

the expense of what there is increasing chewing pressure and reduce the period of adaptation of patients to of complete dentures. Research data allow recommending "Stomafix" JSC "Stoma" (Kharkov, Ukraine) in clinical prosthodontics.

УДК 616.724 – 008.6 – 02: 616. 314.2

Риберт Ю. О.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБО-ЩЕЛЕПНИХ ПАТОЛОГІЙ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ЧАСТИНА 2. СТАН ЗУБО-ЩЕЛЕПНОГО КОМПЛЕКСУ ОБСТЕЖЕНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАЛЕЖНО ВІД ДІАГНОСТОВАНИХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Дослідження базується на обстеженні 175 пацієнтів, із них 76 чоловіків (43,4%) та 99 жінок (56,6%) у віці від 13 до 80 років, які звернулися або були скеровані на консультацію та лікування з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади. Міофасціальна патологія жувальних м'язів, м'язів шиї та м'язів плечей діагностовано у 44 пацієнтів, у 47 пацієнтів виявлені суглобові розлади (артропатія), до групи пацієнтів з поєднаною патологією скронево-нижньощелепних розладів (міофасціальна патологія+артропатія) увійшли 23 пацієнти. Окрему групу склали 54 пацієнти, які звернулися або були скеровані на консультацію з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, в яких у результаті клініко-інструментального обстеження діагноз не був підтверджений, але які потребували повної відновної реконструкції оклюзійних співвідношень з попередньою перебудовою міостатичного рефлексу. Аналіз стану зубо-щелепного комплексу обстежених здійснений за відповідними групами. Виявлено різний ступінь патології зубо-щелепного комплексу залежно від типу СНР, з переважанням таких патологій як «множинні дефекти зубних рядів», «пародонтит I-II ступеня», «ортодонтична патологія» та «ятрогенна патологія».

Ключові слова: м'язево-суглобова дисфункція, патологія зубо-щелепного комплексу.

Наукове дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького «Екологія та пародонт. Дисфункції скронево-нижньощелепового суглоба» (№ державної реєстрації 0114U000112) та є фрагментом кваліфікаційної роботи автора.

Вступ

На тепер значна частина вітчизняних і зарубіжних дослідників пов'язують сучасний стан проблеми розвитку скронево-нижньощелепних розладів (СНЩР) із патологією зубо-щелепної системи [1,4,6,9,11,12,13,15].

До них відносять і такі ятрогенні чинники як незбалансоване ортодонтичне лікування [8,10,14], дезоклюзійні реставрації та протезні конструкції [2,3], обтяжене видалення нижніх третіх молярів та інші стоматологічні маніпуляції [7,16].

Вважається, що вплив порушень оклюзійних взаємовідносин на стан м'язево-суглобового комплексу відбувається через два механізми.

По-перше, гострі зміни оклюзійних взаємовідносин призводять до компенсаторних захисних м'язових скорочень і ремодельовання м'язової активності у бік парафункціональної гіперактивності, що в подальшому викликає порушення біохімізму м'язів з розвитком ацидозу і, як наслідок цього, розвиток м'язового больового синдрому, з тимчасовим збереженням положення голвки нижньої щелепи у правильному положенні без дистопії суглобового диска.

По-друге, тривала зміна оклюзійних співвідношень, що забезпечує стійку дію сумарного вектора навантаження за типом компресії, приводить до адаптаційного ремодельовання м'язової

сполучної тканини і кісткової тканини, що створює умови для прогресування адаптаційних механізмів і приводить до стійких морфологічних змін у будові диска, суглобових поверхонь, внутрішньо-суглобових зв'язок, біламінарної зони. Це в подальшому і веде до просторової зміни положення диска і його повного зсуву. Надалі відбуваються стійкі зміни м'язового тону і біологічної активності жувальної мускулатури, що і приводить до виникнення больового синдрому або шумових явищ [5].

Мета дослідження

Визначення стану зубо-щелепного комплексу пацієнтів залежно від діагностованих скронево-нижньощелепних розладів.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження базується на обстеженні 175 пацієнтів, із них 76 чоловіків (43,4 %) та 99 жінок (56,6%) у віці від 13 до 80 років, які звернулися або були скеровані на консультацію та лікування з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади.

Після підтвердження або спростування скронево-нижньощелепного розладу та уточнення внутрішньо-ротового стану зубоальвеолярного комплексу та оклюзії пацієнти були розділені на групи залежно від конкретно виявленої м'язево-суглобової дисфункції.

