

УДК 616.31-002-06-053.81

М.С. Дрогомирецька¹, Ю.М. Мартиць², О.В. Клітинська³, В.О. Бородач³, В.З. Іваськевич³

Оцінка стоматологічного статусу осіб молодого віку з бруксизмом у Тернопільській області

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, м. Тернопіль, Україна

³ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Ужгород

Мета – оцінити стан стоматологічного здоров'я осіб молодого віку в Тернопільській області, яким встановлено діагноз бруксизму.

Матеріали та методи. У Тернопільській обласній клінічній лікарні обстежено 377 осіб молодого віку (25–44 роки), які звернулись зі скаргами на частий головний біль і біль у вухах зранку, неприємні відчуття після сну в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення апетиту та сну. В усіх пацієнтів оцінено стоматологічний статус, наявність ортодонтичної патології та супраконтактів.

Результати. Усім пацієнтам встановлено діагноз бруксизму на основі даних об'єктивного обстеження електроміографії жувальних м'язів, а також даних анкетування за Славічеком та результатів оклюдограми. Показники поширеності та інтенсивності карієсу, наявності запалення ясен, стану гігієни не достовірно відрізняються від середніх показників по області, проте у всіх пацієнтів є ортодонтична патологія, та супраконтакти, що є основним чинником виникнення бруксизму (Ск=0,98; р=0,04).

Висновки. На основі проведеного суб'єктивного та об'єктивного дослідження всім обстеженим (377 осіб молодого віку) встановлено діагноз бруксизму; провідними скаргами були часті головні болі, що посилюються зранку після сну, неприємні відчуття в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення сну та апетиту.

Ключові слова: особи молодого віку, бруксизм, стоматологічний статус, прикус, електроміографія жувальних м'язів.

Вступ

Тернопільська область, площею 13 823 км², розташована на Подільській височині і займає при цьому східну частину Галичини та частину Південної Волині. Вся територія області за природними геохімічними особливостями поділяється на окремі частини: Тернопільське плато, Подільське та Кременецьке горбогір'я, Товтровий кряж, Придністровська долина. Клімат Тернопільщини є різко континентальним із теплим вологим літом та м'якою зимою. Станом на 1 лютого 2013 р. населення області становило 1 076 632 особи, у т.ч. міське – 475 285, сільське – 601 347. Більшість населення в області становлять жінки – 53,5%, а чоловіки – 46,5% (на кожні 1000 жінок припадає 866 чоловіків).

За даними багатьох авторів, бруксизм – це стоматологічна патологія, головний симптом якої – скрегіт зубами при стисненні щелеп енаслідок мимовільного скорочення жувальних м'язів [1–5, 12–16]. Бруксизм є частим проявом генералізованого процесу, який характеризується різноманітними соматичними порушеннями та викликаний психологічним стресом. Як правило, першим, хто діагностує дану патологію, є лікар-стоматолог. На локальному рівні бруксизм призводить до порушення природної оклюзії зубів, що значно утруднює відновлення правильного співвідношення зубних рядів [6–10, 17–23].

З аналізу джерел літератури встановлено, що поширеність бруксизму становить від 5 до 90% у

дорослого населення і від 10 до 50% у дітей. Зниження частоти спостерігається в осіб від 60 років [11, 24–28].

Значні розбіжності пояснюються не досконалою діагностикою, оскільки верифікація діагнозу основана на суб'єктивних даних анкетування станів під час сну, як перших симптомів захворювання [8–10, 13–15].

На появу даної патології впливає ціла низка причин, тому дане захворювання вивчається не тільки в межах стоматології, але і в психології, неврології, оториноларингології, гастроентерології [6, 12, 24].

З точки зору стоматологічної теорії виникненню бруксизму сприяють різноманітні відхилення в будові та функціях зубо-щелепної системи, зокрема патології прикусу, аномалії зубних рядів (адентія, надкомплектні зуби), неадекватно підібрані ортопедичні та ортодонтичні конструкції, артрит та артроз СНЩС та його дисфункції, посттравматичні зміни щелепно-лицевої ділянки [5, 7, 19].

