

13. Ahmadi-Motamayel, F. Total antioxidant capacity of saliva and dental caries / F. Ahmadi-Motamayel, M.-T. Goodarzi, S.-S. Hendi, S. Kasraei, A. Moghimbeigi // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2013. – Jul 1; – 18 (4). – P.553-6.

14. Halliwell, B. Biochemistry of oxidative stress / Halliwell, B. // *Biochem. Soc. Trans.* – 2007. – Volume 35. – Part 5. – P. 1147-50.

15. Hegde, A. M. Total Antioxidant Capacity of Saliva and its Relation with Early Childhood Caries and Rampant Caries / A. M. Hegde, K. Rai, V. Padmanabhan

// *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry.* – 2009. – Volume 33. – № 3. – P. 231-234.

16. Lima, D.P. Saliva: reflection of the body / D.P. Lima, D.G. Diniz, S.A. Moimaz, D.H. Sumida, A.C. Okamoto // *Int. J. Infect. Dis.* – 2010. – №14. – P.184-8.

17. Marsh, P.D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes? / P.D. Marsh // *Microbiology.* – 2003. – №149. – P.279-294.

18. Sierant, M. L. Stress Response Pathways in Ameloblasts: Implications for Amelogenesis and Dental Fluorosis / M. L. Sierant, J. D. Bartlett // *Cells.* – 2012. – №1. – P. 631-645.

УДК 616-007.272:616.716.4.742.7

ОСОБЕННОСТИ НОРМАЛИЗАЦИИ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ У ПАЦИЕНТА С ОГРАНИЧЕННЫМ ОБЪЕМОМ ОТКРЫВАНИЯ РТА

Долгалев А.А., Брагин Е.А., Крошка Д.В.

ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, e-mail: get_on_top@inbox.ru

В статье освещен клинический случай нормализации окклюзии зубных рядов у пациентки с ограниченным объемом открывания рта, обусловленным наличием у нее системной склеродермии. Приводится описание метода подготовки стандартных слепочных ложек для получения оттисков у пациентов с ограниченным объемом открывания рта, методики получения оттисков у данной группы пациентов. Описаны методика поэтапной нормализации положения нижней челюсти относительно верхней, способ угнетения доминанты дистального сдвига нижней челюсти, способ формирования и консолидации доминанты смыкания зубных рядов в положение соответствующее нейтральному соотношению зубных рядов по Энглу.

Ключевые слова: окклюзии зубных рядов, ограниченный объем открывания рта, системная склеродермия

FEATURES OF THE NORMALIZATION DENTAL OCCLUSION OF THE PATIENT WITH LIMITED OPENING OF THE MOUTH

Dolgalev A.A., Bragin E.A., Kroshka D.V.

Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: get_on_top@inbox.ru

This article is about a clinical case normalization dental occlusion on the example of a patient with limited mouth opening caused of the presence in it of systemic scleroderma. The article describes a method for the preparation of standard impression trays for impressions on the example of a patients with limited mouth opening and a technique for producing impressions in this group of patients. Also there are describes of the technique of the phased normalization of the lower jaw relative to the upper jaw, the way of oppression dominant distal shift of the mandible, the process of formation and consolidation of the dominant interdigitation (intercuspatation) in neutroclusion (by Angle's classification of malocclusion).

Keywords: dental occlusion, limited mouth opening, systemic scleroderma

Лечение больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц с целостными зубными рядами, частичной или полной потерей зубов является одной из наиболее актуальных

проблем современной стоматологии [2]. Проявлением ряда системных заболеваний, среди которых дисплазия соединительной ткани, ревматизм, бруцеллез, системная склеродермия (ССД), может явиться нару-

шение функции зубочелюстно-лицевой системы.

ССД - классическое заболевание из группы системных болезней соединительной ткани, характеризующееся высокой инвалидизацией. Полностью или частично нетрудоспособными являются от 28% до 72% больных ССД. Вопросы реабилитации больных ССД изучены недостаточно [1].

Проявлениями системной склеродермии являются: генерализованный фиброз, прогрессирующий каскад микроциркуляторных нарушений за счет облитерирующей ангиопатии, легочная гипертензия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь [1].

Важно отметить, что у больных ССД проявляются различные формы поражения суставов тела: полиартралгии - 52,7%; склеродермический полиартрит с преобладанием экссудативно-пролиферативных изменений - 18,3%; периартрит (иногда безболезненный) с развитием контрактур - 29% [3]. Нарушение функции ВНЧС, проявляющееся ограничением подвижности его элементов, способствует формированию патологических окклюзионных соотношений зубных рядов верхней и нижней челюстей.

