

DOI: 10.26693/jmbs02.06.157

УДК 616–314+616–716–8]-007–24-053–02

Дорошенко С. І., Федорова О. В.,
Ірха С. В., Германчук С. М.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВТОРИННИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ ТА ЇХ ОСОБЛИВОСТІ

ПВНЗ «Київський медичний університет»

sgermanchuk@yandex.ua

Основними причинами розвитку вторинних зубощелепних деформацій, розповсюдженість яких залишається достатньо високою, і за даними проведених нами досліджень складає 41,42%, є не своєчасна компенсація дефектів зубів та зубних рядів, а також неповноцінне їх відновлення. Найвищий відсоток поширеності вторинних зубощелепних деформацій серед обстежених з дефектами зубних рядів спостерігався у осіб 18–25 років – 92,3%, тоді як у віці 26–44 років цей показник становив – 70,83%, у осіб 45–60 років – 49,48%. Основним чинником втрати зубів у пацієнтів всіх трьох вікових груп виявився карієс та його ускладнення, цей показник складав – 91,17% в I групі, 69,70% – в II та 60% – в III групі. Найбільш різноманітна клінічна картина ВЗЩД спостерігалася у пацієнтів 26–44 років із значними порушеннями оклюзійної поверхні та зниженням висоти оклюзії. У осіб молодого віку ВЗЩД формуються значно швидше, чим у осіб старшого віку. У пацієнтів 18–25 років при малих дефектах III класу превалюють ВЗЩД по сагіталі. Незважаючи на незначні вертикальні деформації у пацієнтів 18–25 років при дефектах III класу, в вигляді незначного часткового зміщення зуба антагоніста, виникає вимушене положення нижньої щелепи, що обмежує її рухи по трансверзалі і сагіталі та призводить до дисфункціональних станів СНЩС та жувальних м'язів.

Ключові слова: стоматологія, вторинні зубощелепні деформації, втрата зубів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом НДР «Підвищення ефективності ортопедичного і ортодонтичного лікування хворих з дефектами зубів, зубних рядів, аномаліями та деформаціями зубощелепного апарату», № державної реєстрації 010U011147.

Вступ. Незважаючи на значний розвиток сучасної стоматології, в ортопедичній практиці залишається досить актуальною проблема лікування і реабілітації пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів, що ускладнені вторинними зубощелеп-

ними деформаціями (ВЗЩД). Велика кількість клінічних досліджень свідчить про те, що при порушенні цілісності зубних рядів, або значних каріозних ураженнях оклюзійної поверхні зубів спостерігаються вторинні зубощелепні деформації, які спочатку призводять до негативних функціональних змін, а в подальшому викликають порушення всіх елементів зубощелепного апарату (ЗЩА). Встановлено, що втрата зубів антагоністів спричиняє різні зміни морфологічного та обмінного характеру в ЗЩА пацієнтів будь якого віку. Значні зміни оклюзії можуть перевищувати адаптаційні та ремоделюючі можливості ЗЩА, особливо з віком пацієнта. За даними різних дослідників, ВЗЩД спостерігаються від 13,5 до 63,8% випадків у пацієнтів з частковою втратою зубів (Гаврилов Е. І., 1975; Тріль І.Б., 1995; Король М. Д., 2003; Лабунец В. А., 2013; Жегулович З. Є., 2016). Характер ВЗЩД та їх тяжкість, як вказують автори, залежить від кількості втрачених зубів, локалізації, розміру та давності дефекту, виду прикусу, стану наявних зубів, а також віку та загального стану пацієнта, що недостатньо висвітлено в спеціальній літературі [1–11]. Окрім того, суперечливі дані авторів щодо розповсюдженості ВЗЩД також потребують подальшого вивчення.

Мета дослідження. Вивчити поширеність ВЗЩД у пацієнтів різних вікових груп та особливості їх прояву.