Вираженість бруксизму залежить від стоматологічного та психічного статусу. Для визначення взаємообтяжувального впливу враженості бруксизму та стоматологічної патології визначено стан стоматологічного здоров'я.

На основі суб'єктивного та об'єктивного обстеження, лабораторних методів дослідження всім обстежуваним встановлено діагноз бруксизму.

Мета роботи – оцінити стан стоматологічного здоров'я осіб молодого віку у Тернопільській області, в яких встановлено діагноз бруксизму.

Матеріали та методи

У Тернопільській обласній клінічній лікарні обстежено 377 осіб молодого віку (25–44 роки), з них 1/3 становили чоловіки (38%), 2/3 – жінки (62%). Пацієнти звернулися зі скаргами на частий головний біль та біль у вухах зранку, неприємні відчуття після сну в області щелеп та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення апетиту та сну.

Усім обстеженим визначили поширеність та інтенсивність карієсу, стан гігієни, наявність запалення ясен (індекс РМА), наявність ортодонтичної патології та супраконтатів.

Результати дослідження та їх обговорення

При обстеженні 377 осіб молодого віку (25–44 роки) визначено поширеність та інтенсивність карієсу постійних зубів. Поширеність карієсу постійних зубів дорівнювала $87,53 \pm 2,2$, причому серед 144 чоловіків показник недостовірно вищий – $89,58 \pm 2,2$, а серед жінок дещо нижчий – $86,26 \pm 2,3$, але показники залишаються критичними для обох статей (табл. 1).

Інтенсивність карієсу постійних зубів індекс КПВ показала недостовірну відмінність між показником у чоловіків ($10,1 \pm 1,1$) та жінок ($8,9 \pm 1,1$) і в середньому становила $19,0 \pm 1,1$ (табл. 2).

Наявність запалення визначено за індексом РМА. Встановлено, що середні значення вказаного індексу у обстежуваних осіб були на рівні $28,6 \pm 1,90$, що відповідає

середньому ступеню гінгівіту, зокрема, у чоловіків показник коливався у межах $27,3 \pm 2,34$, у жінок – $29,9 \pm 4,9$ (табл. 3).

Таблиця 1

Поширеність карієсу серед обстежених (%)

Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Усього (n=377)
$89,58 \pm 2,1$	$86,26 \pm 2,3$	$87,53 \pm 2,2$

Таблиця 2

Інтенсивність карієсу серед обстежених (ум. од.)

Обстежені	Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Усього (n=377)
КПВ	$10,1 \pm 1,1$	$8,9 \pm 1,1$	$19,0 \pm 1,1$

Таблиця 3

Результати індексу РМА оглянутих осіб (%)

Вік обстежених	Чоловіки (n=144)	Жінки (n=233)	Середні значення (n=377)
25–44 роки	$27,3 \pm 2,34$	$29,9 \pm 4,9$	$28,6 \pm 1,90$

Визначення наявності запалення в яснах визначено за критеріями проби Шиллера–Писарева. Дані таблиці 4 вказали на превалювання позитивної та слабо позитивної проби, відповідно по $40,32\%$ та $39,26\%$ від числа всіх обстежених; негативною проба була у $20,42\%$.

Таблиця 4

Результати проби Шиллера–Писарева

Інтерпретація	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	Р – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Негативна	–	29	20,1	48	20,6	77	20,42
Слабо позитивна	$S_k=0,87, p<0,05$	52	36,1	96	41,2	148	39,26
Позитивна	$S_k=0,87, p<0,05$	63	43,8	89	38,2	152	40,32

При визначенні стану гігієни ротової порожнини в обстежуваних встановлено, що доброю гігієна була у $22,28\%$ (84 особи), з яких $18,05\%$ – 26 чоловіків, $24,89\%$ – 58 жінок. Задовільною гігієна була у $39,87\%$ (139 осіб), серед яких $29,86\%$ – 43 чоловіки, $39,87\%$ – 139 жінок. Гігієна була оцінена як незадовільна у $31,57\%$ (119 обстежених), зокрема, у $41,67\%$ – 60 чоловіків, $25,32\%$ –

59 жінок. Поганою була гігієна у $9,28\%$ (35 обстежених), з яких $10,42\%$ – 15 чоловіків, $8,58\%$ – 20 жінок (табл. 5).