Приводим клинический пример нормализации окклюзии зубных рядов у пациентки с ограниченным объемом открывания рта, обусловленным наличием у нее ССД.

Цель работы: разработать алгоритм нормализации окклюзии зубных рядов у пациентов с ограниченным объемом открывания рта, обусловленным системной склеродермией.

Клинический случай.

На кафедру ортопедической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета с целью санации полости рта обратилась пациентка В. 1969 года рождения. Пациентка предъявляла жалобы на затруднения при пережевывании пищи из-за частичной потери зубов на обеих челюстях, затрудненное открывание рта, стресс, потерю массы тела до 12 кг.

При сборе анамнеза жизни было выяснено следующее: в 2004 году у пациентки была выявлена ССД; в настоящее время находится на диспансерном учете у терапевта, кардиолога по поводу нарушений сердечно-

го ритма (экстрасистолия), недостаточности митрального и трикуспидального клапанов сердца, клапана легочной артерии; гастроэнтеролога по поводу грыжи пищевода, эзофагита, гастродуоденита, бульбита. Пациентка осуществляет прием медицинских препаратов: Купринил, Курантил, Дексон, Пентоксифиллин, никотиновая кислота, Предуктал.

При сборе анамнеза заболевания было выяснено следующее: потеря зубов началась в подростковом возрасте, и была следствием осложненного течения кариеса. В 2004 г. было проведено ортопедическое лечение, в ходе которого были изготовлены и зафиксированы в полости рта штампованные коронки и штампованно-паянный мостовидный протез.

При проведении осмотра было выявлено: лицо овальной формы, профиль лица выпуклый, конфигурация челюстно-лицевой области симметричная, носогубные складки выражены, губоподбородочная складка выражена. Кожные покровы лица и шеи, красная кайма губ без патологических изменений. Слизистая оболочка преддверия полости рта бледно-розового цвета, увлажнена, уровень прикрепления и консистенция уздечек верхней и нижней губ соответствуют функциональной норме. Слизистая оболочка собственно полости рта бледно-розового цвета, увлажнена. Прикрепление и консистенция уздечки языка соответствует функциональной норме, язык бледно розового цвета, увлажнен, без патологических изменений. Снижение высоты нижней трети лица. Прикус по типу глубокого перекрытия. Выявлен дистальный сдвиг нижней челюсти относительно верхней, за счет которого достигается смыкание верхних и нижних боковых зубов. Привычная окклюзия соответствует 2 классу смыкания зубных рядов по Энглу (по клыковому ключу). Окклюзионный контакт между фронтальными зубами верхней и нижней челюстей в положении привычной окклюзии отсутствует, выявлена сагитальная щель длиной 4 мм. При передней окклюзии с помощью артикуляционной бумаги выявлены преждевременные контакты в области режущих краев 32, 41зубов. При правой боковой окклюзии с помощью

артикуляционной бумаги выявлены преждевременные контакты в области 11, 12, 31, 41 зубов. При левой боковой окклюзии с помощью артикуляционной бумаги выявлены

преждевременные контакты в области 21, 41 зубов. Объем открывание рта 32 мм. Зубная формула приведена в таблице №1.

Таблица №1

Зубная формула пациентки В.

0	0	К	П	0	П	П	П	П	0	П	0	К	К	К	
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
0	К	0	К	П	П					К	К	КОНС	0	0	0

где верхний ряд – зубы верхней челюсти, средний ряд – порядковые номера зубов в зависимости от стороны, нижний ряд – зубы нижней челюсти, 0 – отсутствие зуба, П – пломба, К – коронка, КОНС – промежуточная часть мостовидного протеза с односторонней опорой.

Пациентке был поставлен диагноз: снижение функциональной эффективности стоматогнатической системы со снижением высоты нижней трети лица, частичная потеря зубов на верхней челюсти 2 класс, 3 подкласс по Кеннеди, частичная потеря зубов на нижней челюсти 2 класс, 2 подкласс по Кеннеди, дисфункция ВНЧС и жевательных мышц, дистальный сдвиг нижней челюсти, окклюзионные интерференции.

План лечения пациентки включал в себя следующее:

1. Двухэтапное восстановление высоты нижней трети лица: с использованием провизорных пластмассовых мостовидных протезов (на верхней челюсти мостовидные протезы с 15 на 13, с 23 на 25 и 26 с консольной частью 22; на нижней челюсти мостовидные протезы с 33 на 34 с консольной частью 35, с 44 на 45, 47) на первом этапе и постоянных металлокерамических протезов на втором.

2. Изготовление временной каппы – позиционера на верхнюю челюсть для угнетения доминанты (устойчивого очага нервного возбуждения, подчиняющего себе другие очаги) дистального сдвига нижней челюсти и формирования доминанты смыкания зубных рядов в положении, соответствующем нейтральному соотношению зубных рядов по Энглю.

3. Изготовление ретенционной каппы – позиционера на верхнюю челюсть для консолидации доминанты (укрепления очага возбуждения, приобретение им повышенной устойчивости, подчинения ему других очагов возбуждения) смыкания зубных рядов в

положении, соответствующем нейтральному соотношению зубных рядов по Энглю.

На 1 клиническом этапе было проведено удаление штампованных коронок и штампованно-паянных мостовидных протезов. Пломбы, не соответствующие клиническим требованиям были заменены на новые (15, 13, 26, 27, 43, 44, 47). Опорные зубы были отпрепарированы под металлокерамические коронки. Получение оттисков с зубных рядов с использованием стандартных слепочных ложек оказалось невозможным. Это было обусловлено тем что, в связи с ограниченным объемом открывания рта слепочную ложку не удавалось ввести между режущими краями фронтальных зубов и наложить на зубной ряд. По этой причине, для получения оттисков с зубных рядов была осуществлена подготовка стандартных слепочных ложек, включавшая в себя их разделение на 2 части и создание замка между ними для сопоставления частей в единственном положении (рис. 1). Получены оттиски, зафиксировано центральное соотношение челюстей с коррекцией имевшегося у пациентки дистального сдвига нижней челюсти, отлиты гипсовые модели челюстей. На опорные зубы клинически были изготовлены временные пластмассовые мостовидные протезы. Для увеличения объема открывания рта за счет снижения тонуса жевательной мускулатуры, пациентке был назначен 2-х недельный курс препарата Мидокалм. Проведение медикаментозного лечения было согласовано с курирующими пациентку смежными специалистами.

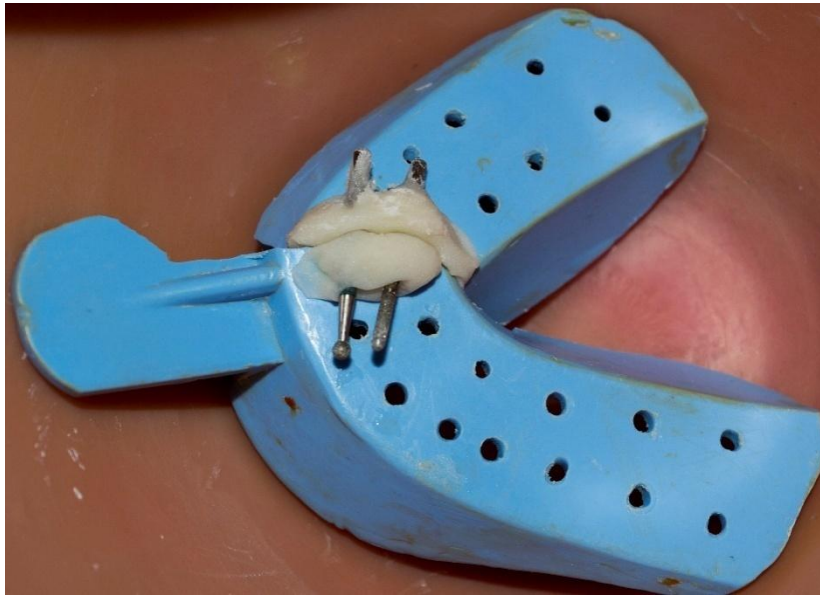


Рис. 1. Разборная слепочная ложка, изготовленная из стандартной

На 1 лабораторном этапе были изготовлены провизорные мостовидные протезы, индивидуальные оттискные ложки.

На 2 клиническом этапе, через 2 недели, был определен объем открывания рта, который составил 34 мм (прирост объема составил 2 мм или 6,25%). Были проведено: получение оттисков с зубных рядов с использованием индивидуальных ложек, фик-

сация центрального соотношения челюстей с коррекцией имевшегося у пациентки дистального сдвига нижней челюсти. Временные мостовидные протезы были заменены на пластмассовые протезы, изготовленные лабораторным методом.