Об'єкт і методи дослідження. Для вивчення розповсюдженості ВЗЩД та визначення характерних для них порушень в зубощелепному апараті нами були проведені обстеження пацієнтів віком від 18 до 60 років, що зверталися за допомогою на кафедру ортопедичної стоматології та ортодонтії ПВНЗ «Київський медичний університет» та студентів 3–5 курсів стоматологічного факультету. При визначенні характеру порушень при ВЗЩД використовували класифікації Гаврилова Е. І., Мілікевича В. Ю., Пономарьової В. А., а ступінь вираженості зубощелепних деформацій визначали за даними Короля М. Д. [1,7,10,11,12]

Всі пацієнти були розподілені на три вікові групи: I група – пацієнти 18–24 років (молодий вік) –

123 особи, II група – 25–44 років (зрілий молодий вік) – 130 осіб, III група – 45–60 років (середній вік) – 114 пацієнтів. Загальна характеристика обстежених представлена в таблиці 1.

Таблиця 1 – Загальна характеристика обстежених за віком та статтю

Група	Загальна кількість	Вік	Стать			
			чоловіча		жіноча	
			абс.	%	абс.	%
1	123	18–25	64	52,03	59	47,97
2	130	26–44	63	48,46	67	51,54
3	114	45–60	56	49,12	58	50,88
Всього	367	18–60	183	49,86	184	50,14

Дані, наведені в таблиці 1, свідчать про те, що серед 367 оглянутих кількість пацієнтів чоловічої та жіночої статі була майже рівнозначною (49,86% та 50,14% відповідно). Лише у I віковій групі (18–25 років) виявлено незначне (на 4,06%) превалювання осіб чоловічої статі.

При обстеженні використовували методику системного групового відбору, що охоплювала ключові вікові групи населення [13]. Для оцінки та аналізу отриманих даних використовувалась спеціально розроблена нами карта первинного стоматологічного обстеження пацієнта. Дана карта заповнювалася на кожного оглянутого і вміщувала: паспортні дані, скарги пацієнта, зубну формулу, вид прикусу, стан оклюзії, наявність дефектів зубів (за Блеком) і зубних рядів (за Кеннеді), співвідношення центральних міжрізцевих ліній та наявність зміни висоти прикусу, оцінку відновлення цілісності зубів та зубних рядів (вид та стан пломб або ортопедичних конструкцій), час з моменту втрати зубів та їх причину, наявність та форму ВЗЩД за Гавриловим Е. І. Мілікевичем В. Ю., Пономарьовою В. А., Дорошенко С. І., стан жувальних м'язів визначався за допомогою пальпації, а стан СНЦС за допомогою Гамбургського тесту.

Результати дослідження та їх обговорення.

В 1-й групі обстежено 123 особи, віком від 18 до 25 років, переважно студентів 3–5 курсів стоматологічного факультету ПВНЗ «Київський Медичний Університет». Лише у 16 (13,01%) з них зубні ряди були інтактними; 88 (71,54%) осіб мали дефекти зубів (ДЗ), більшість з яких була зумовлена карієсом (у 85–96,59%); у 3 викликана травмою (3,41%), переважна більшість з яких була відновлена, але у 16 (13,01%) молодих людей спостерігалися невідновлені дефекти зубів (I–II кл. за Блеком), а ще у 14 (11,38%) визначалися незадовільні

реставрації оклюзійної поверхні жувальної групи зубів, або ортопедичні конструкції, які недостатньо точно відновлювали їх анатомічну форму, що становить 46,67% від всіх ДЗ, які потребували відновлення. Загальна кількість оглянутих, що потребували відновлення ДЗ склала 30 осіб (24,39%).

У 39 (31,71%) обстежених I групи спостерігалися дефекти зубних рядів, переважно III класу за Кенеді, у 5 (12,82%) з них ДЗР були відновлені за допомогою різних ортопедичних конструкцій, а 34 (87,18%) – потребували відновлення цілісності зубних рядів. Основною причиною втрати зубів у обстежених першої групи були ускладнення в результаті значного руйнування коронкової частини зубів в наслідок каріозних процесів та ускладнень, що виникли після ендодонтичного лікування в 94,87% випадків (37 осіб). У 2 осіб ДЗР виникли в наслідок травми. Термін з моменту втрати зубів коливався від 1 до 8 років. У 22 (16,92%) осіб час від видалення зубів не перевищував 2 років. Серед невідновлених дефектів переважали малі ДЗР в 88,24% випадках (у 30 осіб) з локалізацією в бічній ділянці (79,41%), де превалювали ДЗР III класу за Кеннеді – у 24 (70,59%) осіб. У 2 (5,88%) з обстежених I групи спостерігалися дефекти II класу, та в 2,94% випадків – I класу за Кеннеді. Четверо обстежених в цій віковій групі мали дефекти зубних рядів, що потребували відновлення як в бічній, так і фронтальній ділянці, а троє тільки у фронтальній, що складало 11,76% та 8,82%, відповідно.