При визначенні виду прикусу в обстежених пацієнтів встановлено, що ортогнатичний прикус був у $11,4\%$ (42 обстежених), серед яких $11,1\%$ – 16 чоловіків, $11,15\%$ – 26 жінок (табл. 6).

Таблиця 5

Стан гігієни порожнини рота в обстежених осіб

Стан гігієни	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	Р – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Добрий	$S_k=0,92, p<0,05$	26	18,05	58	24,89	84	22,28
Задовільний	$S_k=0,83, p<0,05$	43	29,86	96	41,21	139	39,87
Незадовільний		60	41,67	59	25,32	119	31,57
Поганий		15	10,42	20	8,58	35	9,28

Таблиця 6
Вид прикусу обстежених осіб

Вид прикусу	Ск – кореляція	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
	P – достовірність	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ортогнатичний	Ск=0,98, p=0,04	16	11,1	26	11,15	42	11,14
Глибокий	Ск=0,68, p=0,03	28	19,45	39	16,74	67	17,77
Дистальний	Ск=0,58, p=0,03	31	21,53	48	20,61	79	20,95
Прямий	Ск=0,68, p=0,03	9	6,25	18	7,73	27	7,16
Мезіальний	-	8	5,56	12	5,15	20	5,31
Відкритий	-	5	3,47	10	4,29	15	3,98
Перехресний	-	11	7,64	25	10,73	36	9,55

Глибокий прикус діагностовано у 17,77% (67 осіб), з них 19,45% – 28 чоловіків, 16,74% – 39 жінок; дистальний прикус – у 20,95% (79 осіб), з них 21,53% – 31 чоловік, 20,61% – 48 жінок; перехресний – у 9,55% (36 обстежених), зокрема у 7,64% – 11 чоловіків, 10,73% – 25 жінок. Поширеність прямого прикусу становила 7,16% (27 осіб), з них 6,25% – 9 чоловіків, 7,73% – 18 жінок; мезіального – 5,31% (20 обстежених), з них 5,56% – 8 чоловіків, 5,15% – 12 жінок; відкритого – 3,98% (15 осіб), з них 3,47% – 5 чоловіків, 4,29% – 10 жінок.

Отже, серед 377 обстежених осіб молодого віку перевагував дистальний прикус (у 20,95%) та глибокий прикус (у 17,77%). Ортогнатичний прикус діагностувався у 11,14% (42 пацієнти). Поширеність інших видів прикусу була в межах до 10%.

Електроміографічне дослідження стану жувальних м'язів обстежених

Широко використовуваний метод діагностики бруксизму базується на аналізі стану жувальних м'язів, при якому реєструють електроміографічні імпульси від жувальних м'язів при максимально стиснутих щелепах (МС) і протягом 20 хв. після максимального розслаблення жувальних м'язів (МР) фіксують кількість та амплітуди імпульсів. При числі імпульсів МР, амплітуда яких дорівнює або перевищує максимальну амплітуду понад 50 МС, діагностують бруксизм. Сутність методу полягає в тому, що здійснюють реєстрацію інтерференційної електроміограми (ЕМГ) від жувальних м'язів при максимальному вольовому стисненні щелеп на ватних валиках, при цьому інтерференційну ЕМГ реєструють з власне жувального та з скроневого м'язів, також додатково реєструють латентність М – відповіді з власне жувального м'язу та тривалість пізнього компонента.

За результатами ЕМГ, у 100% (377 осіб), з них 38% – 144 хлопців, 62% – 233 дівчат, встановлено діагноз бруксизму.

