

Summary

IMMUNOLOGICAL INDICES OF ORAL LIQUID IN CHILDREN WITH CARIES RESIDING IN DIFFERENT CLIMATE AND GEOGRAPHICAL ZONES OF IVANO-FRANKIVSK REGION

Oktysyuk Yu. V.

Key words: children, oral fluid, dental caries, lysozyme, secretory IgA, climatic and geographic zones.

This article presents the results of the assessment of immunological parameters of oral liquid obtained in 12-year-old children with caries, who reside in the plains and foothills of mountain climatic and geographical zones of Ivano-Frankivsk region. It was found that the concentration of secretory immunoglobulin A (s Ig A) was maximal in caries-resistant contingent, and was $(0,2 \pm 0,02)$ g / l in the children residing in plains, $(0,19 \pm 0,07)$ g / l in the children residing in the foothills, and $(0,21 \pm 0,06)$ g / l in the children from mountainous areas. Children with decompensated course of caries demonstrated significant decrease in the value of this index by an average of 1.9 times as compared with the healthy children ($p < 0,05$). Minimum values of lysozyme content in oral fluid were recorded in children with high caries intensity that was 1.8-fold lower with respect to the data of children with intact dentitions ($p < 0,05$). There have been established significant differences between the contents of s Ig A and lysozyme in saliva of children residing in different climatic and geographical zones.

УДК 616.724–008.6–02:616.314. 21а

Риберт Ю. О.

АНАЛІЗ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО КОМПЛЕКСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУГЛОБОВИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ ТА МЕТОДІВ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

В статті розглянуто результати комплексного аналізу патології зубощелепного комплексу за нозологічними її формами 47 пацієнтів з діагностованими скронево-нижньощелепними розладами залежно від їх нозології – (компресія біламінариної зони, зміщення меніска, гіпермобільність, артрити, артрози та їх комбінацій) і застосованих методів лікування. Виявлено, що при суглобових розладах найбільш поширеними патологіями були пародонтит (44,6%), множинні дефекти зубних рядів (34,0%), вторинні деформації (19,1%), ортодонтична патологія (12,8%) та їх поєднання. Поєднані форми оклюзійної патології у пацієнтів з суглобовими розладами характерні для старшого віку (після 40 років), у той час як ортодонтична патологія характерна для пацієнтів 20 - 40 років. Складність поєднаної патології СНЩС і оклюзійних розладів вимагає ретельної діагностики, опрацювання детального плану лікування від санації порожнини рота до застосування різних за типом дії оклюзійних шин з обов'язковим завершенням лікування протетичною реабілітацією різними ортопедичними конструкціями для відновлення центрального співвідношення і функціональної оклюзії.

Ключові слова: суглобові скронево-нижньощелепні розлади, патологія зубощелепного комплексу.

Наукове дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького «Екологія та пародонт. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба» (№ державної реєстрації 0114U000112) та є фрагментом кваліфікаційної роботи автора.

Вступ

Зубощелепні деформації, аномалії та порушення оклюзійних співвідношень відіграють суттєву роль у патогенезі захворювань СНЩС [3,4,5,6,8,9]. Причиною виникнення дисфункції СНЩС і жувальних м'язів багато дослідників вважають порушення функціональної оклюзії та парафункції жувальних м'язів [2,11,12,13].

Значна частина авторів вважають передумовою розвитку дисфункції СНЩС і жувальних м'язів наявність дефектів зубів і зубних рядів, що виникають через несвоєчасне протезування [1,10].

За спостереженнями деяких авторів, кінцеві дефекти зубних рядів, зниження висоти нижньої третини обличчя в пацієнтів із частковою відсутністю зубів, які пов'язані зі зміщенням нижньої щелепи дорзально, супроводжуються симптоматикою, характерною для дисфункції СНЩС і жувальних м'язів [2].

Отже, пацієнти з ортодонтичною та ортопедичною патологіями у сполученні із дисфункціями СНЩС потребують специфічного підходу при діагностиці і виборі методів лікування, які б забезпечили нормалізацію оклюзійних, м'язових і суглобових співвідношень з подальшою реконструкцією статичної та динамічної оклюзії ортопедичними методами.

Мета дослідження

Аналіз стану зубощелепного комплексу пацієнтів із суглобовими розладами скронево-нижньощелепних суглобів та методів їх лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Із 121 пацієнта з діагностованими скронево-нижньощелепними розладами (СНР) після їх детального клінічного і додаткового обстеження виявлено 47 пацієнтів (38,8%) тільки з суглобовими розладами скронево-нижньощелепного су-

глоба (СНЩС), які включали компресію біламінарної зони, зміщення меніска, гіпермобільність, артрити та артрози об'єднані в групу артропатії у сполучені з різними формами оклюзійної патології.