Вторинні зубощелепні деформації (ВЗЩД) в I-й групі спостерігалися у 36 осіб, що склало 29,27% від загальної кількості всіх обстежених цієї групи та 92,31% від тих, що мали ДЗР, у осіб як чоловічої 19 (15,45%), так і жіночої 17 (13,82%) статі. Серед ВЗЩД превалювали дентальні форми в сагітальній площині – у 22 (61,11%) осіб, а саме: в вигляді мезіального нахилу зубів в бік дефекту 1 ступеня – 15 (41,67%), дистального – 2 (5,56%); а в 4 (11,11%) випадках спостерігався більш значний мезіальний нахил зубів 2 ступеня. Денто-альвеолярні деформації горизонтального типу першого і другого ступенів відмічалися у 4 (11,11%) обстежених з ВЗЩД. У 6 (16,67%) осіб спостерігалися комбіновані ВЗЩД. Вертикальні деформації були виявлені у 4 (11,11%) оглянутих у вигляді денто-альвеолярного подовження першого та другого ступенів, у 3 (8,33%) з них на тлі збереженої цілісності зубних рядів та значних дефектів зубів I–II класу за Блеком.

При огляді осіб першої вікової групи (18–25 років) спостерігалися також, ознаки дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів у 21 (21,88%) обстеженого, з них у 16 (13,01%) з дефектами зубних рядів, ускладнених ВЗЩД, що виникли на тлі як

ортогнатичного, так і різних патологічних прикусів, а саме: у 1-го (0,81%) при цілісних зубних рядах і ортогнатичному прикусі, але при наявності значних порушень оклюзійної поверхні молярів, у 4 (3,25%) з патологічними видами прикусів. У 16 (13,01%) обстежених спостерігалось порушення екскурсії рухів нижньої щелепи при відкриванні рота: у 4 (3,25%) осіб у вигляді дефлексії, у 12 (9,76%) – девіації, а у 3 (2,44%) відмічалось вимушене положення нижньої щелепи. При пальпації різних груп жувальних м'язів у 11 (8,94%) осіб виявлено болісні відчуття в латеральних крилоподібних та жувальних м'язах.

В другій групі нами обстежено 130 осіб віком від 26 до 44 років. У 7 (5,38%) обстежених зубні ряди виявилися інтактними. У 117 (90%) пацієнтів спостерігалися ДЗ, у більшості із них – 82 (63,08%) вони були відновлені, але 35 (26,92%) осіб мали невідновлені дефекти коронкових частин (1–2 кл. за Блеком), 11 з них ще мали дефекти 3-го та 4-го класу за Блеком, а у 12 (19,23%) пацієнтів було виявлено неякісне відновлення оклюзійної поверхні зубів за допомогою пломб. Кількість пацієнтів, що потребувала відновлення коронкових частин зубів в другій віковій групі склала 47 (36,15%) осіб, тобто 40,17% від усіх, що мали ДЗ. Основними причинами утворення ДЗ у пацієнтів другої вікової групи були: карієс: 68,57%, травма – 14,29%, патологічна стертість – 17,14%.

У 96 (73,85%) обстежених II вікової групи спостерігалась часткова втрата зубів I, II, III, IV класів за Кенеді, 30 (31,25%) з них мали ортопедичні конструкції, що повноцінно відновлювали цілісність зубних рядів, а 8 (8,33%) з обстежених мали ортопедичні конструкції, які були виготовлені після значної та тривалої відсутності зубів. Проте, при компенсації дефектів зубних рядів, у 12 (9,23%) обстежених не були правильно відновлені міжоклюзійні співвідношення. Саме ці пацієнти зверталися зі скаргами на болісні відчуття в СНЩС та м'язах, ускладнене жування, а також на розцементування ортопедичних конструкцій. Окрім того, 66 (50,77%) осіб потребувало відновлення цілісності зубних рядів, що склало 68,75% від тих, які мали ДЗР. У 44 (33,85%) пацієнтів другої групи спостерігалися середні дефекти зубних рядів (від 4-х до 6-ти зубів), а також малі та великі ДЗР – в 12,50% та 10,42% випадків, відповідно. Переважали ДЗР в бічній ділянці – у 32 (24,62%) осіб, що склало 48,48% від кількості обстежених з ДЗР, які потребували відновлення. В порівнянні з показниками першої групи, збільшилась також кількість пацієнтів, що мали бічні та фронтальні дефекти – до 36,36%. Серед дефектів в бічній ділянці зросла кількість дефектів I та II класу за Кенеді до 18,75% та 25%,

відповідно. Термін втрати зубів у оглянутих осіб II групи коливався від 2 до 18 років.

ВЗЩД у пацієнтів II-ї групи спостерігалися у 68 осіб, що склало 52,31% від загальної кількості всіх обстежених цієї групи та 97,06% від тих, які мали ДЗР що потребували відновлення. Серед пацієнтів даної групи, ВЗЩД частіше зустрічались у осіб жіночої статі, ніж чоловічої: 38 (29,23%) та 30 (23,08%), відповідно.

Клінічна картина ВЗЩД у обстежених була більш різноманітною: спостерігалися різні групи дефектів за Гавриловим Е. І., а також як дентальні, так і дентоальвеолярні зміни різного ступеня, згідно класифікації Пономарьової В. А. та Мілікевича В. Ю., а саме: 25 (36,76%) пацієнтів мали ВЗЩД у вигляді вертикального зубоальвеолярного подовження, зокрема: 17 (25,00%) – першу форму, а 8 (11,76%) – мали другу форму денто-альвеолярного подовження з оголенням частини кореня, переважно молярів верхньої щелепи з боку піднебіння. Останні пацієнти скаржилися на чутливість або рухливість цих зубів.

Порушення в горизонтальній площині різного ступеня ВЗЩД спостерігалися у 30 (44,11%) пацієнтів другої групи, як дентальні, так і денто-альвеолярні, та характеризувались переважно мезіальним зміщенням зубів. Дистальне, оральне та вестибулярне зміщення зустрічались рідше, а саме: в 12 (9,23%), 8 (6,15%), 6 (4,42%) та 4 (3,08%) випадках, відповідно. У 16 (12,31%) обстежених другої групи були виявлені комбіновані ВЗЩД. Серед обстежених, що мали ВЗЩД, переважали вертикальні денто-альвеолярні та комбіновані деформації, які складали 25,00% та 23,53%, відповідно.

У 27 (20,77%) обстежених другої групи виявлено зниження оклюзійної висоти, зміщення міжрізцевих ліній, вимушене положення нижньої щелепи, ознаки травматичної оклюзії.

При дослідженні СНЩС у 56 (43,08%) осіб спостерігалися порушення екскурсії рухів нижньої щелепи, клацання, завелике або недостатнє відкривання рота, нечіткий оклюзійний звук, у 18 (13,85%) відмічався біль при пальпації жувальних, скроневих та (або) латеральних крилоподібних м'язів.

В третій групі кількість обстежених складала 114 осіб, 87 (76,32%), із них, мали ДЗР, частина з яких була відновлена, і лише 3 (2,63%) обстежених мали інтактні зубні ряди, а 5 (4,39%) – часткову втрату зубів на одній зі щелеп та повну – на другій. У 50 (43,86%) пацієнтів спостерігалися дефекти коронкових частин, з порушенням анатомічної форми зубів в результаті карієсу або патологічної їх стертості – 56,00% та 36,00%, відповідно. У 27 (23,68%) осіб визначалися неякісно відновлені

Таблиця 2 – Розповсюдженість ДЗ, ДЗР, ВЗЩД у пацієнтів різних вікових груп

Групи	Кількість обстежених	з ДЗ	з ДЗР	з ВЗЩД
I	123	88 (71,54%)	39 (31,71%)	36 (29,27%)
II	130	117 (90,0%)	96 (73,85%)	68 (52,31%)
III	114	87 (76,32%)	97 (85,09%)	48 (42,11%)
Всього	367	292 (79,56%)	232 (63,21%)	152 (41,42%)

реставрації оклюзійних поверхонь. Загальна кількість обстежених, що потребували відновлення ДЗ в III віковій групі склала 77 (67,54%) осіб. У 97 (85,09%) пацієнтів спостерігались дефекти зубних рядів (переважно I та II класів за Кенеді), з яких 35 (36,08%) потребували відновлення. Більшість із них були великі – у 15 (13,16%) осіб з відсутністю понад 6 зубів та середні дефекти зубних рядів – у 17 (14,91%) пацієнтів, що склало 42,86% та 48,57% ДЗР, що потребували відновлення.