Таблиця 7
Результати електроміографії жувальних м'язів

Обстежуваний параметр	Норма	Показники в обстежених
Латентність М-відповіді власне жувального м'язу зліва; p=0,000347	3,56±0,65	1,13±0,17
<i>Середня амплітуда інтерференційної електроміограми</i>		
m. masseter dextra; p=0,00587	511,19±42,19	371,24±27,53
m. masseter sinistra; p=0,008765	508,78±43,84	372,28±27,78
m. temporalis dextra; p=0,0506891	358,61±26,47	305,75±23,01
m. temporalis sinistra; p=0,05272	393,99±28,61	304,47±24,82
<i>Середня частота інтерференційної електроміограми</i>		
m. masseter dextra; p=0,028644	340,39±15,01	294,35±18,09
m. masseter sinistra; p=0,010818	358,08±19,07	284,36±16,18
m. temporalis sinistra; p=0,022046	363,65±19,45	281,65±17,91
<i>Тривалість пізньої відповіді мигального рефлексу</i>		
праворуч (мс); p=0,034271	25,30±1,45	30,2±2,61
ліворуч (мс); p=0,022764	24,5±1,87	31,4±1,98

Анкетування за Славічеком

Функціональний аналіз за Славічеком включає суб'єктивну та об'єктивну оцінку стану жуваального апарату: загальносоматичний стан, дентальний статус, пародонтологічне обстеження, клінічне дослідження м'язів, нервових утворень, стан СНЩС, динаміку рухів нижньої щелепи, оклюзійні контакти (табл. 8).

Перелік перерахованих суб'єктивних симптомів включено до схеми обстеження – оклюзійного індексу (ОІ).

Оклюзійний індекс – це алгоритм опитування, що дає змогу визначити порушення функцій жуваального апарату за суб'єктивними відчуттями пацієнта.

Використана схема опитування визначає не лише наявність перерахованих симптомів, але й показує їх рівень у балах залежності від суб'єктивних відчуттів пацієнта. В подальшому отриману суму балів ділять на кількість симптомів і таким чином отримують оцінку проявів порушень (коефіцієнт від 1 до 3 балів).

Таблиця 8

Наявність суб'єктивних симптомів, включених до схеми визначення оклюзійного індексу

№	Параметри	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)		Усього (n=377)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Чи є проблеми з жуванням	98	68,05	201	86,27	299	79,31
2.	Чи є проблеми з мовленням	5	3,47	19	8,15	24	6,37
3.	Чи присутній дискомфорт при максимальному змиканні зубів	115	79,86	211	90,56	326	86,47
4.	Чи спостерігається надмірна чутливість зубів	56	38,89	85	36,48	141	37,40
5.	Чи наявні больові відчуття при рухах нижньої щелепи	121	84,03	217	93,13	338	89,66
6.	Чи є шуми під час руху щелепи	18	12,5	35	15,02	53	14,06
7.	Чи спостерігаються больові відчуття у СНЩС	98	68,06	210	90,13	308	81,70
8.	Чи буває головний біль	135	93,75	215	92,27	350	92,84
9.	Чи бувають спазми в м'язах голови та шиї	85	59,03	198	84,98	283	75,07
10.	Чи є проблеми з поставою	35	24,31	69	29,61	104	27,59

З аналізу результатів проведеного анкетування відомо, що з 377 опитаних осіб провідною скаргою, як серед чоловічої, так і серед жіночої статі, є наявність головного болю (чоловіки – 135 осіб, 93,75%; жінки – 215 осіб, 92,27%). Значний відсоток обстежених скаржиться на наявність больових відчуттів при рухах нижньої щелепи (у 121 чоловіка – 84,03%, 217 жінок – 93,13%), а також на наявність дискомфорту при максимальному змиканні зубів (чоловіків – 115, 79,86%; жінок – 211; 90,56%). Скарги на больові відчуття у СНЩС висловлюють 98 чоловіків – 68,06%, 210 жінок – 90,13%, вказують на

проблеми з жуванням 98 чоловіків – 68,05%, 201 жінка – 86,27%. Наявність спазмованих скорочень м'язів голови та шиї відзначають 85 чоловіків – 59,03%, 198 жінок – 84,98%. Надмірна чутливість зубів у 56 обстежених чоловіків – 38,89%, 85 жінок – 36,48%, проблеми з поставою відзначаються у 35 чоловіків – 24,31%, 69 жінок – 29,61%. Крім того, обстежені пацієнти скаржаться на наявність шуму під час руху нижньої щелепи – 18 чоловіків – 12,5%, 35 жінок – 15,02%. Найменший відсоток займає наявність фонетичних розладів (проблеми з вимовою) 5 чоловіків – 3,47%, 19 жінок – 8,15% (табл. 9).

