

УДК 616.724-002.77-073.7

В.М. НОВИКОВ

ИЗМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ АКСИОГРАММ БОЛЬНЫХ С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ВНЧС И ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ НА ФОНЕ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТОИДНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

В статье приведены результаты аксиографического обследования больных с одним из наиболее распространенных хронических патологических состояний - ревматоидными поражениями. Наряду с этим, данных о ревматоидных поражениях органов челюстно-лицевой области крайне мало.

Ключевые слова: ревматоидные поражения ВНЧС, аксиография.

Введение. Значительное количество людей имеет зубные ряды с некоторыми элементами окклюзионной дисгармонии, что приводит к развитию мышечного стресса. При этом жевательная система теряет способность адекватно адаптироваться к этим факторам, нарушается функциональное состояние элементов ВНЧС, в следствии чего в них возможно появление воспалительных или дистрофических изменений. В большинстве наблюдений эти симптомы непостоянны, но у некоторых больных они переходят в хроническую форму. Потеря адаптационной способности к дисфункции элементов зубо-челюстной системы, в частности, ВНЧС, что приобретает временную или хроническую форму [1, 2, 4, 6, 7, 8, 10].

Цель исследования – усовершенствование диагностики и повышение эффективности комплексного лечения больных с детерминированными нарушениями окклюзии и функциональных структур зубо-челюстной системы ревматоидного происхождения путём обоснования ортопедических методов в составе комплексного лечения.

Материалы и методы исследования. Обследование больных проводилось на базе кафедры семейной медицины - общей практики Украинской медицинской стоматологической академии и ревматологического отделения Полтавской областной клинической больницы.

Из всех обследованных больных нами было исследовано 133 пациента, получивших лечение на кафедре ортопедической стоматологии с имплантологией по поводу патологии ревматоидного происхождения и имевших функциональные нарушения ВНЧС. Все больные были обследованы врачами общей практики. Распределение пациентов по возрасту и полу проводилось согласно рекомендациям ВОЗ (1981) [5]. Диагноз ставился на основании классификации В.А. Хватовой [9], которая была согласована с МКБ-10 [3].

Для лечения были отобраны пациенты с активностью ревматоидного процесса ОI, которые были распределены на 5 клинических групп по 9 человек в каждой, в возрасте от 30 до 60 лет: I - пациенты с ревматоидным артритом в фазе активности; II - пациенты с ревматоидным артритом в фазе ремиссии; III - пациенты со склерозирующим артрозом; IV - пациенты с деформирующим артрозом; V - пациенты с мышечно-суставной дисфункцией.

Графическое исследование функционального состояния нижней челюсти проводилось с помощью аксиографа «АРКУС-Дигма» фирмы «KaVo», производства Германии. Программа «Arcus digma» в ее полной версии использовалась нами с целью функциональной диагностики (функционального анализа) соотношения челюстей.

Исследования проводились до и после лечения, в сроки, рекомендованные производителем, а именно через три-шесть месяцев после окончания лечения.

Результаты и обсуждение. *Результаты ортопедического лечения больных с ревматоидным артритом в фазе активности (первая клиническая группа) по данным аксиографии:* анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиа-трузии, можем констатировать симметричные по направлению и равномерные по длине траектории как на рабочих, так и на балансирующих сторонах. Трансверзальные отклонения почти не встречались. Принципиальной разницы не наблюдалось и при боковых перемещениях нижней челюсти. Траектории предыдущих и возвратных движений были близки, иногда даже совпадали, при этом в процессе лечения протяженность движений была восстановлена до средних показателей нормограммы.

Суставные головки в динамических фазах имели примерно одну скорость перемещений. В процессе лечения протяженность движений была восстановлена до средних показателей

нормограммы. Нарушений синхронности динамики движений после лечения нам обнаружить не удалось.

Форма траектории перемещений нижней челюсти стала типичной, с прямой линией открывания-закрывания рта. Восстановилось общее 5-миллиметровое начало траекторий с обеих сторон, что свидетельствует о симметричности восстановления движений мениска. Направление движений резцовой точки определялось прямой линией с отсутствием трансверзальных смещений. была восстановлена амплитуда открывания рта. Треугольник Посселя имеет типичную форму.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных первой группы в процессе комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и симметричные нарушения кинематической составляющей в ранней стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных ревматоидным артритом в фазе ремиссии (вторая клиническая группа) по данным аксиографии:

3-й тип аксиограмм по классификации В.А. Хватовой [11], который преобладал до начала лечения, не встречается, причем амплитуды увеличены относительно траекторий первой группы и достигают средних показателей нормы.

Анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиаатрузии, можем констатировать относительную симметричность траекторий при восстановлении амплитуды движений во всех направлениях. Короткое общее начало траекторий, которое объясняется ограниченными движениями суставного диска совместно с суставными головками, что свидетельствует о преимущественно дисковых (т.е. соединительнотканых) нарушениях, устраненных в процессе лечения. Траектории поступательных и возвратных движений чаще всего совпадали, что свидетельствует о восстановлении функциональной эластичности менисков, то есть перераспределении динамической нагрузки на суставной диск и на костные структуры соответственно физиологическому.

Совпадение движений суставных головок по времени и направлению (синхронность и скорость) свидетельствуют о функциональной адаптированности к патологическому состоянию, т.е. в хроническом течении процесса. Синхронность движений была сохранена при восстановлении скорости открывания рта.

Направление движений резцовой точки сохранилось по прямой линии с отсутствием трансверзальных смещений и при восстановленной амплитуде открывания рта. Треугольник Посселя имеет восстановленную форму.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных второй группы в процессе комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и симметричные нарушения кинематической составляющей в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных со склерозирующим артрозом (третья клиническая группа) по данным аксиографии:

Устранены движения, отвечающие 2-му типу аксиограмм по классификации В.А. Хватовой, которые наблюдались в этой группе до начала лечения. Случаи девиации или дефлексии в соответствующих участках амплитуд не наблюдались. Типично наличие угла Фишера.

Анализируя движения нижней челюсти во время открывания-закрывания рта и протрузии-медиаатрузии, можем констатировать исчезновение или значительное уменьшение трансверзальных отклонений (девиации и дефлексии), что свидетельствует о восстановлении функционального состояния нижней челюсти. Траектории поступательных и возвратных движений стали симметричными как на рабочей, так и на балансирующей стороне. Протрузивные движения также характеризуются восстановлением амплитуд движений челюсти по прямой траектории. Синхронность и скорость движений восстановлены как на балансирующей, так и на рабочей стороне. Петлеобразные части траекторий в начальной фазе открывания или в конечной фазе закрывания рта графически не отображаются. Направление движений резцовой точки определяется прямой линией с незначительными трансверзальными отклонениями. Треугольник Посселя имел восстановленную форму: траектории открывания-закрывания рта стали значительно длиннее, оральное смещение траекторий исчезло, динамические амплитуды были восстановлены.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных третьей группы в результате комплексного лечения, мы можем констатировать

что двусторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных с деформирующим артрозом (четвертая клиническая группа) по данным аксиографии: устранено движение по 2-му типу аксиограмм согласно классификации В.А. Хватовой, которое наблюдалось в этой группе до начала лечения. Амплитуды увеличены и достигают средних показателей нормограмм. Типичным является наличие угла Фишера как на балансирующей, так и на рабочей стороне. Случаи девиации или дефлекции практически не встречаются, что свидетельствует об исчезновении односторонних дисковых и костных нарушений. Траектории поступательных и возвратных движений изменились: на рабочей и на балансирующей стороне возобновились почти симметричные длинные, дугообразные линии. Протрузивные движения теперь также характеризуются отсутствием патологических сдвигов челюсти в сторону. Восстановлена синхронность движений нижней челюсти: движения суставной головки на балансирующей стороне совпадают по времени и скорости с движениями головки рабочей стороны. Петлеобразные части траекторий в начальной фазе открывания или конечной фазе закрывания рта, которые графически отражали редукцию менисков, выровнялись.

Направление движений резцовой точки определяется прямой линией без трансверзальном смещений, которые до лечения сопровождалась ограничением открывания рта. Треугольник Посселя имеет восстановленную форму, которая приближается по форме к нормограммам.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных четвертой группы после проведенного комплексного лечения, мы можем констатировать, что двусторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей жевательного аппарата в хронической стадии заболевания устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Результаты ортопедического лечения больных с мышечно-суставной дисфункцией (пятая клиническая группа) по данным аксиографии:

Патологические аксиограммы 1-го, 2-го и 3-го типа по классификации В.А. Хватовой, которые наблюдались в этой группе до лечения, сменились на нормограммы. Восстановлены амплитуды траекторий до среднестатистической нормы. Наличие угла Фишера стало типичным. Девиаций или дефлекций не наблюдалось.

