальной стороны в горизонтальной плоскости. В зависимости от вида дефекта зубного ряда следует отметить, что самый высокий процент пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС обнаружен при наличии односторонних дистально неограниченных дефектов зубных рядов – у 66,2 % пациентов, с дистально ограниченными дефектами – синдром болевой дисфункции обнаружен у 64,3 % больных, а у 62,2 % больных – с двухсторонними дистально неограниченными дефектами.

Ключевые слова: зубочелюстные деформации, дефекты зубных рядов, заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

UDC: 616.31-07+616.314-77

IA. Dmytrenko

COMBINING OF DENTAL DEFECTS WITH DENTITION DEFORMATION AND DISEASES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Ivano-Frankivsk National Medical University

Summary. One of the urgent problems of Prosthetic Dentistry is a high prevalence of medium and large dentition defects among middle-aged and older and the availability of appropriate changes on the part of the tooth-jaw system, particular in occlusive disorders, secondary tooth-jaw deformations and diseases of the temporomandibular joint (TMJ) and masticatory muscles.

The aim of investigation. To study the clinical features and condition of the tooth-jaw system in patients with combined medium and large dental defects, tooth-jaw deformations and diseases of the temporomandibular joint.

Materials and methods of investigation.

It was conducted the study of clinical features in 152 patients with medium and large dental defects combined with dentition deformations and functional disorders of the temporomandibular joint. Special attention is paid to the nature of the displacement of the mandible in the sagittal, vertical and transversal movements using articulation system "Cadiax Compact".

Results of investigation. We have established that 71.7% of the examined patients with medium and large dentition defects were found teeth and jaws deformations, among which dominated vertical form on the upper and lower jaws. It should be noted that patients with limited distal defects are characterized by a shift or tilt molars in the medial side, the nomination of teeth-antagonists in the vertical plane and slope teeth, limiting defect teeth on the medial side in a horizontal plane. Depending on the type of dentition defect, should be mentioned that the highest percentage of patients with a combination of TMJ dysfunction syndrome was discovered at presence unilateral distal unlimited defects of dentition - in 66.2% of patients with limited distal defects was discovered the syndrome of pain dysfunction in 64.3% of patients and in 62.2% of patients - with bilateral distal unlimited defects.

Key words: teeth and jaws deformation, defects of dentition, disease of the temporomandibular joint.