Таблиця 9

Визначення оклюзійного індексу

Проблеми з жуванням						
кількість балів	чоловіки (n=98)		жінки (n=201)		усього (n=299)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	43	43,88	58	28,86	101	33,78
2 бали	39	39,80	87	43,28	126	42,14
3 бали	16	16,32	56	27,86	72	24,08
Проблеми з мовленням						
кількість балів	чоловіки (n=5)		жінки (n=19)		усього (n=24)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	3	60,0	13	68,42	16	66,67
2 бали	1	20,0	4	21,05	5	20,83
3 бали	1	20,0	2	10,53	3	12,5

Продовження таблиці 9

Дискомфорт при максимальному змиканні зубів						
кількість балів	чоловіки (n=115)		жінки (n=211)		усього (n=326)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	15	13,04	32	15,17	47	14,42
2 бали	32	27,83	54	25,59	86	26,38
3 бали	68	59,13	125	59,24	193	59,20
Надмірна чутливість зубів						
кількість балів	чоловіки (n=56)		жінки (n=85)		усього (n=141)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	25	44,64	41	48,24	66	46,81
2 бали	18	32,14	23	27,06	41	29,08
3 бали	13	23,22	21	24,70	34	24,11
Больові відчуття при рухах нижньої щелепи						
кількість балів	чоловіки (n=121)		жінки (n=217)		усього (n=338)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	16	13,22	28	12,90	44	13,02
2 бали	22	18,18	84	38,71	106	31,36
3 бали	83	68,60	105	48,39	188	55,62
Шум під час рухів нижньої щелепи						
кількість балів	чоловіки (n=18)		жінки (n=35)		усього (n=53)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	11	61,11	17	48,58	28	52,84
2 бали	4	22,22	9	25,71	13	24,52
3 бали	3	16,67	9	25,71	12	22,64
Больові відчуття у СНЩС						
кількість балів	чоловіки (n=98)		жінки (n=210)		усього (n=308)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	40	40,82	29	13,81	69	22,40
2 бали	27	27,55	76	36,19	103	33,44
3 бали	31	31,63	105	50,0	136	44,16
Наявність головного болю						
кількість балів	чоловіки (n=135)		жінки (n=215)		усього (n=350)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	15	11,11	43	20,0	58	16,57
2 бали	36	26,67	52	24,19	88	25,14
3 бали	84	62,22	120	55,81	204	58,29
Спазми в м'язах голови та шиї						
кількість балів	чоловіки (n=85)		жінки (n=198)		усього (n=283)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	37	43,53	73	36,87	110	38,87
2 бали	17	20,0	41	20,71	58	20,49
3 бали	31	36,47	84	42,42	115	40,64
Проблеми з поставою						
кількість балів	чоловіки (n=35)		жінки (n=69)		усього (n=104)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 бал	22	62,86	37	53,62	59	56,73
2 бали	8	22,86	21	30,44	29	27,89
3 бали	5	14,28	11	15,94	16	15,38

Діагностика наявності супраконтактів за даними оклюдограми та воскових шаблонів

Враховуючи те, що бруксизм призводить до стирання зубів, вивчено оклюзійне співвідношення зубних рядів. З цією метою використано оклюдограму, яка дає можливість оцінити наявність оклюзійних контактів, даючи їх відображення на восковій пластинці. Після цього об'єктивного дослідження визначено, що у 100% обстежуваних спостерігається наявність супраконтактів на жувальних поверхнях премоларів та моларів верхньої та нижньої щелепи.