Аналіз здійснений за станом зубо-щелепного

комплексу залежно від діагнозу скронево-нижньощелепного розладу.

Результати досліджень та їх обговорення

Із 175 обстежених пацієнтів міофасціальна патологія жувальних м'язів, м'язів шиї та м'язів плечей діагностовано у 44 пацієнтів, із них у 11 чоловіків (25,0%) та у 33 жінок (75,0%), що вказує на переважання жінок з цією патологією над чоловіками у три рази (табл. 1). Жувальні м'язи були задіяні у патологічному процесі у 43 пацієнтів (97,7%), м'язи шиї у 27 пацієнтів (61,3%), м'язи плечей у 7 пацієнтів (15,8%), в тому числі у різних комбінаціях.

У всіх пацієнтів цієї групи виявлені різноманітні патології оклюзії у різних комбінаціях з переважанням ортодонтичної патології у 24 пацієнтів (54,4%), патологічного прорізування третіх молярів (в основному нижніх) у 9 пацієнтів (20,3%)

та вторинні деформації зубних рядів у 6 пацієнтів (13,6%). Звертає увагу наявність ятрогенних патологій у 4 пацієнтів (8,8%) цієї групи.

Отже, для міофасціальної патології скронево-нижньощелепних розладів найбільш характерними оклюзійними порушеннями були: ортодонтична патологія, патологія прорізування третіх молярів, вторинні деформації зубних рядів та ятрогенна патологія.

У 47 пацієнтів виявлені суглобові розлади (артропатії), із них у 24 чоловіків (51,1%) і у 23 жінок (48,9%) майже рівномірно (табл. 2). Серед цієї групи пацієнтів переважали зміщення меніску СНЩС у 33 пацієнтів (70,2%), компресія біламінарної зони у 6 пацієнтів (12,8%) та артрози у 5 пацієнтів (10,6%). Гіпермобільність виявлена у 3 пацієнтів (6,3%) та артрити у 2 пацієнтів (4,2%).

*Таблиця 1
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (міофасціальна патологія оклюзіопатія) за статтю*

| Стать | Пацієнти | | Міофасціальна патологія | | | | | | Оклюзіопатія | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|-------|-------------------------|------|-----------|------|--------------|------|------------------------|------|--------------------------------------|------|-------------------------------|-----|---------------------|------|---------------------|-----|-----------------------|-----|----------------------------|-----|
| | | | жувальні м'язи | | м'язи шиї | | м'язи плечей | | ортодонтична патологія | | патологічне прорізування 3-х молярів | | множинні дефекти зубного ряду | | вторинна деформація | | ятрогенна патологія | | патологічна стертість | | пародонтит I та II ступеня | |
| | | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ч | 11 | 25,0 | 10 | 22,7 | 6 | 13,5 | 2 | 4,4 | 7 | 15,9 | 2 | 4,4 | 2 | 4,4 | - | - | 1 | 2,2 | - | - | 3 | 6,6 |
| ж | 33 | 75,0 | 33 | 75,0 | 21 | 47,7 | 5 | 11,4 | 17 | 38,6 | 7 | 15,9 | 2 | 4,4 | 6 | 13,6 | 3 | 6,6 | 2 | 4,4 | 1 | 2,2 |
| Σ | 44 | 100,0 | 43 | 97,7 | 27 | 61,3 | 7 | 15,8 | 24 | 54,5 | 9 | 20,3 | 4 | 8,8 | 6 | 13,6 | 4 | 8,8 | 2 | 4,4 | 4 | 8,8 |

Примітка: Відсотки вираховані від загальної кількості осіб (44 пацієнта), що склали групу з вказаною патологією.

*Таблиця 2
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (артропатія+ оклюзіопатія) за статтю*

