

– С. 22-26.

15. Способ оценки дисбактериоза полости рта / U200601643 от 17.02.2.006, авт. Левицкий А.П., Макаренко О.А., Селиванская И.А., Денга О.В., Почтарь В.Н., Гончарук С.В.

16. Способ экспресс-диагностики дисбактериоза полости рта / GO1N33/48 (2006.01), дата подачи заявки 13.08.2009; дата публикации 20.02.2011 / Кистенев Ю.В., Красноженов Е.П., Никотин Е.С., Фокин В.А.

17. Изучение микробиоценоза при хронических заболеваниях слизистой оболочки полости рта / В.В.Хазанова, И.М.Рабинович., Е.А.Земская.[и др.] // Стоматология. - 1996. -Т.75, №2. - С.26-28.

18. Микробиологические и клинические характеристики дисбиотического состояния в полости рта / Т.Л.Рединова, Л.А.Иванова, О.В.Мартюшева, [и др.] // Стоматология. — 2009. — Том 88, № 6. — С. 12-18.

19. Михайленко Т.М., Куцик Р.В. Мікробне число та дефіцит мікробного числа як інтегральні показники стану мікробиоценозу слизової оболонки протезного ложа та базисів протезів у осіб із різним рівнем гігієни знімних конструкцій /Т.М. Михайленко, Р.В. Куцик // Архів клінічної медицини. 2010.- №2.- С. 38-43.

20. Пат. №26076 України на корисну модель, МПК (2006) А 61 В 10/02. Спосіб забору матеріалу для діагностики мікробного біоценозу ротової порожнини у осіб із знімними протезами / Михайленко Т.М., Рожко М.М., Куцик Р.В.- № а 200700063; заявл. 02.01.07; опубл. 10.09.07, Бюл. №14.

21. Пат. №41807 України на корисну модель, МПК (2009) G01N 33/48. Спосіб оцінки мікробиоценозу слизової оболонки ротової порожнини /Михайленко Т.М., Куцик Р.В. – № у 200815038; заявл. 26.12.08; опубл. 10.06.09, Бюл. №11.

22. Патент № 80649 України на винахід, МПК (2006) А 61 С 17/00 G 01 J 3/28. Спосіб визначення індексу гігієни знімних протезів за допомогою рідини „Колор-тест”/ Михайленко Т.М. – № а 200606329; заявл. 07.06.06; опубл. 25.07.07, Бюл. №11; Бюл. № 16.

Михайленко Т.М., Рожко М.М., Куцик Р.В., Дмитрук І.В.

Діагностика дисбактериоза ротової порожнини у осіб з знімними конструкціями зубних протезів на основі показателів мікробного числа і дефіциту мікробного числа

Резюме. Проведено аналіз критеріїв оцінки дисбалансу мікрофлори порожнини рота у осіб без стоматологічної патології і тих, хто іменот різний рівень гігієни знімних конструкцій зубних протезів на основі інтегральних показателів мікробного числа і дефіциту мікробного числа. Установлено, що за інтервал норми мікробного числа і дефіциту мікробного числа (на прикладі дорослих осіб без соматичної і стоматологічної патології) потрібно вважати наступні значення: МЧ 0,69-1,71; ДМЧ: -1,27÷ -2,76. Згідно з використанням нами класифікації ступеня тяжкості дисбактериоза порожнини рота Рединової Т.Л., Іванової Л.А. (2010) середі

обстежених нами осіб з знімними конструкціями зубних протезів 97,56% мали ІІІ ступеня дисбактериоза.

Показателі мікробного числа і дефіциту мікробного числа у осіб, використовують знімні конструкції зубних протезів з різною ступенем дисбактериоза достовірно відличались від показателів норми і між собою, набувають тенденцію до зростання з збільшенням ступеня дисбактериоза ($P < 0,05$). Також, нами встановлено, що з збільшенням ступеня тяжкості дисбактериоза і погіршенням індексу гігієни знімних протезів достовірно збільшуються значення показателів мікробного числа і дефіциту мікробного числа. За результатами досліджень складено довірительні інтервали мікробного числа і дефіциту мікробного числа, на основі яких можна встановлювати наявність і ступінь тяжкості дисбактериоза порожнини рота у осіб з знімними конструкціями зубних протезів.