Таблиця 10
Оклюдограма обстежених

Параметри ОКГ	Чоловіки (n=144)		Жінки (n=233)	
	абс.	%	абс.	%
50–60%	41	28,47	76	32,62
60–70%	56	38,90	98	42,06
70–80%	32	22,22	38	16,31
80–90%	15	10,41	21	9,01

За результатами оклюдограми, у всіх обстежених пацієнтів-«бруксистів» значення ОКГ становлять менше 100%, що свідчить про нерівномірне навантаження зубо-щелепного апарату та наявність супраконтактів. Даний показник найчастіше коливається в межах 60–70%, зокрема, у 56 чоловіків – 38,90%, 98 жінок – 42,06%. Значення ОКГ у межах 50–60% реєструється у 41 чоловіка – 28,47%, 76 жінок – 32,62%, а 70–80% наявне

у 32 чоловіків – 22,22%, 38 жінок – 16,31%. Найменше значення ОКГ (80–90%), що свідчить про незначну кількість супраконтактів, є у 15 чоловіків – 10,41%, 21 жінки – 9,01%.

Висновки

На основі проведеного суб'єктивного та об'єктивного дослідження всім обстеженим – 377 осіб молодого віку – встановлено діагноз бруксизм. Стосовно гендерних ознак спостерігається превалювання даної патології серед жіночої статі – 62% (чоловіки – 38%). Крім того, провідними скаргами, які турбують осіб із даною патологією, є частий головний біль, що посилюється зранку після сну, неприємні відчуття в області щелепи та шиї, дискомфорт під час жування, зубний біль, порушення сну та апетиту.

Також характерними є провідні зміни у стоматологічному статусі осіб з анамнезом, обтяженим даною патологією. Зокрема, наявні значні відхилення від норми серед показників поширеності та інтенсивності карієсу, індексів РМА, Федорова–Володкіної, зміни на оклюдограмі, електроміографії.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення взаємообтяжуючого впливу незадовільного стану стоматологічного здоров'я на вираженість бруксизму в осіб молодого віку може слугувати основою етіопатогенетичного лікування та профілактики розвитку ускладнень бруксизму.

Література

1. Воляк Ю. М. Поширеність, етіологія і вплив зубо-щелепних аномалій на формування лицевого черепа / Ю. М. Воляк, З. Р. Ожоган // Галицький лікарський вісник. – 2014. – Т. 21, № 2. – С. 13–16.
2. Головка Н. В. Ортодонція. Розвиток прикусу, діагностика зубо-щелепних аномалій, ортодонтичний діагноз / Н. В. Головка. – Полтава, 2005. – С. 30–42.
3. Головка Н. В. Профілактика зубощелепних аномалій / Н. В. Головка. – Вінниця : Нова Книга, 2005. – 252 с.
4. Дорошенко О. М. Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів різних вікових груп із сагітальними аномаліями прикусу / О. М. Дорошенко, К. М. Лихота, М. В. Дорошенко // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика. – 2015. – № 24 (2).
5. Дрогомирецька М. С. Розповсюдженість зубо-щелепних деформацій і захворювань тканин пародонта в дорослих у різні вікові періоди / М. С. Дрогомирецька, Б. М. Мірчук, О. В. Деньга // Український стоматологічний альманах. – 2010. – Т. 1, № 2. – С. 51–57.
6. Дрогомирецька М. С. Використання апарату T-scan III у ортодонції / М. С. Дрогомирецька, І. М. Гергель, О. О. Єзерська // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 180–181.
7. Дрогомирецька М. С. Втрата постійних зубів та розповсюдженість зубо-щелепних деформацій у дорослих / М. С. Дрогомирецька, Б. М. Мірчук, О. В. Деньга // Медичні перспективи. – 2010. – № 1. – С. 68–75.
8. Єзерська О. О. Сучасний метод діагностики функціонального стану СНЩС / О. О. Єзерська, М. С. Дрогомирецька, І. М. Гергель // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 183–184.
9. Каськова Л. Ф. Поширеність зубощелепних аномалій у дітей з урахуванням шкідливих звичок та відношення до ортодонтичного лікування / Л. Ф. Каськова, К. В. Марченко, О. Е. Бережна // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2015. – Т. 15, № 1 (49). – С. 17–20.
10. Клітинська О. В. Комплексне обґрунтування ранньої діагностики, профілактики та поетапного лікування карієсу дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду: дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.22 / О. В. Клітинська. – Ужгород, 2015. – 337 с.