| Стать | пацієнти | | Артопатія | | | | | | | Оклюзіопатія | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|-------|-----------------------------|------|------------------|------|------------------|-----|---------|--------------|---------|------|--------|---|------------------------|------|--------------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|-----------------------|------|----------------------------|------|
| | | | компресія біламінарної зони | | зміщення меніска | | гіпермобільність | | артрити | | артрози | | травми | | ортодонтична патологія | | патологічне прорізування 3-х молярів | | множинні дефекти зубного ряду | | вторинна деформація | | ятрогенна патологія | | патологічна стертість | | пародонтит I та II ступеня | |
| | | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | | |
| ч | 24 | 51,1 | 5 | 10,7 | 15 | 31,9 | 2 | 4,2 | 1 | 2,1 | 3 | 6,4 | - | - | 1 | 2,1 | 4 | 8,5 | 8 | 17,0 | 5 | 10,7 | 3 | 6,4 | 4 | 8,5 | 12 | 25,5 |
| ж | 23 | 48,9 | 1 | 2,1 | 18 | 38,3 | 1 | 2,1 | 1 | 2,1 | 2 | 4,2 | - | - | 5 | 10,6 | 1 | 2,1 | 8 | 17,0 | 4 | 8,5 | 3 | 6,4 | 2 | 4,2 | 9 | 19,1 |
| Σ | 47 | 100,0 | 6 | 12,8 | 33 | 70,2 | 3 | 6,3 | 2 | 4,2 | 5 | 10,6 | - | - | 6 | 12,7 | 5 | 10,6 | 16 | 34,0 | 9 | 19,2 | 6 | 12,8 | 6 | 12,8 | 21 | 44,6 |

Примітка: Відсотки вираховані від загальної кількості осіб (47 пацієнтів), що склали групу з вказаною патологією.

Всі пацієнти мали виражені зміни у зубощелепному комплексі, а саме у 16 пацієнтів (34,0%) виявлені множинні дефекти зубних рядів, часто з втратою фіксованої висоти прикуса, вторинні деформації – 9 пацієнтів (19,2%), по шість пацієнтів з ортодонтичною патологією, підвищеною утертістю зубів та ятрогенною патологією, що склало 12,8% по кожній патології.

Значний відсоток припадав на пацієнтів з пародонтитом I та II ступеня – 21 пацієнт (44,6%) і виявлені патології зустрічалися в різних комбінаціях.

І все ж необхідно зазначити, що для цієї групи пацієнтів найбільш характерними серед зубощелепних патологій були множинні дефекти зубних рядів, пародонти I та II ступеня та вторинні деформації.

Для групи пацієнтів з поєднаною патологією скронево-нижньощелепних розладів (міофасціальна патологія + артропатії), у яку увійшли 23

пацієнти (із них 7 чоловіків – 30,4% та 16 жінок – 69,6%) характерним було 100% задіяність у патологічному процесі жувальних м'язів, 69,6% м'язів шиї і тільки 4,3% м'язів плечей (табл. 3).

Серед суглобових порушень значно переважали зміщення меніска (18 пацієнтів, що склало 78,2% та компресія біламінарної зони – 8 пацієнтів (34,6%).

Оклюзійна патологія для цієї групи пацієнтів була представлена різноманітними нозологічними формами, серед яких переважали ортодонтична патологія (10 пацієнтів – 43,4%), патологічне прорізування третіх молярів (7 пацієнтів – 30,3%), ятрогенна патологія (6 пацієнтів – 26,0%).

Звертає увагу, що такі нозологічні форми патологій як «ятрогенні», «дефекти зубних рядів» та «пародонтит I та II ступеня» у цій групі діагностовано тільки у трьох хворих відповідно.

Тільки міофасціальна патологія з ураженням

жувальних м'язів, м'язів шиї та м'язів плечей діагностована у однієї пацієнтки жіночої статі без оклюзійних порушень (табл. 4).

Міофасціальна патологія у поєднанні з суглобовими порушеннями (артропатією) без оклюзійних порушень діагностовано у 4 пацієнтів жіночої статі (табл. 5), а тільки суглобова патологія (артроз) без сполучення з іншими патологічними станами виявлена у одного пацієнта чоло-

вічої та одної пацієнтки жіночої статі (табл. 6).

Окрему групу склали пацієнти, які звернулися або були скеровані на консультацію з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, в яких у результаті клініко-інструментального обстеження діагноз не був підтверджений, але які потребували повної відновної реконструкції оклюзійних співвідношень з попередньою перебудовою міостатичного рефлексу.

*Таблиця 3
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (міофасціальна патологія + артропатія+ оклюзіопатія) за статтю*

| Стать | пацієнти | | Міофасціальна Патологія | | | | | | Артропатія | | | | | | Оклюзіопатія | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----------|-------|-------------------------|-------|-----------|------|--------------|-----|-----------------------------|------|------------------|------|------------------|-----|--------------|-----|---------|---|--------|---|------------------------|------|--------------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------|------|--------------------|------|-----------------------|---|----------------------------|------|
| | | | жувальні м'язи | | м'язи шиї | | м'язи плечей | | компресія біламінарної зони | | зміщення меніска | | гіпермобільність | | артрити | | артрози | | травми | | ортодонтична патологія | | патологічне прорізування 3-х молярів | | множинні дефекти зубного ряду | | вторинна деформація | | вторинна патологія | | патологічна стертість | | пародонтит I та II ступеня | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | | |
| ч | 7 | 30,4 | 7 | 30,4 | 4 | 17,4 | - | - | 2 | 8,6 | 5 | 21,7 | 1 | 4,3 | - | - | - | - | - | - | 5 | 21,7 | 1 | 4,3 | - | - | 2 | 8,6 | - | - | - | - | - | - |
| ж | 16 | 69,6 | 16 | 69,5 | 12 | 52,2 | 1 | 4,3 | 6 | 26,0 | 13 | 56,5 | 1 | 4,3 | 2 | 8,6 | - | - | - | - | 5 | 21,7 | 6 | 26,0 | 3 | 13,0 | 2 | 8,6 | 6 | 26,0 | - | - | 3 | 13,0 |
| Σ | 23 | 100,0 | 23 | 100,0 | 16 | 69,6 | 1 | 4,3 | 8 | 34,6 | 18 | 78,2 | 2 | 8,6 | 2 | 8,6 | - | - | - | - | 10 | 43,4 | 7 | 30,3 | 3 | 13,0 | 4 | 17,2 | 6 | 26,0 | - | - | 3 | 13,0 |

Примітка: Відсотки вираховані від загальної кількості осіб (23 пацієнта), що склали групу з вказаною патологією.

*Таблиця 4
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із міофасціальною патологією за статтю*

| Стать | Жувальні м'язи | | М'язи шиї | | М'язи плечей | |
|-------|----------------|-------|-----------|-------|--------------|-------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ч (0) | - | - | - | - | - | - |
| ж (1) | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 |

Примітка: Наявність всіх трьох видів міофасціальної патології була в однієї пацієнтки (№ 138).

*Таблиця 5
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (міофасціальна патологія + артропатія) за статтю*

| Стать | Міофасціальна патологія | | | | | | Артропатія | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------------------|-------|-----------|------|--------------|------|-----------------------------|------|------------------|------|------------------|------|---------|------|---------|---|--------|---|
| | жувальні м'язи | | м'язи шиї | | м'язи плечей | | компресія біламінарної зони | | зміщення меніска | | гіпермобільність | | артрити | | артрози | | травми | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | абс. | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ч (0) | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ж (4) | 4 | 100,0 | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | 1 | 25,0 | - | - | - | - |

Примітка: З поєднаною патологією (міофасціальна патологія + артропатія) було 4 жінки, чоловіки відсутні.

*Таблиця 6
Кількісна та відсоткова характеристика пацієнтів із артропатією за статтю*

| Стать | Компресія біламінарної зони | Зміщення меніска | Гіпермобільність | Артрити | Артрози | Травми |
|-------|-----------------------------|------------------|------------------|---------|---------|--------|
| | абс. | абс. | абс. | абс. | абс. | абс. |
| ч (1) | - | - | - | - | 1 | 1 |
| ж (1) | - | - | - | - | 1 | - |

Таблиця 7

Кількісна та відсоткова характеристика патологій оклюзії у пацієнтів з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, які потребували повної відновної реконструкції оклюзійних співвідношень

| Стать | Пацієнти | | Ортодонтична патологія | | Патологічне прорізування 3-х молярів | | Множинні дефекти зубного ряду | | Вторинна деформация | | Ятрогенна патологія | | Патологічна стертість | | Пародонтит I та II ступеня | |
|-------|----------|------|------------------------|-----|--------------------------------------|------|-------------------------------|------|---------------------|-----|---------------------|-----|-----------------------|------|----------------------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Ч | 33 | 61,1 | 4 | 7,4 | 5 | 9,2 | 19 | 35,2 | 2 | 3,7 | 3 | 5,5 | 7 | 12,9 | 21 | 38,8 |
| Ж | 21 | 38,9 | – | – | 2 | 3,7 | 11 | 20,3 | 3 | 5,5 | 2 | 3,7 | 4 | 7,4 | 16 | 29,6 |
| Σ | 54 | 100 | 4 | 7,4 | 7 | 12,9 | 30 | 55,5 | 5 | 9,2 | 5 | 9,2 | 11 | 20,3 | 37 | 68,4 |

Ця група включала 54 пацієнти (30,8 % від загальної групи обстежених), із них 33 чоловіки і 21 жінка (табл. 7).

Серед оклюзійних патологій в цій групі значно переважали такі нозологічні форми як множинні дефекти зубних рядів (30 пацієнтів – 55,5%), пародонтит I та II ступеня (37 пацієнтів – 68,4 %) та патологічна стертість зубів (11 пацієнтів – 20,3%).