Лікування здійснено залежно від стану зубощелепного комплексу із застосуванням різних варіантів ортопедичних конструкцій та їх комбінацій.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед обстежених 47 пацієнтів з поєднанням суглобової патології СНЩС та діагностованими оклюзіопатіями було 24 чоловіка (51,1%) та 23 жінки (48,9%), майже порівну.

Клінічна та відсоткова характеристика обстежених пацієнтів з поєднаною патологією (оклюзіопатія + артропатія) за статтю наведена у таблиці.

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

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

Серед обстежених з суглобовими розладами переважали пацієнти з пародонтитом I-II ступеня (44,6%), з множинними дефектами зубних рядів (30,0%) та вторинними деформаціями (19,1%). Ортодонтична патологія і патологічна стертість зубів виявлена у 12,8% відповідно, патологічне прорізування третіх молярів у 10,8%. Звертаємо увагу на 12,8% пацієнтів, у яких виявлена ятрогенна патологія.

Означені патологічні стани виявлялися як поодинокі нозологічні одиниці, так і в їх комбінаціях.

Виявлені оклюзіопатії у пацієнтів з суглобовою формою СНР розподілилися за віковими ознаками наступним чином: ортодонтична патологія припадала на вік від 21 до 48 років; патологічне прорізування третіх молярів - на вік від 25 до 35 років; множинні дефекти зубних рядів у чоловіків - на вік від 39 до 68 років, для жінок - на вік від 40 до 75 років; вторинні деформації для чоловіків - на вік 35-61 рік, для жінок на вік 41-65 років; патологічна стертість у чоловіків - на вік 51-61 рік, у жінок - 46-49 років; ятрогенна патологія припадала на вік 46-70 років для обох статей; пародонтит діагностований у чоловіків у віці від 46 до 68 років, у жінок від 48 до 66 років.

Виявлені вікові особливості патологічних станів зубощелепного комплексу пацієнтів із суглобовими розладами СНЩС засвідчують їх поєданий розвиток у більш старшому віці (після 40 років), у порівнянні з такими оклюзійними патологіями, як ортодонтична або патологічне прорі-

зування третіх молярів, що характерно для пацієнтів більш молодого віку - 20-40 років.

При аналізі артропатій виявлено, що зміщення меніска діагностовано у 70,2% обстежених пацієнтів, компресія біламінарної зони - у 12,8%, артроз - у 10,6%, гіпермобільність - у 6,4% і артрити - у 4,4% обстежених. У двох пацієнтів діагностовано «зміщення меніска + артроз» і «компресія біламінарної зони + гіпермобільність» відповідно.

Кожний пацієнт з артропатією залежно від її форми та стану зубощелепного комплексу потребує суто індивідуального підходу щодо ортопедичного лікування.

Таке лікування будується на основі ретельного клінічного аналізу, аналізу додаткових методів дослідження, які включали панорамну рентгенографію, ультразвукове обстеження СНЩС і жувальних м'язів, за показанням МРТ-дослідження, артрографію, аналіз функціональної оклюзії в артикуляторі, налаштованому на індивідуальну функцію за отриманими артрограмами, та індивідуального підходу до вибору оклюзійної шини.

Остаточний відбір ортопедичної конструкції залежав від досягнутого результату оклюзіотерапії та сплінтлайнтерапії і стану зубощелепного комплексу після санації (видалення зубів за показаннями, пародонтальна хірургія, ендодонтичного та відновного лікування зубів, що залишилися тощо).

У кінцевому результаті 10 пацієнтам зі змі-

щенням меніска проведена оклюзіотерапія з наступним раціональним протезуванням незнімними конструкціями зубних протезів з реконструкцією функціональної оклюзії, 7 пацієнтам проведена оклюзіотерапія з наступним відновленням функціональної оклюзії покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках. Трьом пацієнтам після оклюзіотерапії відновлення функціональної оклюзії досягнуто бюгельним протезуванням.

Двом пацієнтам після оклюзіотерапії відновлення функціональної оклюзії здійснено в комбінації незнімного протезування на одній щелепі з покривними протезами на телескопічних коронках на іншій, а у двох пацієнтів нормалізації функції СНЩС вдалося досягнути відновленням функціональної оклюзії тільки за рахунок застосування покривних протезів на телескопічних коронках і постановки зубів в індивідуальному артикуляторі.

