

ОРТОПЕДИЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616.314.2-007-089.23

Р.З. Ожоган, М.М. Рожко, д. мед. н.,**З. Р. Ожоган, д. мед. н.**Івано-Франківський національний медичний
університет**КЛІНІЧНА ОЦІНКА СТАНУ
ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ
У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО
СУГЛОБА**

Одними з серйозних і поширених ускладнень, які виникають при наявності дефектів зубних рядів є зубо-щелепні деформації та функціональні порушення зі сторони скронево-нижньощелепного суглоба. На сьогоднішній день актуально залишається проблема вивчення стану зубо-щелепної системи у пацієнтів із дефектами зубних рядів, які впливають на оклюзійні порушення і розвиток патології зі сторони скронево-нижньощелепного суглоба.

Мета роботи. Підвищення ефективності діагностики і лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів і функціональними порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба, шляхом удосконалення, розробки і клінічного обґрунтування комплексних заходів, які базуються на індивідуальному підході до пацієнта.

Методи дослідження. При обстеженні хворих із дефектами зубних рядів і розладами скронево-нижньощелепного суглоба, вивчали стан і локалізацію дефектів зубних рядів, ступінь атрофії альвеолярного відростка, проводили аналіз діагностичних моделей, застосовували рентгенологічні методи, а також конділографію і 3D сканер 3SHAPE. При проведенні роботи обстежено 160 пацієнтів з дефектами зубних рядів, віком від 25 до 65 років.

Результати. Серед 120 хворих двох груп при деталізованому обстеженні СНЩС нами було виявлено синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба у 85,0 % хворих, артроз – у 15,0% хворих. Найбільш типовими скаргами серед обстежених пацієнтів були скарги на головний біль (85,0 %), біль у ділянці суглоба (85 %), біль при рухах нижньої щелепи (72,5 %), біль при широкому відкриванні рота (77,5 %), клацання у скронево-нижньощелепному суглобі (32,5 %), зниження слуху (6,7 %) та відчуття скутості та болю в жувальних м'язах (68,3 %). При об'єктивному обстеженні до лікування клінічні прояви спостерігалися у вигляді S-подібного опускання нижньої щелепи, обмеження сагітальних і трансверсальних рухів нижньої щелепи. Однією з найхарактерніших ознак артрозу була тугорухомість нижньої щелепи зранку, яка спостерігалась у всіх 18 пацієнтів.

На основі отриманих результатів нами запропоновано методику і послідовність лікування та підходу до пацієнтів з дисфункцією СНЩС і дефектами зубних рядів, які можуть бути поєднані з зубо-щелепними деформаціями. На першому етапі після комплексної діагностики проводиться діагностика оклюзійних співвідношень та вибірково пришіфування, оклюзійних поверхонь. Обов'язковим для отримання ефекту запропонованого лікування і зняття больового синдрому є застосування пристрою Aqualizer на 3-4 тижні. Наступним етапом є виготовлення тимчасових незнімних конструкцій з естетичних пластмас гарячої полімеризації або фрезерування штучних коронок чи мостоподібних протезів. Після досягнення ефекту лікування проводиться

постійне протезування за допомогою незнімних естетичних конструкцій металокераміки або оксиду циркону.

Висновки. 1. При деталізованому обстеженні хворих із порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба нами було виявлено синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба у 85,0 % і артроз – у 15,0 %.

2. Типовими скаргами у обстежених хворих із дисфункцією СНЩС були болі в ділянці СНЩС, що складало 85,0 %, тривалій перебіг захворювання відмічали у 79,2 %, болі при рухах нижньої щелепи – у 72,5 %.

3. Нами запропоновано детальну схему обстеження, діагностики і лікування пацієнтів із дефектами зубних рядів та проявами дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, яка включає певну послідовність застосування тимчасових протезів, шин-кап, а також раціональне протезування естетичними незнімними протезами.

Ключові слова: дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, дефекти зубних рядів, клінічне обстеження хворих, ортопедичне лікування.