Ці та інші оклюзійні патології зустрічалися у різних комбінаціях, часто з втратою фіксованої висоти прикусу та порушеннями оклюзійних ведень, що потребувало передпротезної оклюзійної підготовки зі застосуванням різних типів оклюзійних шин, тимчасового перехідного протезування з повною реконструкцією оклюзійних співвідношень.

Висновок

Виявленні патологічні стани зубо-щелепного комплексу у пацієнтів зі скронево-зубощелепними розладами потребують виваженого підходу до їх діагностики і лікування з урахуванням тривалого періоду оклюзійної терапії та, у подальшому, повної реконструкції оклюзійних співвідношень.

Перспективи подальших досліджень

Клінічне визначення оклюзійних і суглобових порушень методами аксіографії із розпрацюванням лікарських підходів до оклюзотерапії та протезування.

Література

1. Біда В.І. Ортопедичне лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В.І. Біда, С.М. Ключан // Український стоматологічний альманах. – 2012. - № 3. – С. 21-23.
2. Кордіяк А.Ю. Прояви скронево-нижньощелепної дисфункції при застосуванні сучільнолітих зубних протезів / А.Ю. Кордіяк, Р.В. Куліченко // Український стоматологічний альманах. – 2002. - № 5. – С. 43-46.
3. Король М.Д. Функционально-неврологические симптомы со стороны височно-нижнечелюстных суставов при нарушении окклюзии после пломбирования и реставрации зубов: материалы научн.-практ. конф. «Социальные аспекты современной Российской стоматологии: опыт, проблемы, пути решения» / М.Д. Король, О.В. Рыбаков, О.И. Яценко. – Тверь, 2011. – С. 120–121.

4. Makeev V.F. Особливості розподілу силових навантажень на суглобові головки нижньої щелепи під дією жуваального навантаження в модельному експерименті / В.Ф.Макеев, В.Я. Шибінський // Новини стоматології. – 2007. - № 2. – С. 40-47.
5. Makeev V.F. Окклюзіо-артикуляційна концепція розвитку синдрому м'язово-суглобової дисфункції в пацієнтів з патологією оклюзії / В.Ф. Макеев, Ю.О. Риберт, Ю.О. Кінаш // Український стоматологічний альманах. – 2014. - № 4. – С. 70–75.
6. Манфредіні Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современная концепция диагностики и лечения / Д. Манфредіні; [пер. с англ. А. Островский и др.]. – Научн. ред. М. Антоник и др. – (London, Berlin, Chicago, Tokyo, Barcelona, Istanbul, Milan, Moscow, New Delhi, Paris, Prague, Fao Paulo, Seoul, Warsaw // Quintessence, 2013. – 500 p.). – М., СПб, Киев, Алмааты, Вильнюс : издательский дом «Азбука». – 2013. – 500 с.
7. Москаленко П.Л. Стоматологическая манипуляция – одна из причин развития анатомо-функциональных нарушений компонентов височно-нижнечелюстного сустава / П.А. Москаленко, О.И. Яценко, О.В. Рыбалов // Вісник стоматології. – 2008. - № 1. – С. 151-152.
8. Неспрядько В.П. Суглобовий фактор при ортодонтичному лікуванні: матеріали міжнар. конф. «Актуальні проблеми ортодонції» / В.П. Неспрядько, М.С. Дрогомерецька, Ю.В. Клітинський. – Львів : ДООО, 2010. – С. 48-50.
9. Новіков В.М. Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В.М. Новіков, Ю.С. Лунькова // Проблеми екології та медицини. – 2011. - № 15 (3-4). – С. 120–122.
10. Рибалов О.В. Виникнення нестабільності СНЩС під час ортодонтичного лікування зубо-щелепних аномалій / О.В. Рибалов, Л.В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. – 2005. - № 3. – С. 68-70.
11. Шейко А.П. Взаємозв'язок оклюзійних порушень і синдрому больової дисфункції / А.П. Шейко // Український стоматологічний альманах. – 2012. - № 2. – С. 124.
12. Dental occlusion and subjective temporomandibular joint symptoms in men and women / D. Gesch, O. Bernhardt, F. Mack [et al.] // Results of the Study of Health in Pomerania. Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2004. – Vol. 114, № 6. – P. 573-580.
13. Dodic S. The relationship of occlusal disharmonies and symptoms of temporomandibular disorders / S. Dodic, D. Stanisic-Sinobad, M. Vukadinovic // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2006. – Vol. 134, № 9. – P. 380-385.
14. Garino F. The role of mandibular repositioning splint in the orthodontic treatment of patients with TMJ dysfunction / F. Garino // Prog. Orthod. – 2004. – Vol. 5, № 1. – P. 44-53.
15. Okeson J.P. Management of Temporomandibular Disorders and occlusion / J.P. Okeson. – St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. – 671 p.
16. Akhter R. The relationship between jaw injury, third molar removal, and orthodontic treatment and TMD symptoms in university students in Japan Text. / R. Akhter, N.M. Hassan, R. Ohkubo [et al.] // J. Orofac. Pain. – 2008. – Vol. 22, № 1. – P. 50-56.

References

1. Bida V.I. Ortopedichne likuvannja hvorih iz okljuzijno-artikulacijnim sindromom disfunkcii skronevo-nizhn'oshhelepnoho sugloba / V.I. Bida, S.M. Kljuchan // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – 2012. - № 3. – S. 21-23.
2. Kordijak A.Ju. Projavi skronevo-nizhn'oshhelepnoї disfunkcii pri zastosuvanni suchil'nołitih zubnih proteziv / A.Ju. Kordijak, R.V. Kulichenko // Ukraїns'kij stomatologichnij al'manah. – 2002. - № 5. – S. 43-46.

3. Korol' M.D. Funkcional'no-nevrologicheskie simptomy so storony visochno-nizhnecheljustnyh sustavov pri narushenii okkluzii posle plombirovaniya i restavracii zubov: materialy nauchn.-prakt. konf. «Social'nye aspekty sovremennoj Rossijskoj stomatologii: opyt, problemy, puti reshenija» / M.D. Korol', O.V. Rybakov, O.I. Jacenko. – Tver', 2011. – S. 120–121.
4. Makeev V.F. Osoblivosti rozpodilu silovih navantazhen' na suglobovi golovki nizhn'oї shhelepi pid dieju zhuval'nogo navantazhennja v model'nomu eksperimenti / V.F. Makeev, V. Ja. Shibins'kij // Novini stomatologii. – 2007. - № 2. – S. 40–47.
5. Makeev V.F. Okkluzijno-artikuljacionna koncepcija rozvitku sindromu m'jazovo-suglobovoi disfunkcii v pacientiv z patologijeju okkluzii / V.F. Makeev, Ju.O. Ribert, Ju.O. Kinash // Ukrain's'kij stomatologichnij al'manah. – 2014. - № 4. – S. 70–75.
6. Manfredini D. Visochno-nizhnecheljustnye rasstrojstva. Sovremennye koncepcii diagnostiki i lechenija / D. Manfredini; [per. s angl. A. Ostrovskij i dr.]. – Nauchn. red. M. Antonik i dr. – (London, Berlin, Chicago, Tokyo, Barselona, Istanbul, Milan, Moscow, New Delhi, Paris, Prague, Fao Paulo, Seoul, Warsaw // Guintessence, 2013. – 500 p.). – M., Spb, Kiev, Almaaty, Vil'njus : izdatel'skij dom «Azbuk». – 2013. – 500 s.
7. Moskalenko P.L. Stomatologicheskaja manipuljacija – odna iz prichin rozvitija anatom-funkcional'nyh narushenij komponentov visochno-nizhnecheljustnogo sustava / P.A. Moskalenko, O.I. Jacenko, O.V. Rybalov // Visnik stomatologii. – 2008. - № 1. – S. 151–152.
8. Nesprjad'ko V.P. Suglobovij faktor pri ortodontichnomu likuvanni: materiali mizhnar. konf. «Aktual'ni problemi ortodontii» / V.P. Nesprjad'ko, M.S. Drogomerec'ka, Ju.V. Klitins'kij. – L'viv : DOOO, 2010. – S. 48–50.
9. Novikov V.M. Koreljacijni zv'jazki mizh m'jazovo-suglobovoju disfunkcieju SNShhS ta okkluzijnimi porushennjami pri riznih vidah prikusiv / V.M. Novikov, Ju.S. Lun'kova // Problemi ekologii ta medicini. – 2011. - № 15 (3-4). – S. 120–122.
10. Ribalov O.V. Viniknennja nestabil'nosti SNShhS pid chas ortodontichnogo likuvannja zubo-shhelepnih anomalij / O.V. Ribalov, L.V. Smagljuk // Ukrain's'kij stomatologichnij al'manah. – 2005. - № 3. – S. 68–70.
11. Shejko A.P. Vzaemozv'jazok okkluzijnih porushen' i sindromu bol'ovoї disfunkcii / A.P. Shejko // Ukrain's'kij stomatologichnij al'manah. – 2012. - № 2. – S. 124.
12. Dental occlusion and subjective temporomandibular joint symptoms in men and women / D. Gesch, O. Bernhardt, F. Mack [et al.] // Results of the Study of Health in Pomerania. Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2004. – Vol. 114, № 6. – R. 573–580.
13. Dodic S. The relationship of occlusal disharmonies and symptoms of temporomandibular disorders / S. Dodic, D. Stanisic-Sinobad, M. Vukadinovic // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2006. – Vol. 134, № 9. – P. 380–385.
14. Garino F. The role of mandibular repositioning splint in the orthodontic treatment of patients with TMJ dysfunction / F. Garino // Prog. Orthod. – 2004. – Vol. 5, № 1. – P. 44–53.
15. Okeson J.P. Management of Temporomandibular Disorders and occlusion / J.P. Okeson. – St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. – 671 p.
16. Akhter R. The relationship between jaw injury, third molar removal, and orthodontic treatment and TMD symptoms in university students in Japan Text. / R. Akhter, N.M. Hassan, R. Ohkubo [et al.] // J. Orofac. Pain. – 2008. – Vol. 22, № 1. – P. 50–56.

Реферат

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ И ХАРАКТЕРИСТИКА ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАСТРОЙСТВАМИ
ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ

Рыберт Ю. А.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция, патология зубочелюстного комплекса.

Исследование базируется на обследовании 175 пациентов, из них – 76 мужчин (43,4%) и 99 женщин (56,6%) в возрасте от 13 до 80 лет, которые обратились или были направлены на консультацию и лечение с подозрением на височно-нижнечелюстные расстройства. Миофасциальная патология жевательных мышц, мышц шеи и мышц плечей диагностированы у 44 пациентов, у 47 пациентов обнаружено суставные расстройства (артропатия), в группу пациентов с комбинированной патологией височно-нижнечелюстных расстройств (миофасциальная патология+артропатия), вошли 23 пациента. Отдельную группу составили 54 пациента, которые обратились или были направлены на консультацию с подозрением на височно-нижнечелюстные расстройства, в которых в результате клинико-инструментального обследования диагноз не был подтвержден, но которые нуждались в полной восстановительной реконструкции окклюзионных соотношений с предварительной перестройкой миостатического рефлекса. Анализ состояния зубочелюстного комплекса обследованных осуществлен за соответствующими группами. Обнаружено разную степень патологии зубочелюстного комплекса в зависимости от типа ВНП, с преобладанием таких патологий, как «множественные дефекты зубных рядов», «пародонтит I-II степени», «ортодонтическая патология» и «ятрогенная патология».

Summary

COMPREHENSIVE ANALYSIS AND DESCRIPTION OF DENTOFACIAL PATHOLOGIES IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

PART 2. ANALYSIS OF DENTOFACIAL COMPLEX OF PATIENTS BY DIAGNOSTIC PECULIARITIES

Rybert Yu. O.

Key words: muscle and joint dysfunction, pathology of dentofacial complex.

The study is based on examination of 175 patients including 76 men (43,4%) and 99 women (56,6%) aged 13 to 80 who sought medical advice or were referred for examination and treatment of suspected temporomandibular disorders. Myofascial pathology of masticatory muscles, neck muscles and shoulder muscles was diagnosed in 44 patients including 11 men (25, 0%) and 33 women (75, 0%) that indicated a predominance of women with this pathology over men as much as three times. Masticatory muscles were involved in the pathological process in 43 patients (97,7%), neck muscles in 27 patients (61,3%), the muscles of the shoulders in 7 patients (15,8%) including them in various combinations. All patients in this group were identified with various occlusive pathologies in different combinations with predominance of orthodontic pathology in 24 patients (54,4%), pathological eruption of third molars (mostly lower ones) in 9 patients (20,3%), secondary deformation of dentition in 6 patients (13,6%), and iatrogenic diseases in 4 patients (8,8%). Joint disorders (arthropathies) were found in 47 patients, including the 24 men (51,1%) and 23 women (48,9%) being almost even; with the prevalence in displacement of TMJ meniscus in 33 patients (70,2%); compression of retrodiscal (bilaminar) zone was found in 6 patients (12,8%), arthrosis in 5 patients (10,6%), hypermobility in 3 patients (6,3%), arthritis in 2 patients (4,2%). All patients had significant changes