У випадках наявності ортодонтичної патології у пацієнтів зі зміщенням меніска крім оклюзіопатії застосована сплінтлайнтерапія у двох пацієнтів. У двох інших пацієнтів крім оклюзійної терапії і сплінтлайнтерапії ортодонтичне лікування завершилося раціональним протезуванням в центральному співвідношенні щелеп.

Тільки сплінтлайнтерапія дала позитивний лікувальний ефект у одного пацієнта з ортодонтичною патологією.

У одного пацієнта старшого віку оклюзіотерапія була завершена пожиттєвою капою.

У двох випадках за наявності у пацієнтів розвиненої форми пародонтиту проведена пародонтальна хірургія з наступною оклюзіотерапією, яка завершилася в одному випадку бюгельним протезуванням.

У одного пацієнта зі зміщенням меніска застосована пряма нормалізація оклюзії з наступними оклюзіотерапією і бюгельним протезуванням.

Серед п'яти пацієнтів з компресією біламінарної зони у одного із них досягнутий позитивний лікувальний ефект тільки відновленням функціональної оклюзії покривними протезами на телескопічних коронках. У інших чотирьох застосована оклюзіотерапія з наступним раціональним протезуванням у одного і протезуванням покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках у трьох.

При гіпермобільності у двох пацієнтів з ортодонтичною патологією позитивний ефект досягнутий комбінацією оклюзійної терапії з сплінтлайнтерапією.

У чотирьох пацієнтів з артрозом СНЩС ортопедичні заходи включали оклюзіотерапію у одного, оклюзіотерапію і раціональне протезування у одного, оклюзіотерапію з пожиттєвою капою у одного, і протезування покривними протезами з фіксацією на коронках також у одного з них.

При артриті СНЩС ортопедична частина лікування у двох пацієнтів включала тільки оклюзіотерапію.

У двох пацієнтів з комбінованою патологією СНЩС «компресія біламінарної зони + гіпермобільність» та «зміщення меніска + артроз» застосована тільки оклюзіотерапія.

Суглобові розлади СНЩС у сполученні з оклюзійною патологією, зумовленою різними варіантами патології зубощелепного комплексу або їх поєднаних форм, відносяться до складних форм суглобової дисфункції з точки зору діагностики і лікування.

У таких випадках, крім діагностики самих суглобових розладів із застосуванням клінічних і додаткових, переважно променевих, методів дослідження, необхідне ретельне визначення стану функціональної оклюзії методами оклюзіографії та її аналізом у індивідуально налаштованому артикуляторі.

Підбір оклюзійної шини повинен бути суто індивідуальний, а її конструкція планується в налаштованому на індивідуальну функцію артикуляторі.

Результат оклюзійної терапії у зв'язку з перебудовою міостатичного рефлексу та оклюзійних співвідношень з урахуванням різних за видами оклюзіопатій у пацієнтів потребує, в подальшому, обов'язкового протезування різними типами ортопедичних конструкцій, які б забезпечили реконструкцію функціональної оклюзії.

Висновки

Суглобові форми скронево-нижньощелепних розладів (компресія біламінарної зони, зміщення меніска, гіпермобільність, артрити, артрози) поєднуються з розвиненими формами зубощелепної патології, які призводять до порушень функціональної оклюзії.

Поєднані форми оклюзійної патології у пацієнтів з суглобовими розладами характерні для старшого віку (після 40 років), у той час як ортодонтична патологія характерна для пацієнтів 20 - 40 років.

Складність поєднаної патології СНЩС і оклюзійних розладів вимагає ретельної діагностики, опрацювання детального плану лікування від санації порожнини рота до застосування різних за типом дії оклюзійних шин з обов'язковим завершенням лікування протетичною реабілітацією ортопедичними конструкціями для відновлення центрального співвідношення і функціональної оклюзії.

Перспектива подальших досліджень

Аналіз зубощелепного комплексу пацієнтів із поєднанням м'язових та суглобових скронево-нижньощелепних розладів та методів їх лікування.

Література

1. Дмитренко І.А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими знімними протезами з урахуванням стану скронево-нижньощелепного суглоба : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец.14.01.22 «Стоматологія» / І.А. Дмитренко – Київ, 2013. – 18 с.
2. Долгалев А.А. Комплексное обследование и лечение пациента с выраженными нарушениями окклюзии / А.А. Долгалев, Е.А.

- Брагин // Современная ортопедическая стоматология. - 2007. - № 7. - С. 17-20.
3. Мирза А.И. Дисфункциональные состояния, обусловленные дистальным смещением нижней челюсти / А.И. Мирза, А.И. Стефанов, Р.А. Мирза // Современная стоматология. - 2007. - № 2. - С. 126-130.
 4. Неспрядько В.П. Суглобовий фактор при ортодонтичному лікуванні / В.П. Неспрядько, М.С. Драгомирецька, Ю.В. Клітинський // Матеріали міжнар. конф. «Актуальні проблеми ортодонції». - Львів : ДООО, 2010. - С. 48-50.
 5. 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.
 6. Рибалов О.В. Виникнення нестабільності СНЩС під час ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій / О.В. Рибалов, Л.В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. - 2005. - № 3. - С. 68-70.
 7. Семкин В.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, обусловленной патологией окклюзии, и лечение таких больных / В.А. Семкин // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 44-49.
 8. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в залежності від морфофункціонального стану зубощелепної ділянки / Л.В. Смаглюк, Н.М. Трофіменко // Вісник стоматології. - 2005. - № 2. - С. 75-77.
 9. Шейко А.П. Взаємозв'язок оклюзійних порушень і синдрому больової дисфункції / А.П. Шейко // Український стоматологічний альманах. - 2012. - № 2. - С. 124.
 10. Шибінський В.Я. Вплив оклюзійних порушень на внутрішні розлади скронево-нижньощелепних суглобів та їх диференційна діагностика з допомогою магнітно-резонансної томографії : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / В.Я. Шибінський. - Львів Нац. мед ун-т ім.Д. Галицького. - Л., 2009. - 20 с.
 11. Kevijl R. Temporomandibular disorders and bruxism / R. Kevijl, K. Mehulic, A. Dundjer // Minerva Stomatol. - 2007. - Vol. 56, № 7. - P. 393-397.
 12. Michelotti A. The role of orthodontics in temporomandibular disorders / A. Michelotti, G. Iodice // J. Oral. Rehabil. - 2010. - № 9. - P. 95-97.
 13. Tsukiyama Y. An evidence-based assesment of occlusal adjustment as a treatment, for temporomandibular disorders / Y. Tsukiyama, G.T. Kazuyoshi // J. Prosthet. Dent. - 2001. - Vol. 86, № 1. - P. 57-66.

Реферат

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСА ПАЦИЕНТОВ С СУСТАВНЫМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И МЕТОДОВ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Рыберт Ю. А.

Ключевые слова: суставные височно-нижнечелюстные расстройства, патология зубочелюстного комплекса.

В статье рассмотрены результаты комплексного анализа патологии зубочелюстного комплекса по нозологическим их формам 47 пациентов с диагностированными височно-нижнечелюстными расстройствами в зависимости от их нозологии (компрессия биламинарной зоны, смещение мениска, гипермобильность, артриты, артрозы и их комбинаций) и примененных методов лечения. Выявлено, что при суставных расстройствах наиболее распространенными патологиями были пародонтит (44,6%), множественные дефекты зубных рядов (34,0%), вторичные деформации (19,1%), ортодонтическая патология (12,8%) и их сочетания. Сочетанные формы окклюзионной патологии у пациентов с суставными расстройствами характерны для старшего возраста (после 40 лет), в то время как ортодонтическая патология характерна для пациентов 20 - 40 лет. Сложность сочетанной патологии ВНЧС и окклюзионных расстройств требует тщательной диагностики, выработки детального плана лечения от санации полости рта до применения различных по типу действий окклюзионных шин с обязательным завершением лечения протетической реабилитацией различными ортопедическими конструкциями для восстановления центрального соотношения и функциональной окклюзии.

Summary

ANALYSIS OF DENTOFACIAL COMPLEX OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS AND THEIR CORRECTION

Rybert Yu. O.

Key words: temporomandibular joint disorder, pathology of dentofacial complex.

The article presents the results of comprehensive analysis by clinical entities of dentofacial complex pathologies in 47 patients with temporomandibular disorders classified according to their nosology (compression of bilaminar region, displacement of meniscus, hypermobility, arthritis, arthrosis and their combinations) and the treatment applied. It was established that the most common disorders of articular pathologies were periodontitis (44.6%), multiple dental defects (34.0%), secondary deformation (19.1%), orthodontic pathology (12.8%) and their combinations. The comorbidities of occlusal pathology in patients with articular disorders were typical for aged individuals (over 40), while the orthodontic pathology was typical for patients aged 20 - 40. Complexity of comorbidity in TMJ and occlusal disorders requires thorough diagnosis, elaboration of a detailed treatment plan ranging from dental health plan to the application of occlusal splints of different types. Prosthetic rehabilitation including various prosthetic restorations to correct centric relation and functional occlusion should be mandatory completion of treatment.