Патологические траектории открывания-закрывания рта, протрузии-медиатрузии, латеротрузии-медиатрузии исчезли, восстановлено ровную характерную траекторию.

Направление движений резцовой точки после лечения определялось симметричными линиями без трансверзальных смещений, без ограничения или избыточного открывания рта. Восстановлена типичная форма треугольника Посселя, динамические амплитуды соответствуют норме.

Таким образом, подводя итог анализа аксиографического исследования движений нижней челюсти у больных пятой группы после проведенного комплексного лечения, мы можем констатировать, что односторонние и несимметричные нарушения кинематической составляющей жевательного аппарата устранены. Функционирование всех динамических составляющих восстановлено в полном объеме.

Обобщенные результаты проведенного аксиографического исследования позволяют достоверно утверждать положительное направление избранного комплексного лечения. С помощью графических тестов аргументированно показано восстановление окклюзионных характеристик.

Перспективы дальнейших исследований. Полученные результаты функциональных исследований состояния нижней челюсти и жевательных мышц, степени атрофии костных элементов челюстно-лицевого аппарата и локализации суставного диска в дальнейшем позволят применять индивидуальный подход при определении показаний при выборе оптимальной ортопедической конструкции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 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 больового синдрому дисфункції скронь-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.05.02 «Стоматологія» / О. І. Мірза. – Полтава, 2002. – 36 с.
- 5 Новіков В. М. Магніторезонансна томографія в комплексі променевих методів дослідження стану СНЩС / В. М. Новіков // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 1, Т. 1. – С. 65
- 6 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.
- 7 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.
- 8 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.
- 9 Тимофеев А.А. Купирование болей и лечение щелканья при болевом синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А.А. Тимофеев, А.И. Мирза // Современная стоматология – 2001. – № 1. – С. 76-79.
- 10 Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В. А. Хватова – Нижний Новгород: НГМУ, 1996. – 275 с.
- 11 Хватова В.А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / В. А. Хватова. – М.: Медицинская книга, 2007. – 243 с.
- 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.

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава). Материал поступил в редакцию 27.10.12.

Түйін

В.М. НОВИКОВ

ЖҮЙЕЛІ РЕВМАТОИДТІК ЗАҚЫМДАР КЕЗІНДЕ САМАЙ-ШЫҚШЫТ БУЫНЫНЫҢ ДИСФУНКЦИЯЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ МЕН ОККЛЮЗИЯНЫҢ ДЕТЕРМИНИРЛАНҒАН БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР НАУҚАСТАР АКСИОГРАММАСЫНЫҢ ОККЛЮЗИЯЛЫҚ ПАРАМЕТРЛЕРІНІҢ ӨЗГЕРУІ

Украинаның Жоғары мемлекеттік оқу орны

«Украинаның медициналық стоматологиялық академиясы» (Полтава қ.).

Полтава облыстың клиникалық аурухананың ревматологиялық бөлімшесінде зерттеу жүргізу кезінде 3561 науқас тексеруге алынған, олардың 230-да самай-шықшылт буынының ревматоидтік зақымдары негізінде окклюзия бұзылыстары бар. Мақалада кең таралған созылмалы патологиялық жағдайлардың бірі – ревматоидтік зақымдары бар науқастарды аксиографиялық зерттеу нәтижелері келтірілген. Сонымен бірге жұмбақ бет органдарының ревматоидтік зақымдары туралы деректер тым аз.

Кілтті сөздер: самай-шықшылт буынының ревматоидтық зақымдары, аксиография.

Abstract

V.M. NOVIKOV

CHANGES OF OCCLUSION PARAMETERS OF PATIENT'S AXIOGRAMS WITH DISFUNCTIONAL TMJ DISORDERS AND DETERMINISTIC VIOLATIONS OF OCCLUSION WITH SYSTEMIC RHEUMATOID INJURIES

«Ukraine medical stomatology academy» Poltava city, Ukraine.

There were observed 3561 patients, including 230 patients with occlusion violations against rheumatoid lesions of TMJ during the study period at rheumatological department of Poltava Regional Hospital. The article presents the results of axiographic examination of patients with rheumatoid lesions, one of the most common chronic pathological conditions. Along with this, there is very little information on rheumatoid lesions of the maxillofacial region.

Key words: rheumatoid lesions of TMJ, axiography.