in dentofacial system, namely multiple defects of dentition were revealed in 16 patients (34,0%), often with the loss of a fixed vertical dimension of occlusion, secondary deformations - 9 patients (19,2%), six patients with orthodontic disorders, making up 12,8% of each pathology. A significant percentage fell to the share of the patients with periodontitis of first and second degree (21 patients, 44,6%) and these pathologies were found in various combinations. The group of patients with comorbidity of temporomandibular disorders (myofascial pathology + arthropathy) included 23 patients (including 7 men (30,7%) and 16 women (69,6%)) that were characterized by 100% involvement of masticatory muscles in the pathology, 69,6% of neck muscles and only 4,3% of the muscles of the shoulders. Displacement of the meniscus (18 patients, 78,2%) and compression of bilaminar zone (8 patients, 34,6%) significantly prevailed among articular disorders. Abnormal occlusion was represented by various nosological forms with predominance in orthodontic pathology (10 patients – 43,4%), abnormal eruption of third molars (7 patients – 30,3%), and iatrogenic pathology (6 patients – 26,0%). Such nosological forms of pathologies as "iatrogenic", "missing teeth" and "periodontosis of the first and second degree" were diagnosed in the group only in three patients respectively. A separate group consisted of 54 patients who sought medical advice or were referred for examination of suspected temporomandibular disorders whose diagnosis was not confirmed in the result of clinical and instrumental examination, but they needed complete restorative reconstruction of occlusal relationships with previous restructuring of myotatic reflex. Such nosological forms as multiple defects of dentition (30 patients – 55,5%), periodontitis of the first and second degree (37 patients – 68,4%) and pathological attrition (11 patients - 20,3%) in various combinations significantly predominated among occlusive pathologies in this group.

УДК 612.017.1:616.314.17-008.1-002.2-08-035

Рябокоть Е.Н., Днестранский В.И

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЗОЦИМА И ИММУНОГЛОБУЛИНА А ПРИ РАЗНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Харьковский национальный медицинский университет

В статье сравнивается эффективность различных методов лечения хронического деструктивного периодонтита на основе оценки состояния местного иммунитета. Пациенты основной группы были пролечены по усовершенствованной методике, а группа контроля - по общепринятой. Биохимическое исследование слюны с определением показателей местного иммунитета (секреторного иммуноглобулина А (sIgA) и лизоцима) проводилось перед лечением, а также через неделю после лечения. Все три метода лечения приводят к снижению и нормализации показателей местного иммунитета. Наиболее эффективным методом лечения хронического деструктивного периодонтита является метод, при котором используется глубокое фторирование корневого канала и ультразвуковая агитация силера в корневом канале.

Ключевые слова: хронический деструктивный периодонтит, местный иммунитет, иммуноглобулин, лизоцим.

Работа выполнена в рамках плановой научной темы кафедры терапевтической стоматологии Харьковского национального медицинского университета «Удосконалення методів діагностики та лікування захворювань пародонту та твердих тканин», № гос. реєстрації 0113U002274.

Воспалительные заболевания периодонта являются актуальной проблемой не только стоматологии, но и медицины в целом ввиду их широкой распространенности, неблагоприятного воздействия на организм, недостаточной эффективности средств и способов лечения [1].

Основой патогенеза воспалительного процесса является сочетание двух основных факторов: воздействия на ткань того или иного раздражителя и местной реакции ткани. Реакция, в свою очередь, зависит от состояния организма, его местного и общего иммунитета [8]. Местный иммунитет характеризует секреторный иммуноглобулин А, который препятствует прикреплению и проникновению бактерий и вирусов через эпителий, связывая патогены, попадающие в биологические жидкости, а также нейтрализует вирусы, проникшие внутрь эпителиальных кле-

ток [4,7,11].

Из ферментов, играющих одну из ведущих ролей в естественном неспецифическом иммунитете, следует назвать лизоцим (мурамидазу). Терапевтический эффект лизоцима связан с его антимикробным действием, зависящим от ферментативных свойств данного белка. Снижение лизоцима в слюне может служить показателем хронической инфекции в ротовой полости. Низкое содержание лизоцима до операции в слюне и сыворотке и повышение его после оперативного вмешательства является показателем эффективности проведенного лечения [8].

Исследование ротовой жидкости больных остеомиелитом челюстей в различных стадиях болезни показывает, что максимальное содержание лизоцима в ротовой жидкости отмечается в периоде закрытого процесса. После вскрытия