Ключові слова: ступінь дисбактериоза, мікробне число, дефіцит мікробного числа, індекс гігієни знімних протезів.

Mykhaylenko T.M., Rozhko M.M., Kutsyk R., Dmytruk I.V.

Diagnostics of Dysbacteriosis of Oral Cavity in Persons with Removable Dentures on Basis of Indices of Microbial Number and Microbial Number Deficit

Summary. The analysis of evaluation criteria for microflora imbalance in oral cavity in persons without stomatologic pathology and those that have a different level of hygiene of removable dentures on the basis of integral indices of microbial number and microbial number deficit was conducted. It was determined that the norm interval for microbial number and microbial norm deficit (by example of adults without somatic and stomatologic pathology) could be as following: MN $0.69 \div 1.71$; MND - $1.27 \div - 2.76$. According to the Rediniva T.L. and Ivnova L.A. (2010) classification of the degree of severity of dysbacteriosis in oral cavity, which we used, 97.56% of the inspected by us persons with removable dentures had dysbacteriosis if I-III degrees. Indices of microbial number and microbial number deficit in persons using removable dentures with a different degree of dysbacteriosis differed significantly from the norm indices and among themselves, acquiring a tendency to their increase against the increase in dysbacteriosis degree ($P < 0.05$). Also it was found that the increase in dysbacteriosis severity and the deterioration of the hygiene index of removable dentures lead to a significant increase in the indices of microbial number and microbial number deficit. Confidence intervals of microbial number and microbial number deficit were drawn up as a result of the study. On their basis, the occurrence and the degree of severity of oral cavity dysbacteriosis in persons with removable dentures could be detected.

Keywords: degree of dysbacteriosis, microbial number, microbial number deficit, hygiene index of removable dentures.

Надійшла 14.01.2013 року.

УДК 616.724-002.77-073.7

Новиков В.М.

Дослідження функціонального стану нижньої щелепи хворих із детермінованими порушеннями оклюзії

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме. Нами було досліджено 133 пацієнти, які проходили лікування на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» з приводу патології ревматоїдного походження та мали функціональні порушення СНЩС. Для лікування були відібрані пацієнти з активністю ревматоїдного процесу 0I, які були розподілені у 5 клінічних груп. Як графічний метод дослідження функціонального стану нижньої щелепи ми використовували аксіографію, яка дозволяє задокументувати рухи нижньої щелепи і, тим самим, прогнозувати вибір ортопедичного лікування. За даними аксіографії встановлено, що розвиток детермінованих порушень оклюзії на фоні ревматоїдних уражень супроводжується змінами показників функціонального стану м'язово-суглобового комплексу зубо-щелепної системи, які найбільш виражені при м'язово-суглобовій дисфункції та мають свої характерні особливості перебігу як для ревматоїдних артритів, так і для деформуючого і склерозуючого артрозів, що проявляється

змінами амплітуд та траєкторій рухів нижньої щелепи.

Ключові слова: ревматоїдні ураження СНЩС, аксіографія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Значна кількість людей має зубні ряди з деякими елементами оклюзійної дисгармонії, що приводить до розвитку м'язового стресу. При цьому жувальна система втрачає здатність адекватно адаптуватися до цих факторів, порушується функціональний стан елементів СНЩС, внаслідок чого у них можлива поява запальних або дистрофічних змін. У більшості спостережень ці симптоми нестійкі, але в деяких хворих вони переходять у хронічну форму. Втрата адаптаційної здатності призводить до дисфункції елементів зубо-щелепної системи, зокрема, СНЩС, що набуває тимчасової або хронічної форми [1, 2, 4, 6, 7, 8, 12].

В аналогічних ситуаціях, частіше за все при відсутності етіопатогенетичного лікування, навантаження на жувальні м'язи зростає, порушується їх функція, настає дискоординація в їх роботі, що призводить до порушення структурно-анатомічних співвідношень, а згодом і трофіки елементів усєї зубо-щелепно-системи.

Мета дослідження – вдосконалення діагностики та підвищення ефективності комплексного лікування хворих з детермінованими порушеннями оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи ревматоїдного походження шляхом обґрунтування ортопедичних способів у складі комплексного лікування.

Матеріал і методи дослідження

Обстеження хворих проводилось на базі кафедри сімейної медицини – загальної практики ВДНЗУ «УМСА» та ревматологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні. З усіх обстежених хворих нами було досліджено 133 пацієнти, які проходили лікування на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією та на кафедрі сімейної медицини-загальної практики ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» з приводу патології ревматоїдного походження та мали функціональні порушення СНЩС. Усі хворі були обстежені лікарями загальної практики. Розподіл пацієнтів за віком та статтю проводився згідно з рекомендаціями ВООЗ (1981) [5].

Діагноз ставився на підставі класифікації В.О. Хватової [9], яка була узгоджена з МКХ-10 [3], та після огляду хворого спеціалістом-ревматологом.

Для лікування були відібрані пацієнти з активністю ревматоїдного процесу ОІ, які були розподілені у 5 клінічних груп по 9 осіб в кожній, віком від 30 до 60 років: 1 – пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі активності; 2 – пацієнти з ревматоїдним артритом у фазі ремісії; 3 – пацієнти зі склерозуючим артрозом; 4 – пацієнти з деформуючим артрозом; 5 – пацієнти з м'язово-суглобовою дисфункцією.

Результати дослідження та їх обговорення

Як графічний метод дослідження функціонального стану нижньої щелепи ми використовували аксіографію, яка дозволяє задокументувати рухи нижньої щелепи і, тим самим, прогнозувати вибір ортопедичного лікування. Дослідження базувались на стандартному протоколі дослідження, рекомендованому фірмою-виробником, який дозволяв нам оцінювати та порівнювати отримані дані [11].

Опис протоколів проводився згідно з рекомендаціями В.О. Хватової [10].

Аналіз функціонального стану нижньої щелепи за суглобовими ознаками наведений в таблиці 1.

Траєкторію рухів різцевої точки (в тому числі наявність девіації або дефлекції) ми оцінювали у трансверзальній площині та в сагітальній площині (аналіз трикутника Поселя).

Ми використовували запропоновані В.О. Хватовою [9] патологічні суглобові траєкторії:

Аналіз аксіограм у хворих із ревматоїдним артритом у фазі активності. Якісні характеристики суглобових ознак аксіограм хворих першої клінічної групи (РАФА) виглядають

Таблиця 1. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Рівна, симетрична		Рівна, симетрична		Рівна, симетрична	
Форма	Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку		Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку		Симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку	
Синхронність та швидкість	Симетрична, синхронна		Симетрична, синхронна		Симетрична, синхронна	

Таблиця 2. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Рівна, відносно симетрична, значно скорочена		Рівна, відносно симетрична, значно скорочена		Рівна, відносно симетрична, значно скорочена	
Форма	Відносно симетрична, опукла донизу, спільні 5мм початку відсутні		Відносно симетрична, опукла донизу, спільні 5мм початку відсутні		Відносно симетрична, опукла донизу, спільні 5 мм початку відсутні	
Синхронність та швидкість	Відносно симетрична, відносно синхронна		Відносно симетрична, відносно синхронна		Відносно симетрична, відносно синхронна	

Таблиця 3. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Рівна, відносно симетрична, відносно скорочена		Рівна, відносно симетрична, відносно скорочена		Рівна, відносно симетрична, відносно скорочена	
Форма	Несиметричні, спільний початок короткий		Несиметричні, спільний початок короткий		Несиметричні, спільний початок короткий	
Синхронність та швидкість	Несиметрична, відносно синхронна		Несиметрична, відносно синхронна		Несиметрична, відносно синхронна	

наступним чином (табл. 2).

Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання рота та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати симетричні за напрямком та рівномірні за довжиною траєкторії як на робочих, так і на балансуєчих сторонах. Трансверзальні відхилення майже не зустрічались.

Переважає 3-й тип аксіограм за класифікацією В.О. Хватової (рис. 1).

Принципової різниці не спостерігалось і під час бічних переміщень нижньої щелепи. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів були близькі, іноді навіть збігалися, при цьому довжина рухів була скорочена відносно середніх показників нормограм.

Суглобові головки в динамічних фазах мали приблизно одну швидкість переміщень, яка, однак, була значно меншою від норми. Порушень синхронності динаміки нам виявити не вдалося.

Форма траєкторії переміщень нижньої щелепи була нетиповою, з прямою лінією відкривання-закривання рота. Відсутність спільного 5-міліметрового початку траєкторій з обох боків свідчить про симетричну обмеженість рухів меніску.