ВЗЩД спостерігалися у 48 (42,11%) пацієнтів як у осіб чоловічої 25 (21,93%), так і жіночої статі – 23 (20,18%) осіб, із них – у 27 (23,68%) були виявлені порушення в реставрації оклюзійної поверхні зубів чи неякісно відновленої їх коронкової частини або дефектів зубних рядів. Термін втрати зубів коливався від 1 до 27 років. Превалювали комбіновані, та денто-альвеолярні форми ВЗЩД, які супроводжувалися зниженням міжальвеолярної висоти, патологічною стертістю зубів, змінами в пародонті, вираженими порушеннями в роботі СНЩС та жувальних м'язів. У 24 (50,00%) пацієнтів вторинні деформації характеризувалися деформаціями в вертикальній площині – I група за Гавриловим Е. І., у 16 (66,67%) з них спостерігалась перша форма ВЗЩД (за Пономарьовою В. А.); у 8 (33,33%) – осіб визначалась друга форма деформацій в вертикальній площині, що склало 33,33% та 16,67% від усіх ВЗЩД. 13% пацієнтів мали ВЗЩД в горизонтальній площині, які відповідали другій та третій групам за Гавриловим Е. І., серед яких переважали порушення по сагіталі: як дентальні 4 (8,33%), так і денто-альвеолярні 5 (10,42%) різних ступенів вираженості за Мілікевичем В. Ю. Обстеження СНЩС виявило у 19 (16,67%) пацієнтів порушення екскурсії рухів нижньої щелепи, клацання, завелике або недостатнє відкривання рота, нечіткій оклюзійний звук, у 8 (7,02%) з них відмічався

біль при пальпації власне жувальних, скроневих та (або) латеральних крилоподібних м'язів.

В табл. 2, 3, 4 наведені дані обстеження пацієнтів всіх трьох вікових груп для порівняння отриманих результатів.

Дані досліджень, наведені в таблиці 2, свідчать про те, що роз-

повсюдженість дефектів зубів в віці 18–25 років залишається досить високою – 71,54% і має тенденцію збільшуватися з віком майже до 90,00%, в 26–45 років. Кількість пацієнтів з дефектами зубних рядів, також збільшується в з віком і становить 31,71% в 18–25 років, 73,85% – в 26–45 років та 85,09% – в 46–60 років. Дані обстеження показують, що в III віковій групі кількість ДЗР зростає незначно, але збільшилася їх протяжність, а саме: середні дефекти в першій групі склали 26,67%, в другій – 67,69%, в третій – 40,00%, а великі – 6,67%, 26,15% та 60,00%, відповідно. Основним чинником втрати зубів у пацієнтів всіх трьох вікових груп виявився карієс та його ускладнення: 91,17% в I групі, 69,70% в II та 60% в III групі (табл. 3). В другій віковій групі серед основних факторів втрати зубів друге місце посіли захворювання тканин пародонту – 14 (21,21%) осіб, вони зберігають друге місце і у пацієнтів III групи, але вже зі збільшеним відсотком – 31,43% (11 осіб). ДЗ та ДЗР своєчасно некомпенсовані, є основними факторами, що сприяють виникненню ВЗЩД. Найбільший відсоток ВЗЩД спостерігається у оглянутих I-ї групи. Вони мають також найбільшу кількість невідновлених ДЗР – 87,18%. На високий показник наявності ВЗЩД у пацієнтів I групи впливали, в першу чергу, своєчасно невідновлені дефекти зубів у осіб молодого віку. Найбільш виражена клінічна картина ВЗЩД спостерігалася у пацієнтів другої групи із значними порушеннями оклюзійної поверхні та зниженням висоти оклюзії. У них, також, переважали порушення з боку СНЩС та жувальних м'язів – 58,33% та 47,37%, відповідно, від загальної кількості виявлених. У обстежених другої та третьої груп відмічалось збільшення випадків патологічної стертості та патологічних змін тканин пародонту. Що стосується розповсюдженості ВЗЩД у осіб різної статі, то: в першій та третій групах вони зустрічалися майже