11. *Клітинська О. В.* Епідеміологічний аналіз особливостей будови та функціонування щелепно-лицевого апарату у дітей Закарпаття, які постійно мешкають в умовах мікроелементозів / О. В. Клітинська // Молодий вчений. – 2014. – № 8 (11). – С. 112–114.
12. *Клітинський Ю. В.* Діагностика та комплексне патогенетичне лікування м'язово-суглобового больового дисфункційного синдрому / Ю. В. Клітинський // Наук. Вісн. Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця. – 2006. – № 3. – С. 78–80.
13. *Костенко Є. Я.* Поширеність та структура зубо-щелепних аномалій у дітей Закарпатської області / Є. Я. Костенко, В. С. Мельник // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2016. – № 1 (53). – С. 102–105.
14. *Лучинський М. А.* Частота зубощелепних аномалій та деформацій у дітей різних адаптивних типів Прикарпаття / М. А. Лучинський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 1 (55). – С. 31–34.
15. *Ляховська А. В.* Електроміографія жувальних м'язів у діагностиці дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу у підлітків / А. В. Ляховська // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2 (2). – С. 165–169. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2015_2%282%29__40. – Назва з екрана.
16. *Макєєв В. Ф.* Частота зубощелепних аномалій та стан гігієни порожнини рота у школярів м. Львова / В. Ф. Макєєв, Б. М. Мірчук, О. Б. Завойко // Вісник стоматології. – 2007. – № 3. – С. 32–34.
17. *Потапчук А. М.* Поширеність та структура зубо-щелепних аномалій серед дітей шкільного віку Закарпатської області / А. М. Потапчук, О. Ю. Рівіс, К. В. Зомбор // Проблеми клінічної педіатрії. – 2013. – № 1 (19). – С. 58–63.
18. *Проффит У. Р.* Современная ортодонтия / У. Р. Проффит. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 559 с.
19. *Реброва О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTIKA / О. Ю. Реброва. – Москва : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
20. *Рожко М. М.* Ортопедична стоматологія / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – Київ : Книга плюс, 2003. – 552 с.
21. *Розповсюдженість зубо-щелепних аномалій та деформацій, а також дефектів зубів та зубних рядів серед дітей шкільного віку м. Києва / С. І. Дорошенко, Є. А. Кульгінський, Ю. В. Ієвлєєва [та ін.] // Вісник стоматології. – 2009. – № 2. – С. 76–81.*
22. *Савичук Н. О.* Современные подходы к изучению стоматологического здоровья / Н. О. Савичук // Дентальные технологии. – 2010. – № 2. – С. 7–10.
23. *Amir I.* Bruxism secondary to antipsychotic drug exposure: A positive response to pro-pranolol / I. Amir, H. Hermesh, A. Gavish // Clin. Neuropharmacol. – 2005. – № 20. – P. 86–89.
24. *An electromyographic investigation of masticatory muscles symmetry in normo-occlusion subjects / V. F. Ferrario, C. Sforza, A. Colombo [et al.] // J. Oral Rehabil. – 2000. – Vol. 27, 1. – P. 33–40.*
25. *Baba K.* Bruxism force detection by a piezoelectric film-based recording device in sleeping humans / K. Baba, G. Clark, T. Ohyama // Journal Oral Pain. – 2003. – № 17. – P. 58–64.
26. *Bader G.* Sleep bruxism: an overview of anoromandibular sleep movement disorder / G. Bader, G. Lavigne // Sleep Medicine Reviews. – 2000. – № 1 (1). – P. 27–43.
27. *Stegenda B.* Bruxism and temporomandibular disorders / B. Stegenda, F. Lobbezoo // Ned. Tijdschr Tandheelkd. – 2000. – № 107. – P. 285–288.
28. *Surface raw electromyography has a moderate discriminatory capacity for differentiating between healthy individuals and those with TMD: a diagnostic study / U. Santana-Mora, M. López-Ratón, M. J. Mora [et al.] // J. Electromyogr. Kinesiol. – 2014. – Vol. 24 (3). – P. 332–340.*

Дата надходження рукопису до редакції: 15.02.2018 р.

Оценка стоматологического статуса лиц молодого возраста с бруксизмом в Тернопольской области

*М.С. Дрогомирецька¹, Ю.Н. Мартыць²,
О.В. Клітинська³, В.А. Бородач³, В.З. Іваськевич³*

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского», г. Тернополь, Украина

³ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель – оценить стоматологический статус лиц молодого возраста в Тернопольской области, которым поставлен диагноз бруксизм.

Материалы и методы. В Тернопольской областной клинической больнице обследованы 377 лиц молодого возраста (25–44 года), которые обратились с жалобами на головную боль, боль в ушах по утрам, неприятные ощущения во время сна в области челюстей и шеи, дискомфорт во время жевания, зубные боли, нарушение аппетита и сна. У всех пациентов оценен стоматологический статус, наличие супраконтактов и ортодонтической патологии.

Результати. Всем пациентам подтвержден диагноз бруксизма на основании данных объективного обследования, электромиографии жевательных мышц, а также данных анкетирования по Славичеку и результатов окклюдодограммы. Показатели распространенности и интенсивности кариеса, наличие воспаления десен, состояния гигиены не достоверно отличались от средних показателей по области, но у всех обследованных была диагностирована ортодонтическая патология, супраконтакты, что и есть превалирующим фактором бруксизма ($C_k=0,98$; $p=0,04$).

Выводы. На основании проведенного субъективного и объективного исследований 377 лиц молодого возраста поставлен диагноз бруксизма: ведущими жалобами были частые головные боли, усиливающиеся по утрам после сна, неприятные ощущения в челюстях, дискомфорт во время жевания, зубная боль, нарушение сна и аппетита.

Ключевые слова: лица молодого возраста, бруксизм, стоматологический статус, прикус, электромиография жевательных мышц.

Evaluation of the stomatological status of young persons with the brouxism in the Ternopil region

*M.S. Drohomiretska¹, Y.M. Martyts²,
O.V. Klitynska³, V.O. Borodatch³, V.S. Ivaskevych³*
¹Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine
²SU "Ternopil State Medical University
named after I.Ya. Gorbachevsky", Ternopil, Ukraine
³SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose – to establish a dental status in young people of the Ternopil region, who were diagnosed with bruxism.

Materials and methods. In the Ternopil Oblast Clinical Hospital, 377 young people (aged 25–44) were examined who complained of headache, ear pain in the morning, discomfort during sleep in the jaw and neck area, discomfort during chewing, dental pain, loss of appetite and sleep. All patients were evaluated dental status, the presence of supracontacts and orthodontic pathology.

Results. All patients confirmed the diagnosis of bruxism on the basis of data from the objective examination, electromyography of the masticatory muscles, the results of the questionnaire after Slavichkek, the occludogram quotations. The indices of the spreading and intensity of caries, the presence of gum disease, the state of hygiene did not significantly differ from the average in the area, but all examined had orthodontic pathology, supracontacts, which is the prevailing bruxism ($C_c=0.98$, $p=0.04$).

Conclusions. Based on the subjective and objective research conducted, 377 young people were diagnosed with bruxism: the leading complaints were frequent headaches, worsening in the morning after sleep, unpleasant sensations in the jaws, discomfort during chewing, toothache, sleep and appetite disorders.

Key words: young people, bruxism, dental status, bite, electromyography of masticatory muscles.

Відомості про авторів

Дрогомирецька Мирослава Стефанівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри ортодонції Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Стрітенська, 7/9, м. Київ, 02000, Україна.

Мартиць Юрій Миколайович – асистент кафедри дитячої стоматології ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; вул. Руська, 53/32, м. Тернопіль, 46000, Україна.

Клітинська Оксана Василівна – д.мед.н., проф., завідувач кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Бородач Володимир Олексійович – доцент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Іваськевич Вікторія Зіновіївна – асистент кафедри стоматології дитячого віку ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Університетська, 16а, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.