На 2 лабораторном этапе была изготовлена каппа – позиционер (рис. 2) на верхнюю челюсть.



Рис. 2. Каппа – позиционер

На 3 клиническом этапе на верхнюю челюсть была наложена каппа – позиционер для угнетения доминанты дистального сдвига нижней челюсти и формирования доминанты смыкания зубных рядов в положении соответствующем нейтральному со-

отношению зубных рядов по Энглу (рис. 3). Были даны рекомендации по использованию и уходу за капшой – позиционером. Следующее посещение было назначено через 3 месяца.



Рис. 3. Каппа – позиционер на зубном ряду верхней челюсти

На 3 лабораторном этапе, после формирования доминанты смыкания зубных рядов в положение соответствующее нейтральному соотношению зубных рядов по Энглу, было осуществлено изготовление металло-керамических мостовидных протезов.

На 4 клиническом этапе была проведена замена временных мостовидных протезов на

постоянные и получение оттисков с зубного ряда верхней челюсти с постоянными протезами для изготовления новой каппы – позиционера.

На 4 лабораторном этапе было осуществлено изготовление ретенционной каппы – позиционера на верхнюю челюсть (рис. 4).



Рис. 4. Ретенционная каппа – позиционер

На 5 клиническом этапе было осуществлено наложение каппы – позиционера на верхнюю челюсть (рис.5). Срок ношения

каппы – в течение 6 месяцев. Следующее плановое посещение было назначено через полгода.



Рис. 5. Ретенционная каппа – позиционер на зубном ряду верхней челюсти

Через полгода был осуществлен контрольный осмотр пациентки. Выявлено следующее: консолидация доминанты смыкания зубных рядов в положении, соответствующем нейтральному соотношению зубных рядов по Энгля, объем открывания рта составил 32 мм.

В ходе проведенного лечения удалось восстановить целостность зубных рядов, добиться угнетения доминанты дистального сдвига нижней челюсти, формирования и консолидации доминанты смыкания зубных рядов в положении соответствующем нейтральному соотношению зубных рядов по Энгля (за счет сдвига нижней челюсти медиально и фиксации этого положения каппами – позиционерами), создать условия для сбалансированной статической и динамической окклюзий.

На этапах реализации лечебных мероприятий возник ряд сложностей, обусловленных ограничением объема открывания рта на фоне ССД. Среди них сложности при проведении препарирования опорных зубов под коронки, при получении оттисков с использованием стандартных и индивидуальных слепочных ложек, при проведении фиксации временных и постоянных мостовидных протезов.

Лечение пациентов с частичной потерей зубов, осложненной дистальным сдвигом нижней челюсти, нарушением смыкания зубных рядов и ограниченным объемом от-

крывания рта, требует применение многоэтапного последовательного алгоритма лечебных мер. Алгоритм лечебных мер, применяемых для нормализации окклюзии зубных рядов у данной группы пациентов, включает в себя медикаментозное лечение, шинотерапию для формирования и консолидации доминанты смыкания зубных рядов в реконструктивном положении, протетическое лечение.

Заключение

Выполнение всех этапов лечения пациентов с ограниченным объемом открывания рта требует высокого уровня профессиональной подготовки специалиста, осуществляющего лечение. В силу отсутствия национального стандарта оказания помощи пациентам данной группы, требуется поиск способа осуществления и реализации ряда этапов лечения. При этом важно использовать индивидуальный подход к выбору тактики лечения пациентов этой группы. Тщательное планирование этапов лечения пациента, их реализация в полном объеме, создание у пациента мотивации на выполнение рекомендаций врача, могут позволить добиться частичной функциональной и эстетической нормализации состояния зубочелюстно-лицевой системы.

Список литературы

1. Гусева Н. Г. Системная склеродермия — мультидисциплинарная проблема // Научно-практическая ревматология. — 2011. №2. — URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sistemnaya-sklerodermiya-multidistsiplinarnaya-problema> (дата обращения: 08.01.2014).
2. Долгалев, А.А. Комплексная диагностика окклюзионных нарушений зубных рядов у пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава /

А.А. Долгалев // Вестник новых медицинских технологий. - Тула. – 2008. – Т.15, №2. – С. 226-228.

3. Доскараева П.Т., Байжанова К.Т., Суханкина В.Н. Оценка поражения опорно-двигательного аппарата у больных системной склеродермией (ССД) // