



КЛІНІЧНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ СПОСОБІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ МІЖЩЕЛЕПОВОГО ПОЛОЖЕННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Вовк В. Ю., Вовк Ю.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів*

Вступ. Будь-яка зміна міжщелепового положення незмінно призведе до порушень у гармонійній роботі зубо-щелепової системи пацієнтів. Ігнорування встановлення міжщелепового положення у межах фізіологічної норми неминуче викличе появу функціональних порушень навіть при виготовленні естетично найкращих реставраційних робіт.

Актуальність. Клінічний зміст центрального співвідношення щелеп (ЦСЩ) вже майже сто років є предметом професійних суперечок, насамперед стоматологів-ортопедів, внаслідок чого виникли різноманітні, часом антагоністичні наукові концепції та клінічні доктрини практичного впровадження. Сучасний розвиток наукових досліджень в цій царині засвідчує, що й надалі продовжуються численні спроби інтерпретувати зміст ЦСЩ. Однак, позитив отримання практичних досягнень фізіологічно правильного позиціонування щелеп на сьогоднішній день відсутній. Висока діагностична валідність значень гнатологічних показників застосовуваних новітніх методик цифрових стоматологічних технологій у порівнянні з традиційними способами діагностики, дозволила провідним світовим фахівцям осмислити і константувати, що положення ЦСЩ є ідеалізованим, бо цю міжщелепову позицію неможливо відтворювано встановити (Okeson J., 2019, Mehl A., 2018, Orthlieb J.-D. et al., 2017, Karl-Heinz Utz K.-H., 2011, Freesmeyer W. et al., 2011). На сьогоднішній день вважається, що реально в клінічній практиці можна зафіксувати лише фізіологічний оптимум міжщелепового положення, ФМП. Особливе клінічне зацікавлення викликають його характеристики при компенсаторних функціональних порушеннях у пацієнтів (Steinbock Ch., 2018, Meyer G., 2018, Hellmann D., Schindler H., 2016, Etz E. et al., 2012, Harth U., 2010).

Мета роботи. Завдяки власному науковому пошуку, клінічним дослідженням та практичному досвіду ми розробили клінічно-інструментальний підхід діагностичного обстеження та лікувальної корекції у пацієнтів з функціональними порушеннями ФМП.

Матеріали та методи. У нашому дослідженні взяли участь 11 пацієнтів (7 жінок та 4 чоловіків), різних вікових груп. Усім пацієнтам було проведено клінічне стоматологічне та інструментальне обстеження у відповідності до Європейського алгоритму діагностики та дослідження пацієнтів із порушеннями та розладами краніомандибулярної системи (Ahlers M.O.et al., 2014). Усі обстежені пацієнти не скаржилися на відчуття зубного, суглобового та м'язового болю. При пальпаторному обстеженні не виявлено об'єктивних симптомів болю зі сторони СНЩС, жувальних м'язів та зубів. У всіх пацієнтів виявлено ознаки ортогнатичного прикусу зі значеннями показників короткого Гамбурзького (Ahlers M.O., Jakstat H.A., 2000) тесту ≤ 1 , що вказувало на відсутність дисфункційних розладів краніомандибулярної системи. Критеріями виключення з дослідження були пацієнти з дисфункціями краніомандибулярної системи, з наявними травмами, вродженими дефектами та деформаціями щелепно-лищевої ділянки, а також хворі зі психосоматичними порушеннями, стоматологічним дистресом та оклюзійними невробами.

Міжщелепове положення встановлювали за допомогою способу фіксації центрального штифта функціографом CRS-20 (Candulor, Switzerland). Згідно методики Meyer G., 2018, у досягненій позиції з обох боків зубних рядів вводили реєстраційний матеріал (Futar D) до його повного затвердіння. Моделі верхньої щелепи пацієнтів, виготовлені з гіпсу IV класу (Kulzer, Germany) переносили у камперовській площині в артикулятор Reference SL (Gamma, Austria) за допомогою лищевої дуги, системи Replitex (Gamma, Austria) з калібровочним ключем. Співставлення моделей нижніх щелеп пацієнтів у артикуляторі проводили з використанням отриманих центрофікс реєстратів. В артикуляторі здійснювали інструментальне визначення кондилOMETричних параметрів тривимірного розташування обох СНЩС за допомогою механічного модулю А-СРМ (Gamma, Austria), Рис.1. По осі Х встановлювали зміщення суглобів у вентральну (+) – дорзальну (-) напрямку і, таким чином визначали у пацієнтів сагітальні порушення ФМП. По осі Y виявляли зміщення суглобів у краніально (+) – каудальному (-) напрямку, і таким чином визначали порушення ФМП пацієнтів у вертикальному керунку. Зміщення суглобів пацієнта вправо(+) - вліво(-) дозволяли встановлювати бічні зміщення ФМП у пацієнтів.

Результати. Проведене нами клінічне стоматологічне обстеження пацієнтів дозволило виявити, що у 2 пацієнтів спостерігалася втрата вертикальної висоти прикусу внаслідок локалізованого патологічного стирання зубів, у 3 пацієнтів виявлено нестабільність горбково-ямкових статичних оклюзійних контактів кутніх зубів, у 3 пацієнтів встановлено втрату різцевого керування при про-ретрузивних рухах, у 3 пацієнтів - втрату іклового керування при бічних латеротрузивних рухах нижньої щелепи.

При інструментальному кондилOMETричному дослідженні пацієнтів з порушеннями ФМП виявлено, що А-СРМ у передньо-задньому напрямку змінюється від +1,3 до -1,7 мм, у краніально-каудальному керунку в межах +1,5 до -1,8 мм. У бічних напрямках встановлені коливання лише в межах від +0,85 мм до -0,7 мм. Грунтуючись на аналізі вказаних показників, можна об'єктивно

константувати, що навіть незначна просторова дислокація СНЩС призводить до функціональних порушень ФМП.

Для ортопедичної стоматологічної допомоги пацієнтам з функціональними порушеннями ФМП ми застосували приблизно однакову схему лікувальної корекції. Її суть полягала у короткотривалому (1-2 тижні) проведенні функціональної міогімнастики у репозиціонованому положенні за методикою Rocabado M., Iglarsh Z., 1991 з наступним мікропротезуванням керамічними вінірними оклюзійними конструкціями, які фіксувалися у відновленому ФМП на зубах або наявних протезах композитом подвійного затвердіння Panavia F 2.0.

Для збереження профілю оклюзійних поверхонь зубних рядів пацієнтів ми отримували реєстрат ФМП, відбитки з верхньої і нижньої щелеп по яким відразу у клініці виготовлялися гіпсові моделі. В усіх пацієнтів проведено порівняльне безпосереднє (1-3 місяці) та віддалене (1-1,5 роки) клінічне оцінювання результатів застосованої методики лікувальної корекції функціональних порушень ФМП. В результаті аналізу суб'єктивних показників цифрової аналогової шкали комфортності застосованої методики лікувальної корекції виявлено, що безпосередньо після її проведення показник суб'єктивного відчуття пацієнтами задоволеності новим міжщелеповим положенням становив значення $-2 \pm 1,41$ од., через 1-1,5 року досягав доволі високих значень сприйняття ФМП - $7,5 \pm 3,54$ од., $p < 0,48$. У 2 пацієнтів спостерігали розцементування вінірних оклюзійних конструкцій у найближчому і віддаленому періодах спостереження, у 2 пацієнтів лише у безпосередньому та у 1 пацієнта лише у віддаленому періоді. Ознак порушення цілісності вінірних конструкцій не було виявлено. Випадків повторного розцементування не спостерігалось. Кожні півроку пацієнтам проводили профілактичний післядогляд стану індивідуальної гігієни ротової порожнини та оклюзійної стабільності досягнутого ФМП.

При інструментальному кондилOMETричному дослідженні пацієнтів у відновленому ФМП виявлено, що А-СРМ у передньо-задньому напрямку змінюється від $0,1 \pm 0,1$ мм при безпосередньому обстеженні до -0 до $-0,5$ мм при віддаленому спостереженні. У краніально-каудальному керунку становить від $0,25 \pm 0,05$ мм при безпосередньому обстеженні до $0,3 \pm 0,1$ мм при віддаленому спостереженні. У бічних напрямках встановлені зміни у межах від безпосереднього етапу спостереження від $+0,3$ до $-0,3$ мм до 0 до $-0,3$ мм на віддаленому етапі післядогляду.

Висновки. Отримані результати клінічно-інструментального обстеження доводять ефективність запропонованих підходів до діагностики та лікувальної корекції у пацієнтів з функціональними порушеннями ФМП та потребують подальших поглиблених досліджень.

Ключові слова: фізіологічне міжщелепове положення, функціональні порушення краніомандибулярної системи, цифрові способи діагностики та лікувальної корекції функціональних порушень зубо-щелепової системи.



Рис.1 Пристрій А-СРМ для оцінки просторового положення СНЦС пацієнтів



КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД ОБЛИЧЧЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Галич Л.Б., *Галич Л.В.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Сумський державний університет, м. Суми

Вступ. Вроджені незрощення верхньої губи, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння відносяться до розповсюджених аномалій розвитку органів людини і за частотою займають одне з перших місць серед інших вад.

Актуальність. Вивчення клініки та лікування незрощень губи та піднебіння, зубощелепних аномалій, які супроводжують цю ваду, завжди мали значний інтерес в ортодонтії та ортопедичній стоматології. Це обумовлено тим, що аномалії прикусу в цій групі пацієнтів є складними, такими що важко лікуються, так як морфологічні зміни сполучаються із значними функціональними порушеннями.