Р.З. Ожоган, Н.М. Рожко, З.Р. ОжоганІвано-Франківський національний медичний
університет**КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ
У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА**

Одними из сложных и распространенных осложнений, которые возникают при наличии дефектов зубных рядов являются зубо-челюстные деформации и функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава. На сегодняшний день актуальной остается проблема изучения состояния зубо-челюстной системы у пациентов с дефектами зубных рядов, которые влияют на окклюзионные нарушения и развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Цель работы. Повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с дефектами зубных рядов и нарушениями височно-нижнечелюстного сустава, путем усовершенствования, разработки и клинического обоснования комплексных методов, которые основываются на индивидуальном подходе к пациенту.

Методы исследования. При обследовании больных с дефектами зубных рядов и расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, изучали состояние и локализацию дефектов зубных рядов, степень атрофии альвеолярного отростка, проводили анализ диагностических моделей, применяли рентгенологические методы, а также кондилографию и 3D сканнер 3SHAPE. При проведении работы обследовано 120 пациентов с дефектами зубных рядов, возрастом от 25 до 65 лет, распределенных на две группы.

Результаты. Среди 120 больных двух групп при детальном обследовании нами выявлено синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у 85,0 % больных, артроз – у 15,0 % больных. Наиболее типичными жалобами среди обследованных пациентов были жалобы на головную боль (85,0 %), боль в области сустава (85 %), боль при движениях нижней челюсти (72,5 %), боль при широком открывании рта (77,5 %), щелканье в височно-нижнечелюстном суставе (32,5 %), снижение слуха (6,7 %) и чувство скованности и боль в жевательных мышцах (68,3 %). При объективном обследовании до лечения клинические проявления

наблюдалась в виде S-видного опускания нижней челюсти, ограничение сагиттальных и трансверсальных движений нижней челюсти. Характерным признаком артроза была тугоподвижность нижней челюсти утром, которая наблюдалась у всех 18 пациентов.

На основании полученных результатов нами предложено методику и последовательность лечения и подхода к пациентам с дисфункцией ВНЧС и дефектами зубных рядов, которые могут быть сочетанные с зубочелюстными деформациями. На первом этапе после комплексной диагностики проводится диагностика окклюзионных соотношений и избирательная шлифовка окклюзионных поверхностей. Обязательным для получения эффекта предложенного лечения и снятия болевого синдрома является применение Aqualizer на 3-4 недели. Следующим этапом является изготовление временных несъемных конструкций из эстетических пластмасс горячей полимеризации, фрезерование искусственных коронок или мостовидных протезов. После получения эффекта лечения проводится постоянное протезирование с помощью несъемных эстетических конструкций металлокерамики или оксида циркония.

Выводы. 1. При детальном обследовании больных нами выявлено синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у 85,0% больных, артроз – у 15,0%.

2. Основными жалобами у обследованных больных с дисфункцией ВНЧС были боли в области ВНЧС, что составляло 85,0%, длительное течение заболевания отмечали у 79,2%, боли при движениях нижней челюсти – у 72,5%.

3. Нами предложена детальная схема обследования, диагностики и лечения пациентов с дефектами зубных рядов и проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которая включает последовательность применения временных протезов, шин-капп, а также рациональное протезирование эстетическими несъемными протезами.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, дефекты зубных рядов, клиническое обследование больных, ортопедическое лечение.

R. Z. Ozhohan, N. M. Rozhko, Z. R. Ozhogan

Ivano-Frankivsk National Medical University

THE CLINICAL EVALUATION OF THE TOOTH-JAW SYSTEM AT PATIENTS WITH CLINICAL DISORDERS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

ABSTRACT

Aim. The main purpose of our research is to improve the efficiency of diagnosis and treatment at patients with dentition defects and functional disorders of the temporomandibular joint with a help of improvement, development and clinical justification of complex measures based on individual approach to the patient.

Research methods. During the examination of patients with dentition defects and disorders of the temporomandibular joint we have studied the location of dentition defects and the degree of atrophy of the alveolar bone. Besides, we have conducted the analysis of diagnostic models and radiographic tomography. The most valuable method of diagnosis of the temporomandibular joint is condylography. During our research we have examined 160 patients with dentition defects, aged from 25 to 65 years.

Results. Among 120 patients of two groups during the detailed examination we found the TMJ dysfunction syndrome at (102) 85.0% of patients and arthrosis of the TMJ at (18) 15.0% of patients. The most common complaints among our patients were complaints for headache (85%), pain of the TMJ (85%), pain during movements of the mandible (72.5%), pain during wide opening of the mouth (77.5%), clicking in the

temporomandibular joint (32.5%), hearing loss (6.7%) and feeling of stiffness and pain at gum muscles (68.3%). An objective examination showed us the clinical manifestation in the form of S-shaped lowering of the mandible, sagittal and transverse limit of the mandible movements. One of the most characteristic features of osteoarthritis was morning stiffness of the lower jaw, which was observed at all 18 patients.

Based on our results we proposed methods and sequence of treatment for patients with TMJ dysfunction and dental defects that can be combined with dentition deformations. On the first stage, after complex diagnosis we examine occlusion correlations and perform selective grinding of the occlusal surfaces. If you want to achieve an effect from the proposed treatment we recommend for our patients the usage of the Aqualizer for 3-4 weeks. The next our step is to produce temporal structures from aesthetic hot milling polymerization plastic, artificial crowns and bridges. When we have achieved the result we could produce permanent non-removable aesthetic dentures from oxide zirconium.

Conclusions. 1. During the detailed examination we found the TMJ dysfunction syndrome at (102) 85.0% of patients and arthrosis of the TMJ at (18) 15.0% of patients.

2. The typical complaints among the examined patients with TMJ dysfunction was pain in the area of TMJ, which was in 85.0% of our patients, the long course of the disease was noted at 79.2% and pain during mandibular movements was observed at 72.5% of patients.

3. We have proposed a detailed scheme of the examination, diagnosis and treatment of patients with dental defects and disorders of the temporomandibular joint, which includes a certain sequence of the usage of temporary dentures as well as rational prosthetics with aesthetic non-removable dentures.

Key words: dysfunction syndrome of temporomandibular joint, dentition defects, clinical examination, prosthetic treatment.

Вступ. Поширеність дефектів зубних рядів серед населення Прикарпаття, так як і України, досягає значних показників і на даний час особливо актуальною є проблема як відсутності 1-2 зубів серед людей молодого віку, так і наявності середніх і великих дефектів зубних рядів у осіб середнього віку. Дефекти зубних рядів і твердих тканин зубів можуть призводити до розвитку захворювань пародонту, деформацій зубних рядів, порушення оклюзійних співвідношень [1, 2]. Однак, одними з серйозних і поширених ускладнень, які виникають при наявності дефектів зубних рядів є зубо-щелепні деформації та функціональні порушення зі сторони скронево-нижньощелепного суглоба [3].

Функціональні порушення в зубо-щелепній системі після втрати зубів залежать від локалізації та розмірів включених або кінцевих дефектів зубного ряду. При цьому порушується функція жування, естетика, дикція, мова, стан жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) [4, 5]. Крім цього, при порушенні цілісності зубного ряду втрачається контакт зубів з апроксимальної та оклюзійної поверхонь, а зміщення зубів завжди супроводжується їх нахилом і зміною оклюзійних співвідношень [6, 7]. Тому, вплив дефектів зубних рядів і зубо-щелепних деформацій є вагомим і провідним на розвиток функціональних порушень СНЩС, зокрема дисфункції СНЩС. Деформації зубних рядів, зміщення зубів створюють вимушене положення для елементів СНЩС і зміну тонуусу жувальних м'язів, що призво-

дить до стоматоневрологічних симптомів і синдромів. Причиною виникнення дисфункції СНЩС і жувальних м'язів багато дослідників вважають порушення функціональної оклюзії та парафункції жувальних м'язів [8, 9].

Тому, на сьогоднішній день актуальною залишається проблема вивчення стану зубо-щелепної системи у пацієнтів із дефектами зубних рядів, які впливають на оклюзійні порушення і розвиток патології зі сторони скронево-нижньощелепного суглоба, розробка удосконалених методів діагностики, комплексу лікування і профілактики.

Мета роботи. Підвищення ефективності діагностики і лікування пацієнтів з дефектами зубних рядів і функціональними порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба, шляхом удосконалення, розробки і клінічного обґрунтування комплексних заходів, які базуються на індивідуальному підході до пацієнта.

Матеріали і методи дослідження. При обстеженні хворих із дефектами зубних рядів і розладами скронево-нижньощелепного суглоба, вивчали стан і локалізацію дефектів зубних рядів, ступінь атрофії альвеолярного відростка, проводили аналіз діагностичних моделей, застосовували рентгенологічні методи, а також конділографію і 3D сканер 3SHAPE.

При проведенні роботи обстежено 160 пацієнтів з дефектами зубних рядів, віком від 25 до 65 років.

За клінічними особливостями і застосованими методами лікування хворі були розподілені на такі групи:

1 група – пацієнти з дефектами зубних рядів без зубощелепних деформацій і без порушень СНЩС (40 осіб);

2 група – пацієнти з дефектами зубних рядів, зубо-щелепними деформаціями, порушеннями СНЩС, обстежені і ліковані загальноприйнятими методами (60 осіб);

3 група – пацієнти з дефектами зубних рядів, зубо-щелепними деформаціями, порушеннями СНЩС, обстежені і ліковані запропонованими методами з застосуванням індивідуального підходу, артикуляційної системи і 3D технологій (60 осіб).

У даній статті представлені результати обстежень 120 пацієнтів 2 і 3 груп перед лікуванням.

Результати та обговорення. Серед 120 хворих двох груп при деталізованому обстеженні СНЩС нами було виявлено синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба у (102) 85,0 %, артроз – у (18) 15,0 %.

Обстежені хворі, у яких було виявлено синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба скаржилися на часті головні болі, ниючий біль у ділянці суглоба. Також виявлялися скарги на скутість і обмеженість рухів нижньої щелепи, при широкому відкритті рота, під час прийому жорсткої їжі. Інколи хворі відчували іррадіацію болі у вухо, скроню; клацання у скронево-нижньощелепному суглобі; зниження слуху; а також відчуття скутості та болю в жувальних м'язах в кінці дня. Провокуючими факторами хворі вважали – нервову перенапруженість, прийом жорсткої їжі чи широке відкриття рота, відмічали прояви дисфункції після ортодонтичного лікування у пацієнтів моло-

дого віку, а також прояви нічного бруксизму.

Типові скарги хворих із дефектами зубних рядів, зубо-щелепними деформаціями та синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Скарги хворих із дефектами зубних рядів, поєднані з синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба

Симптоми	Обстежені хворі з дефектами зубних рядів і деформаціями, n = 120	
	абс.	%
Головний біль (постійний, ниючий)	102	85,0
Біль у ділянці суглоба	102	85,0
Тривалий перебіг	95	79,2
Біль при рухах нижньої щелепи	87	72,5
Біль при широкому відкритті рота	93	77,5
Біль іррадіює у вухо, скроню, тім'яну ділянку, потилицю	48	40,0
Клацання у скронево-нижньощелепному суглобі	39	32,5
Зниження слуху	8	6,7
Відчуття скутості та болю в жувальних м'язах	82	68,3

У всіх 102 хворих з дисфункцією спостерігали болі в ділянці СНЩС, що складало 85,0 % від всіх обстежених з патологією суглоба, тривалий перебіг захворювання (79,2 %). У значній частині обстежених було виявлено болі при рухах нижньої щелепи (72,5 %), болі при широкому відкритті рота (77,5 %), іррадіація болі відмічалась у 40,0 % та клацання в суглобі – у 32,5%. Також, при дисфункції СНЩС реагують жувальні м'язи і тому спостерігали відчуття скутості і болі в жувальних м'язах у 68,3 %. Найменший відсоток 6,7% було виявлено скарги на порушення слуху.

При об'єктивному обстеженні до лікування клінічні прояви спостерігалися у вигляді S-подібного опускання нижньої щелепи, обмеження сагітальних і трансверзальних рухів нижньої щелепи, болі при пальпації СНЩС, відчуття хрусту в суглобі, скутість і обмеження рухів нижньої щелепи ввечері.

Характерними симптомами і скаргами при артрозі були тугорухомість нижньої щелепи зранку, яка виявлялася у всіх 18 пацієнтів з артрозом і складала 15,0 % від всіх хворих двох груп, значний хруст і клацання в суглобі (15,0 %), неможливість і болючість при широкому відкритті рота (11,7%), болі при пальпації суглоба (12,5 %). У всіх обстежених проводилася рентген діагностика СНЩС і було виявлено деформації поверхні суглобових головок, несиметричність суглобових головок (табл. 2).

Таблиця 2

Скарги хворих із дефектами зубних рядів та проявами артрозу скронево-нижньощелепного суглоба

Симптоми	Обстежені хворі з дефектами зубних рядів і деформаціями, n = 120	
	абс.	%
Періодичний ниючий біль у ділянці суглобу	18	15,0
Тривалий перебіг захворювання	18	15,0
Підсилення болю при широкому відкриванні рота	14	11,7
Хрускіт і клацання у скронево-нижньощелепному суглобі	18	15,0
Відчуття скутості та болю у жувальних м'язах	10	8,3
Обмеження рухів нижньої щелепи вранці	18	15,0
Біль при пальпації суглоба	15	12,5

На основі отриманих результатів нами запропоновано методику і послідовність лікування та підходу до пацієнтів з дисфункцією СНЩС і дефектами зубних рядів, які можуть бути поєднані з зубощелепними деформаціями. На першому етапі після комплексної діагностики проводиться діагностика оклюзійних співвідношень та вибіркоче пришліфування, оклюзійних поверхонь. Особливо значна увага приділяється детальному аналізу діагностичних моделей в індивідуальному артикуляторі. У значній частині пацієнтів було виявлено заниження висоти прикусу, що сприяло розвитку і прогресуванню синдрому дисфункції суглоба.

При необхідності проводиться пришліфування твердих тканин зубів, реставрацій, ортопедичних конструкцій, особливо незнімних, або зняття незнімних конструкцій. Обов'язковим для отримання ефекту запропонованого лікування і зняття болювого синдрому є застосування пристрою Aqualizer на 3-4 тижні.

Наступним етапом є виготовлення тимчасових незнімних конструкцій з естетичних пластмас гарячої полімеризації або фрезерування штучних коронок чи мостоподібних протезів. Проводилася їх фіксація на цементі для тимчасової фіксації. Дані конструкції фіксувались на 3 і більше місяці в залежності від клінічної ситуації.

Потім застосовували естетичні, функціональні шини-капи різної товщини від 1 до 2мм на більш тривалий термін часу від 2 до 6-9 місяців.

Після досягнення ефекту лікування проводиться постійне протезування за допомогою незнімних естетичних конструкцій металокераміки або оксиду циркону.

Після постійного протезування пацієнту знову виготовляють релаксаційні еластичні капи на 3-6 місяців для стабілізації процесу і закріплення лікувального ефекту, попередження загострення синдрому дисфункції СНЩС.

Отже, в даній статті представлено деталізовані результати обстеження пацієнтів із дефектами зубних рядів і захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба та послідовність лікування пацієнтів із цією патологією.

Висновки. 1. При деталізованому обстеженні хворих із порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба нами було виявлено синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба у 85,0 % і артроз – у 15,0 %.

2. Типовими скаргами у обстежених хворих із дисфункцією СНЩС були болі в ділянці СНЩС, що складало 85,0 %, тривалий перебіг захворювання відмічали у 79,2 %, болі при рухах нижньої щелепи – у 72,5 %, а болі при широкому відкриванні рота – у 77,5 %, відчуття скутості і болі в жувальних м'язах спостерігали у 68,3 % пацієнтів. При об'єктивному обстеженні до лікування у цих хворих виявляли S-подібне опускання нижньої щелепи, обмеження сагітальних і трансверзальних рухів нижньої щелепи, відчуття болі і хрусту в суглобі різного ступеня, скутість і обмеження рухів нижньої щелепи ввечері.

3. Нами запропоновано детальну схему обстеження, діагностики і лікування пацієнтів із дефектами зубних рядів та проявами дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, яка включає певну послідовність застосування тимчасових протезів, шин-кап, а також раціональне протезування естетичними незнімними протезами.

Список літератури

1. **Рожко М. М.** Ортопедична стоматологія. Підручник / М. М. Рожко, В. П. Неспрядько. – К.: Книга плюс, 2003. – 552 с.
2. **Дмитренко І. А.** Стан зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І. А. Дмитренко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 3. – С. 23–25.
3. **Максєв В.Ф.** Результати виявлення преморбідних симптомів можливих скронево-нижньощелепних розладів у молодих осіб та їх аналіз / В.Ф. Максєв, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулініченко // Новини стоматології. – 2009. – № 1. – С. 63–67.
4. **Хватова В. А.** Окклюзионные шины / В. А. Хватова, С. О. Чичунов // М.: «Медицинская книга», 2010. – 53 с.
5. **Дмитренко І. А.** Методика використання шини-капи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І. А. Дмитренко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 5. – С. 28–30.
6. **Shetty R.** Prevalence of Signs of Temporomandibular Joint Dysfunction in Asymptomatic Edentulous Subjects: A Cross-Sectional Study / R. Shetty // The Journal of Indian Prosthodontic Society. – 2008. – Vol. 10, Number 2. – P. 96–101.
7. **Риберт Ю.О.** Аналіз стану зубощелепного комплексу пацієнтів із комбінованими скронево-нижньощелепними розладами і методів їх лікування / Ю. О. Риберт // Український стоматологічний альманах. – 2016. – №1. – С. 68-71.
8. **Рудольф Славичек.** Жевательный орган. Функции и дисфункции / Рудольф Славичек. - «Азбука». Москва. – 2008. – 543 с.
9. **Jeffrey P. Okeson.** Management of temporomandibular disorders and occlusion. 7th edition / Jeffrey P. Okeson – Mosby, 2012. – 504 p.

REFERENCES

1. **Rozhko M. M., Nesprjad'ko V. P.** *Ortopedychna stomatologija. Pidruchnyk* [Prosthetic dentistry. Textbook]. K. Knyga plus; 2003:552.
2. **Dmytrenko I. A., Ozhogan Z. R.** Condition of the dentition in patients with medium and large defects of the dentition /, // *Ukrain's'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2009;3:23–25.
3. **Makjejev V. F., Telishevs'ka U.D., Kulnichenko R.V.** Results of detection of premorbid symptoms 63w possible temporomandibular disorders in young people and their analysis.

Novyny stomatologii'. 2009;1:63–67.

4. **Hvatova V. A., Chikunov S. O.** Okkluzionnye shyny [Occlusive tires]. M.: «Medicinskaja kniga»;2010:53.

5. **Dmytrenko I. A., Ozhogan Z. R.** Method of use of splint-mouth guard in patients with medium and large defects of dentition. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2009;5:28–30.

6. **Shetty R.** Prevalence of Signs of Temporomandibular Joint Dysfunction in Asymptomatic Edentulous Subjects: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Indian Prosthodontic Society*. 2008;2(10):96–101.

7. **Rybert Ju.O.** Analysis of the state of dental complex of patients with combined temporomandibular disorders and methods of their treatment. *Ukrai'ns'kyj stomatologichnyj al'manah*. 2016;1:68-71.

8. **Rudol'f Slavichek.** Zhevatel'nyj organ. Funkcii i disfunkcii [The masticatory organ. Functions and dysfunctions]. «Azбука». Moskva;2008:543.

9. **Jeffrey P. Okeson.** Management of temporomandibular disorders and occlusion. 7th edition. Mosby;2012:504.

Надійшла 21.02.19



УДК 616-071.003.121+615.477.2:616-089.843

***О. О. Фастовець, д. мед. н., С. О. Сапалёв,**

*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»
Запорізький державний медичний університет

ПОРІВНЯЛЬНА КЛІНІКО- ФУНКЦІОНАЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ХВОРИХ З ПОВНОЮ ВІДСУТНІСТЮ ЗУБІВ НА НИЖНІЙ ЩЕЛПІ ПОВНИМИ ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ ТА ЗНІМНИМИ ПРОТЕЗАМИ З ОПОРОЮ НА ІМПЛАНТАТИ

Повна відсутність зубів має значну, з тенденцією до зростання, поширеність серед населення України та потребує вдосконалення методів протезування.

Мета представленої роботи. Провести порівняльне клініко-функціональне дослідження ефективності ортопедичного лікування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, що користувались повними знімними протезами та знімними протезами з опорою на імплантати.

Матеріали і методи. В статті представлені результати обстеження у віддалений термін протезування 103 хворих віком від 55 до 73 років з повною відсутністю зубів на нижній щелепі, з яких 71 були виготовлені «класичні» повні знімні протези, а 32 – знімні протези з опорою на внутрішньокісткові імплантати з встановленням бол-абатментів.

Результати. Виявлено більшу успішність протезування з опорою на імплантати за показниками рівня якості життя, фіксації протезів, а також функціональною ефективністю ($p < 0,05$). При цьому стан слизової оболонки протезного ложа у хворих з різними видами знімних конструкцій суттєво не різнився ($p > 0,05$). Проте при використанні імплантатів зареєстрований більший ступінь атрофії альвеолярної частини у дистальних відділах нижньої щелепи ($p < 0,05$), що суттєво погіршує анатомо-топографічні умови для повторного протезування. Достовірних відмінностей між показниками чоловіків та жінок не встановлено ($p > 0,05$)

Висновки. Отримані результати вказують на необхідність подальших досліджень, зокрема шляхом вивчення напружено-деформованих станів, з метою розробки алгоритму визначення показань до різного виду протезування хворих з повною відсутністю зубів на нижній щелепі.

Ключові слова: повна відсутність зубів на нижній щелепі, рівень якості життя, ефективність лікування, атрофія альвеолярної кістки.

***Е. А. Фастовець, С. А. Сапалёв,**

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Запорожский государственный медицинский Университет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО- ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ И СЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ

Полное отсутствие зубов имеет значительную, с тенденцией к росту, распространенность среди населения Украины и нуждается в совершенствовании методов протезирования.

Цель представленной работы. Провести сравнительное клинико-функциональное исследование эффективности ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, которые пользовались полными съемными протезами и съемными протезами с опорой на имплантаты.

Материалы и методы. В статье представлены результаты обследования в отдаленные сроки протезирования 103 больных в возрасте от 55 до 73 лет с полным отсутствием зубов на нижней челюсти, из которых 71 были изготовлены «классические» полные съемные протезы, а 32 – съемные протезы с опорой на внутрикостные имплантаты с установленными бол-абатментами.

Результаты. Выявлено большую успешность протезирования с опорой на имплантаты по показателям качества жизни, фиксации протезов, а также функциональной эффективности ($p < 0,05$). При этом состояние слизистой оболочки протезного ложа у больных с различными видами съемных конструкций существенно не отличалось ($p > 0,05$). Вместе с тем, при использовании имплантатов зарегистрировано большую степень атрофии альвеолярной части в дистальных отделах нижней челюсти ($p < 0,05$), что существенно ухудшает анатомо-топографические условия для повторного протезирования. Достоверных различий между показателями мужчин и женщин не установлено ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейших исследований, в частности путем изучения напряженно-деформированных состояний, с целью разработки алгоритма определения показаний к различного вида протезированию больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти.

Ключевые слова: полное отсутствие зубов на нижней челюсти, уровень качества жизни, эффективность лечения, атрофия альвеолярной кости.