Таблиця 3 – Основні етіологічні фактори втрати зубів у обстежених з ДЗР в 3-х групах

Групи	Етіологічні фактори ДЗР								Кількість пацієнтів з невідновленими ДЗР	
	Ускладнення карієсу		Захворювання тканин пародонту		Травми		Адентія			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	31	91,17	0		2	5,88	1	2,94	34	100
II	46	69,70	14	21,21	4	6,06	2	3,03	66	100
III	21	60,00	11	31,43	2	5,71	1	2,86	35	100

Таблиця 4 – Характеристика ВЗЩД у обстежених 3-х груп

Група		I	II	III	Загальна кількість		
					абс.	%	
Кількість оглянутих		123	130	114	367	100	
В З Щ Д	дентальні	вертикальні	8 50,00%	8 50,00%	16	4,36	
		сагітальні	14 51,52%	12 36,36%	4 12,12%	30	8,17
		трансверзальні	1 11,11%	6 66,67%	2 22,22%	9	2,45
	денто-альвеолярні	вертикальні	8 19,51%	17 41,46%	16 39,02%	41	11,17
		сагітальні	4 23,53%	8 47,06%	5 29,41%	17	4,63
		трансверзальні		4 66,67%	2 33,33%	6	1,63
	комбіновані		6 18,18%	16 48,48%	11 33,33%	33	8,99
	Всього		36 23,68%	68 44,74%	48 31,58%	152	41,42

однаково, як у осіб жіночої, так і чоловічої статі – з незначною перевагою до 5% у чоловіків. У обстежених другої групи, віком 26–45 років, ВЗЩД частіше спостерігалися у жінок ніж у чоловіків – в 56,72% та в 47,62%, відповідно.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Несвоєчасна компенсація дефектів зубів та зубних рядів, а також неповноцінне їх відновлення є основними причинами розвитку ВЗЩД, розповсюдженість яких залишається достатньо високою, і за даними проведених нами досліджень складає 41,42% серед всіх обстежених. Найвищий відсоток поширеності ВЗЩД серед обстежених з ДЗР спостерігається в I віковій групі – 92,3%, а в II – 70,83%, та III – 49,48%.

Виникнення ВЗЩД залежить не тільки від терміну втрати зубів та якості їх відновлення, а й від віку пацієнта. У осіб молодого віку від 18 до 25 років (I група) ВЗЩД формуються значно швидше, ніж у осіб старшого віку від 45 до 60 років (III група). Це пов'язано з тим, що з 18 до 25 років продовжується ріст лицевого черепа, зокрема щелепних кісток, та процес прорізування третіх молярів, які сприяють мезіальному зміщенню зубів в сторону дефекту, тобто в сагітальній площині.

Результати проведених досліджень свідчать про необхідність своєчасного заміщення дефектів зубів та зубних рядів, особливо у осіб молодого віку, навіть при поодиноким малих дефектах зубного ряду, а також комплексного підходу до планування ортопедичного лікування у пацієнтів для профілактики більш глибоких змін морфологічного та функціонального характеру, що відбуваються в зубощелепному апараті.

В кожній віковій групі переважають певні види ВЗЩД, які мають свої особливості, що необхідно враховувати при проведенні безпосереднього ортопедичного лікування, його плануванні та прогнозуванні результатів. У пацієнтів 18–25 років при малих дефектах III класу превалюють ВЗЩД в сагітальній площині. Незважаючи на незначні вертикальні деформації у пацієнтів 18–25 років при дефектах III класу, в вигляді незначного часткового зміщення зуба антагоніста, виникає вимушене положення нижньої щелепи, що обмежує її рухи по трансверзалі і сагіталі та призводить до дисфункціональних станів СНЩС та жувальних м'язів. Цей факт необхідно враховувати при відновленні цілісності зубних рядів і використовувати більш точні методи оцінки стану оклюзії, що можна реалізувати застосовуючи метод комп'ютерної діагностики T-Scan.

У обстежених 26–44 років і 45–60 років ВЗЩД характеризуються більшою різноманітністю клінічної картини, а саме: превалюють комбіновані деформації як дентальні, так денто-альвеолярні із значними порушеннями оклюзійної поверхні та зниженням висоти оклюзії. Такі пацієнти в процесі лікування потребують проведення більш ретельної діагностики та поетапної підготовки до зубного протезування.

Для більш точного відображення клінічної картини необхідно брати до уваги стан всіх складових елементів зубо-щелепного апарату, а саме: співвідношення антагонуючих зубів та наявність зниження висоти прикусу, вимушеного положення нижньої щелепи та блокування її рухів, стан тканин пародонта, патологічне стирання, дисфункціональний стан СНЩС та м'язів.

References

1. Asavovarit N, Mitirattanaul S. Characterization of Physiologic Occlusion. *M Dent J*. 2014; 34 (3): 263-9.
2. Hwang GJ, Drangsholt MT, Rue TC, Cruikshank DC, Hobzon KA. Age and third molar extraction as risk factors for temporomandibular disorder. *J Dent Res*. 2008; 87 (3): 283-7. PMID: 18296615. DOI: 10.1177/154405910808700313.
3. Marino R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reporter and chemically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36: 85-94. PMID: 18205644. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2007.00378.x.
4. Potapov VP. *Sistemnyj podhod k obosnovaniju novyh metodov diagnostiki i kompleksnomu lecheniju zabolevanij visochno-nizhnecheljustnogo sustava pri narushenii funkcionalnoj okkluzii*: dis. ... kand. med. nauk, Abstr. PhDr. (Med.). Samara: SamGMU; 2010. 247 s. [Russian].
5. Shemonaev VI, Mashkov AV. Analiz biometricheskikh harakteristik okkluzionnoj morfologii bokovyh zubov kak kriterij kachestva zubnyh protezov. *Volgogradskij nauchn med zhurnal*. 2012; 2: 44-7. [Russian].
6. Nesprjadko VP, Zhegulovich ZE, Zaharova LE. Narushenie okkluzionnyh vzaimootnoshenij pri povrezhdenii odnogo moljara. *Stomatologia*. 2006; 1: 23-8. [Russian].
7. Baid GC, Lakshman SD, Marilingaiha A, Lunkad H. Comprehensive treatment of compromised dentition. *Journal of Inerrdisciplinary Dentistry [Internet]*. 2012 [cited 23 Sep 2017]; 2(3): 205-10. Available from: <http://www.jidonline.com>
8. Novikov VM, Shtefan AV. Diagnostika patologij visochno-nizhnecheljustnogo sustava okkluzionnogo geneza. *Visnik problem biologii ta medicini*. 2014; 2 (2): 49-54. [Russian].
9. Silin AV, Lila AM. Kompleksnoe lechenie myshechno-sustavnyh disfunkcij visochno-nizhnecheljustnyh sustavov u pacientov s zubocheljustnymi anomalijami. *Institut stomatologii*. 2009; 42 (1): 39-41. [Russian].
10. Hudjakova LI, Filimonova OI, Kotov AA. Sravnitelnyj analiz kachestva zhizni studentov ne imejushih patologii zubocheljustnoj sistemy i studentov, imejushih narushenija stomatologicheskogo zdorovja. *Problemy stomatologii*. 2011; 4: 18-22. [Russian].
11. Korol MD. *Vtorynni deformaciyi zubnyh ryadiv*. Vydannya 2-e, vypravlene. Poltava, 2016. 108 s. [Ukrainian].
12. Motorkina TV, Dmitrienko SV, Krajushkin AI, i dr. Klinicheskie klasifikacii, primenjaemye v ortopedicheskoj stomatologii. *Volgograd*. 2005. 63 s. [Russian].
13. Kuzmina EM. Model provedenija jepidemiologicheskogo obsledovanija naselenija po kriterijam Vsemirnoj organizacii zdavoohranenija. *Problemy standartizacii v zdavoohranenii*. 2007; 6: 13-6. [Russian].

УДК 616–314+616–716–8]-007–24-053–02

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ И ИХ ОСОБЕННОСТИ

Дорошенко С. И., Федорова О. В., Ирха С. В., Германчук С. М.