Напрямок рухів різцевої точки визначався прямою лінією з відсутністю трансверзальних зсувів, але при значному обмеженні відкривання рота. Трикутник Поселя мав порушену форму: траєкторії відкривання-закривання рота були прямими, іноді навіть збігалися, динамічна амплітуда була значно скорочена.

Таким чином, підводячи підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих першої групи, ми можемо констатувати двобічні та симетричні порушення кінематичної складової в початковій стадії детермінованих порушень

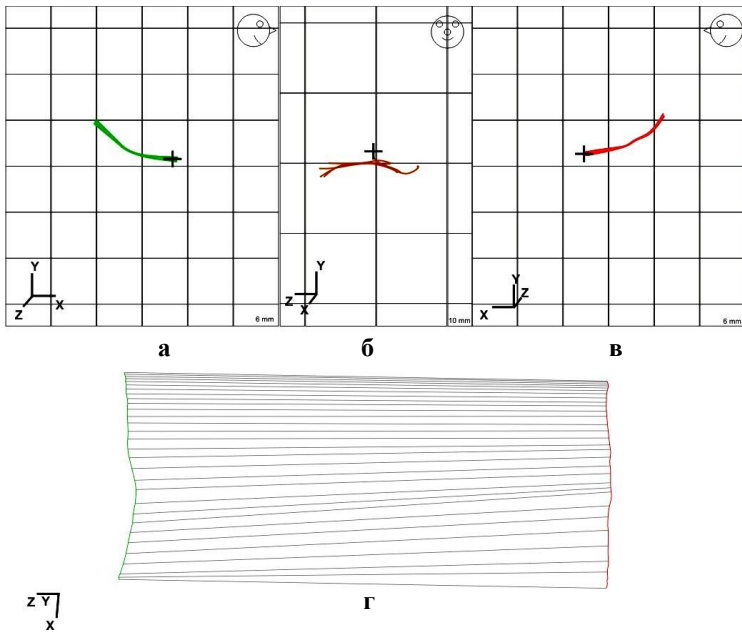


Рис. 1. Аксіограма рухів нижньої щелепи хворої Г., 1960 р. н., І клінічна група. Д-з: ревматоїдний артрит у фазі активності. Значне обмеження рухів нижньої щелепи: а – правий профіль, б – анфас, в – лівий профіль, г – функціональний аналіз рухів нижньої щелепи

оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи на фоні ревматоїдного артриту в фазі активності.

Аналіз аксіограм у хворих із ревматоїдним артритом у фазі ремісії. При аналізі якісних характеристик суглобових ознак аксіограм хворих ІІ клінічної групи (РАФР) з'являються відмінності (табл. 3).

Переважає 3-й тип аксіограм за класифікацією В.О. Хватової, причому амплітуди збільшені відносно траєкторій першої групи, але не досягають середніх показників нормограм (рис. 2).

Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання роту та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати відносну симетричність траєкторій при незначній обмеженості рухів у всіх напрямках. Короткий спільний початок траєкторій пояснюється обмеженими рухами суглобового диску спільно із суглобовими головками, що свідчить

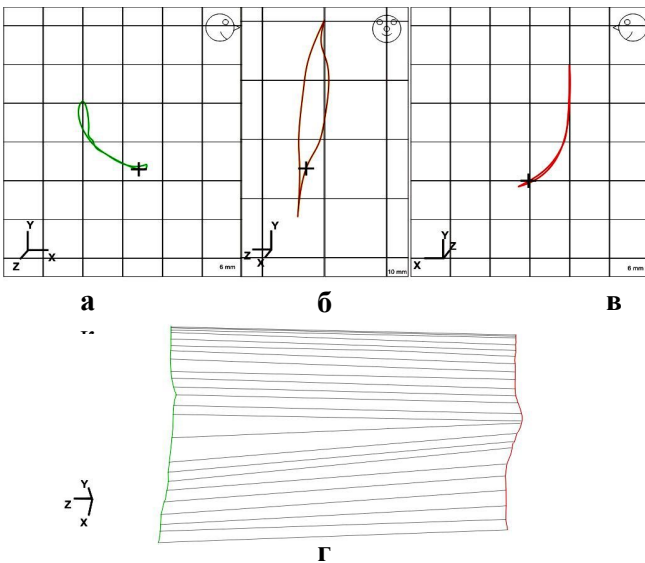


Рис. 2. Аксіограма рухів нижньої щелепи хворого У., 1979 р. н., ІІ клінічна група. Д-з: ревматоїдний артрит у фазі ремісії. Рання репозиція правого меніску: а – правий профіль, б – анфас, в – лівий профіль, г – функціональний аналіз рухів нижньої щелепи

про переважно дискові (тобто сполучнотканеві) порушення. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів частіше за все збігалися, що свідчить про порушення функціональної еластичності менісків, тобто перерозподіл динамічного навантаження і на кісткові структури також.

Збіг рухів суглобових головок за часом та напрямком (синхронність та швидкість) свідчать про функціональну адаптованість до патологічного стану, тобто про хронічний перебіг процесу.

Напрямок рухів різцевої точки визначався прямою лінією з відсутністю трансверзальних зсувів, але при незначному обмеженні відкривання роту. Трикутник Поселя мав порушену форму: траєкторії відкривання-закривання роту були прямими, іноді навіть збігалися, динамічна амплітуда була скорочена.

Таким чином, підводячи підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих другої групи, ми можемо констатувати двобічні та симетричні порушення кінематичної складової при детермінованих порушеннях оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи на фоні ревматоїдного артриту в фазі ремісії.

Аналіз аксіограм у хворих зі склерозуючим артрозом. Під час аналізу якісних характеристик суглобових ознак аксіограм хворих ІІІ клінічної групи (СкА) з'являються суттєві відмінності (табл. 4).

У цій групі спостерігалися аксіограми переважно 2-го типу за класифікацією В.О. Хватової. У випадках девіації або дефлексії у відповідних ділянках спостерігались зигзагоподібні відхилення. Типовим є наявність кута Фішера (рис. 3).

Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання рота та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати появу трансверзальних відхилень (девіації та дефлексії), що свідчить про односторонні дискові порушення. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів були принципово різними: на робочій стороні визначалися короткі, майже прямі траєкторії, на балансуєчій стороні – довгі, дугоподібні. Протрузивні рухи також характеризувалися зміщенням щелепи в робочій бік за короткою, прямою траєкторією. Але асинхронність рухів не була принциповою: суглобова головка на балансуєчій стороні незначно відставала в часі та швидкості від головки робочої сторони. Петлеподібні частини траєкторій в початковій фазі відкривання або в кінцевій фазі закриття рота графічно відображають редукцію менісків.

Напрямок рухів різцевої точки визначався прямою лінією з незначними трансверзальними зсувами. Трикутник Поселя мав порушену форму: траєкторії відкривання-закривання рота були значно скороченими, іноді зі значним оральним зсувом, динамічна амплітуда була скорочена.

Таким чином, підводячи підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих третьої групи, ми можемо констатувати двобічні та несиметричні порушення кінематичної складової при детермінованих порушеннях оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи на фоні склерозуючого артрозу.

Аналіз аксіограм у хворих із деформуючим артрозом. Відмінності, які були виявлені при аналізі якісних характеристик суглобових ознак аксіограм хворих ІV клінічної групи (ДефА), носять принциповий характер (табл. 5).

У цій групі спостерігаються аксіограми виключно 2-го типу за класифікацією В.О. Хватової, причому амплітуди збільшені відносно траєкторій першої групи, але не досягають середніх показників нормограм. Типовим є наявність кута Фішера лише на балансуєчій стороні. У випадках девіації або дефлексії у відповідних ділянках спостерігались

Таблиця 4. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Скорочена	Подовжена	Скорочена	Подовжена	Скорочена	Подовжена
Форма	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга
Синхронність та швидкість	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга	Пряма, коротка	Дугоподібна, довга

Таблиця 5. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Коротка	Довга	Коротка	Довга	Коротка	Довга
Форма	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга
Синхронність та швидкість	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга

зизагоподібні відхилення (рис. 4).

Аналізуючи рухи нижньої щелепи під час відкривання-закривання рота та протрузії-медіатрузії, можемо констатувати появу трансверзальних відхилень (девіації та дефлекції), що свідчить про односторонній дисковий та кістковий порушення. Траєкторії попередніх та зворотніх рухів були принципово різними: на робочій стороні визначалися короткі, майже прямі траєкторії, на балансуєчій стороні довгі, дугоподібні. Протрузивні рухи також характеризувалися зміщенням щелепи в робочій бік за короткою, прямою траєкторією. Асинхронність рухів була принциповою характеристикою: суглобова головка на балансуєчій стороні значно відставала в часі та швидкості від головки робочої сторони. Петлеподібні частини траєкторій в початковій фазі відкривання або в кінцевій фазі закривання рота графічно відображають редукцію менісків.

Напрямок рухів різцевої точки визначався лінією з вираженими трансверзальними зсувами, які іноді супроводжувались обмеженням відкривання рота. Трикутник Поселя мав виражену порушену форму: траєкторії відкривання-

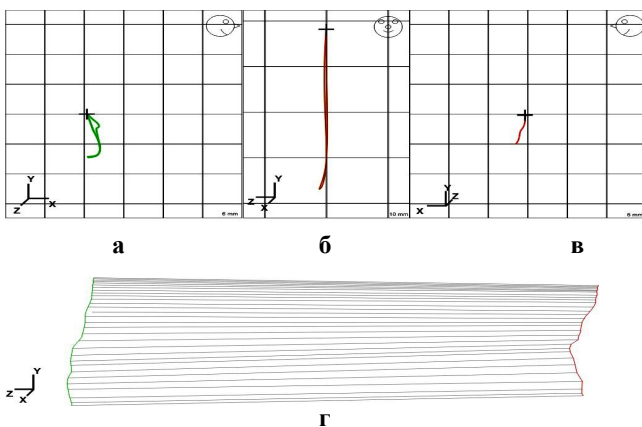


Рис. 3. Аксиограма рухів нижньої щелепи хворої Л., 1952 р. н., III клінічна група. Д-з: склерозуючий артроз. Відносна обмеженість амплітуди рухів нижньої щелепи: а – правий профіль, б – анфас, в – лівий профіль, г – функціональний аналіз рухів нижньої щелепи

закривання рота були скорочені.

Таким чином, підводячи підсумок аналізу аксіографічного дослідження рухів нижньої щелепи у хворих четвертої групи, ми можемо констатувати двобічні та несиметричні порушення як кінематичної складової, так і кісткової частини жувального апарату при детермінованих порушеннях оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи на фоні склерозуючого артрозу.

Аналіз аксіограм у хворих із м'язово-суглобовою дисфункцією. Принципові відмінності, виявлені при аналізі якісних характеристик суглобових ознак аксіограм хворих V клінічної групи (МСД), були виражені в значному ступені (табл. 6).

У цій групі спостерігаються аксіограми як 1-го, так і 2-го та 3-го типу за класифікацією В.О. Хватової, приблизно в однаковому співвідношенні, причому збільшені амплітуди відносно траєкторій нормограм зустрічалися поряд зі скороченими амплітудами. Наявність кута Фішера була нетиповою. У випадках девіації або дефлекції у відповідних ділянках спостерігалися зизагоподібні відхилення (рис. 5).

Патологічні траєкторії відкривання-закривання рота, протрузії-медіатрузії, латеротрузії-медіатрузії мали найрізноманітніший характер. У багатьох випадках несиметричність траєкторій можна було описати, використовуючи чотири попередніх принципів описи, причому поступальні та повертальні рухи могли мати характеріологічні ознаки різних функціональних груп або типів аксіограм. Характеріологічною ознакою аксіограм хворих п'ятої групи була відсутність ознак уражень кісткової тканини. Ознаки ураження за рахунок сполучнотканинного (меніску) або м'язового компоненту були патогномонічні в цій групі.

Напрямок рухів різцевої точки визначався асиметричними лініями з наявністю трансверзальних зсувів, іноді при значному обмеженні, а частіше з надлишковим відкриванням рота. Типова форма трикутника Поселя майже не зустрічалась, траєкторії відкривання-закривання рота були змінені, динамічна амплітуда була скорочена.

Отже, аксіографія дозволяє проводити діагностику як на ранніх стадіях процесу, так і в стадії виражених клінічних проявів; відрізнити м'язові та сполучнотканинні ураження.

Однак, оскільки цей метод не може бути використаний для самостійної діагностики, ми рекомендуємо його доповнювати функціональними, морфологічними, статистичними або іншими методами дослідження.

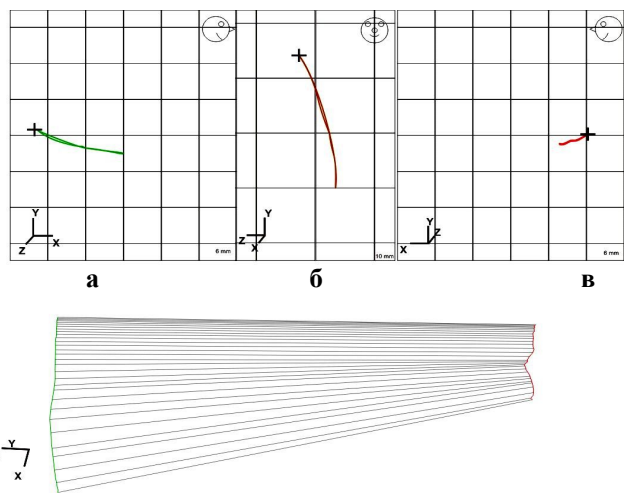


Рис. 4. Аксиограма рухів нижньої щелепи хворого С., 1964 р. н., IV клінічна група. Д-з: деформуючий артроз. Пізня репозиція лівого меніску: а – правий профіль, б – анфас, в – лівий профіль, г – функціональний аналіз рухів нижньої щелепи

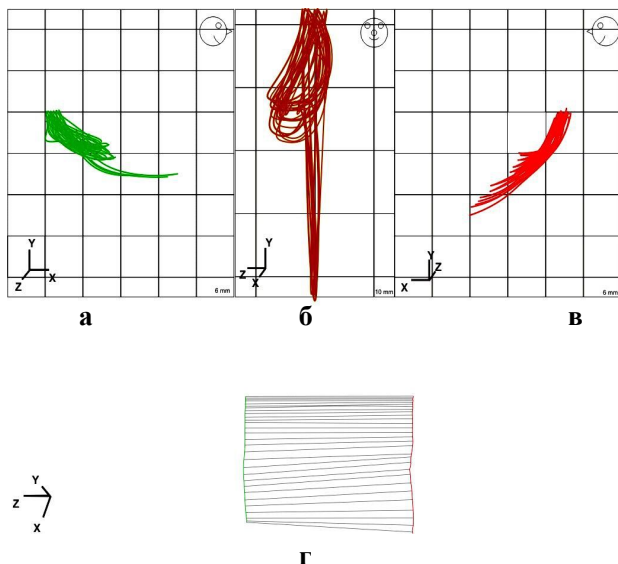


Рис. 5. Аксиограма рухів нижньої щелепи хворої Х., 1966 р. н., V клінічна група. Д-з: м'язово-суглобова дисфункція. Збільшена амплітуда рухів нижньої щелепи: а – правий профіль, б – анфас, в – лівий профіль, г – функціональний аналіз рухів нижньої щелепи

Таблиця 6. Порівняння довжини та форми траєкторії суглобових головок при рухах нижньої щелепи

Параметри суглобової траєкторії	Відкривання-закривання		Протрузія-медіатрузія		Латеротрузія	
	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона	Робоча сторона	Балансуюча сторона
Довжина	Коротка	Довга	Коротка	Довга	Коротка	Довга
Форма	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга
Синхронність та швидкість	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга	Коротка	Дугоподібна, довга

Висновки

За даними аксиографії встановлено, що розвиток детермінованих порушень оклюзії на фоні ревматоїдних уражень супроводжується змінами показників функціонального стану м'язово-суглобового комплексу зубо-щелепної системи, які найбільш виражені при м'язово-суглобовій дисфункції та мають свої характерні особливості перебігу як для ревматоїдних артритів, так і для деформуючого і склерозуючого артрозів, що проявляється змінами амплітуд та траєкторій рухів нижньої щелепи.

Перспективи подальших досліджень

Одержані результати функціональних досліджень стану нижньої щелепи та жувальних м'язів, ступеня атрофії кісткових елементів щелепно-лицьового апарату та локалізації суглобового диска в подальшому дозволять застосувати індивідуальний підхід під час визначення показань при виборі оптимальної ортопедичної конструкції.

Література

1. Гросс М. Д. Нормализация окклюзии : Пер. с англ. / М. Д. Гросс, Дж. Д. Мэтьюс. – М.: Медицина, 1986. – 288 с.
2. Дворник В. М. Підготовка і протезування хворих на патологічне стирання твердих тканин зубів : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 «Стоматологія» / В. М. Дворник. – Полтава, 2001. – С.43, 49-55.
3. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>
4. Мірза О.І. Діагностика і лікування більового синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.00.22 «Стоматологія» / О. І. Мірза. – Полтава, 2002. – 36 с.
5. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми

лікування ревматичних хвороб : під ред. чл.-кор. АМНУ В. М. Коваленка, проф. Н. М. Шуби. – К., 2004. – 156 с.

6. Петросов Ю. А. Функциональное состояние жевательных мышц при ортопедическом лечении дисфункций височно-нижнечелюстных суставов / Ю.А. Петросов, И.Н. Пономаренко // Заболевания височно-нижнечелюстных суставов: сб. научных трудов ВНИИМИ МЗ СССР [под ред. А. С. Иванова]. –1987. – № 13874-87. – С. 70-76.

7. Рабухина Н.А. Некоторые современные методики рентгенологического исследования височно-нижнечелюстных суставов / Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Здоровоохранение и медицинская техника.– 2005.– № 3 (17).– С.9.

8. Тимофеев А.А. Купирование болей и лечение шелканья при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А. Тимофеев, А. Мирза // Современная стоматология. – 2001. – № 1. – С. 76-79.

9. Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Нижний Новгород: НГМУ, 1996. – 275 с.

10. Хватова В.А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / В. А. Хватова. – М.: Медицинская книга, 2007. – 243 с.

11. ARCUSdigma (KaVo). Руководство по эксплуатации //Vertrieb/distribution KaVo Elektrotechnisches Werk GmbH Postfach 1320.D-88299 Leutkirch.

12. Gross M.D. Occlusion in Restorative Dentistry / M.D.Gross, J.D.Mathews. – Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York, 1982. – 288 p.

Новиков В.М.

Исследование функционального состояния нижней челюсти больных с детерминированными нарушениями окклюзии

Резюме. Нами было обследовано 133 пациента, прошедших лечение на кафедре ортопедической стоматологии с имплантологией ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» по поводу патологии ревматоидного происхождения и имели функциональные нарушения ВНЧС. Для лечения были отобраны пациенты с активностью ревматоидного процесса 0I, которые были распределены на 5 клинических групп. Как графический метод исследования функционального состояния нижней челюсти мы использовали аксиографию, которая позволяет задокументировать движения нижней челюсти и, тем самым, прогнозировать выбор ортопедического лечения. По данным аксиографии установлено, что развитие детерминированных нарушений окклюзии на фоне ревматоидных поражений сопровождается изменениями показателей функционального состояния мышечно-суставного комплекса зубочелюстной системы, которые наиболее выражены при мышечно-суставной дисфункции и имеют свои характерные особенности течения как для ревматоидных артритов, так и для деформирующего и склерозирующего артрозов, что проявляется изменениями амплитуд и траекторий движения нижней челюсти.

Ключевые слова: ревматоидные поражения ВНЧС, аксиография.

Novikov V.M.

Functional Research of Patients with Lower Jaw Deterministic Occlusion Disorders

Summary. We observed 133 patients that received treatment at the orthopedic stomatology with implantology department of the Ukrainian Higher Educational Establishment “Ukrainian Medical Stomatological Academy” as for the pathology of the rheumatoid origin and had the TMG dysfunctions. Patients with the 0I activity of the rheumatoid process were selected for the treatment, and were divided into 5 clinical groups. As the graphical method of the lower jaw functional condition research we used the axiography, which allows documenting of the lower jaw movement and making prognosis as for the orthopedic treatment. According to the axiography, it was evident that the developing process of the determinate dysfunctions of the occlusion along with the rheumatoid disorders were accompanied by the data changes of the functional condition of the muscular-joint complex of the dental-jaw’s system, which are mostly occurred during the muscular-joint dysfunction and have their own specific peculiarities both for the rheumatoid and deforming and sclerosis arthrosis, which is evident by the changes of amplitudes and tracks of the lower jaw movements.

Key words: rheumatoid lesions of TMJ, axiography.

Надійшла 21.01.2013 року.