Резюме. Основными причинами развития вторичных зубочелюстных деформаций, распространенность которых остается достаточно высокой, и по данным проведенных нами исследований составляла 41,42% среди всех обследованных, является несвоевременная компенсация дефектов зубов и зубных рядов, а также неполноценное их восстановление. Самый высокий процент распространенности вторичных зубочелюстных деформаций среди обследованных с дефектами зубных рядов наблюдался у лиц 18–25 лет – 92,3%, а в возрасте 26–44 лет этот показатель составлял – 70,83%, у лиц 45–60 лет – 49,48%. Основным этиологическим фактором потери зубов у пациентов всех трех возрастных групп служил кариес и его осложнения, показатель которого составлял – 91,17% в I группе, 69,70% – во II и 60% – в III группе. Наиболее выраженная клиническая картина ВЗЧД наблюдалась у пациентов II группы (26–44 лет) и характеризовалась деформациями окклюзионной поверхности со снижением высоты окклюзии, которые сопровождалась не только морфологическими, но и функциональными нарушениями со стороны ВНЧС и жевательных мышц. Подтверждена информация, что у лиц молодого возраста от 18 до 25 лет ВЗЧД формируются значительно быстрее, чем у лиц старшего возраста от 45 до 60 лет.

Ключевые слова: стоматология, вторичные зубочелюстные деформации, потеря зубов.

UDC 616–314+616–716–8]-007–24-053–02

The Prevalence of Secondary Dental Deformations in the Age Aspect and their Features

Doroshenko S. I., Fedorova O. V., Irkha S. V., Hermanchuk S. M.

Abstract. Despite the significant development of modern dentistry, in the orthopedic practice, the problem of treatment and rehabilitation of patients with partial defects in dentition, which is complicated by secondary dental-maxillary deformities, remains very relevant. A large number of clinical studies indicate that in violation of the dentition integrity, or significant carious lesions of the occlusive surface of the teeth, secondary dental and maxillary deformities are observed, which initially lead to negative functional changes, and subsequently cause

disturbance of all elements of the tooth-jaw machine. It has been established that the loss of antagonist teeth causes various changes in the morphological and metabolic nature in patients of any age. Significant changes in occlusion may outweigh the adaptive and remodeling options, especially with patient age.

The aim of the research is to study the prevalence of hypertension in patients of different age groups and the peculiarities of their manifestation.

In order to study the prevalence and to determine the characteristic disorders in the dento-jaw machine, we have been conducting an examination of patients aged 18 to 60 years who applied for assistance to the Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics and 3rd – 5th – year students of the Faculty of Dentistry.

Materials and Methods. During the examination, the method of system group selection was used to cover the key age groups of the population. A specially designed map of the primary dental examination of the patient was used to evaluate and analyze the obtained data.

Results and Discussion. The 1st group comprised 123 persons aged from 18 to 25 years, mostly 3rd – 5th years students. Only 16 (13,01%) of them had dental rows; 88 (71.54%) had teeth defects, most of which were due to caries (85–96.59%); 3 patients were injured (3.41%), the vast majority of them were restored, but 16 (13.01%) of young people had unrecovered defects in teeth, and in 14 (11, 38%) we determined unsatisfactory restoration of the occlusive surface of the masticatory group of teeth or orthopedic structures, which did not accurately restore their anatomical form, representing 46.67% of all that needed recovery. The total number of examined, requiring restoration was 30 people (24,39%).

During the examination of persons in the first age group (18–25 years old), signs of dysfunction of the temporomandibular joint were observed in 21 (21,88%) of the examined, 16 (13,01%) of which had defects. These defects were on the background of both orthognathic and various pathological occlusions, namely: in the 1st (0.81%) with integral tooth rows and orthognathic bite, but in the presence of significant violations of the occlusive surface of the molars, 4 (3.25%) with pathological types of bites. In 16 (13,01%) patients, there was a violation of the excursion of the movements of the mandible at the opening of the mouth: 4 (3.25%) people in the form of deflection, 12 (9,76%) – deviations, and 3 (2.44%) there was a forced position of the lower jaw. At palpation of different groups of masticator muscles 11 (8.94%) persons had painful sensations in lateral winged and chewing muscles were revealed.

Conclusions. Untimely compensation of defects in teeth and dentitions, as well as inferior regeneration, are the main causes of the development, the prevalence of which remains rather high, and according to our research, it makes up 41.42% among all surveyed. The results of the conducted research indicate the need for timely replacement of defects in teeth and dentitions, especially in young people, even with a few small defects in the dentition, as well as a comprehensive approach to the planning of orthopedic treatment in patients to prevent more profound changes in morphological and functional nature in the tooth-jaw machine.

Keywords: dentistry, secondary dentocephalic deformation, loss of teeth.

Стаття надійшла 14.09.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування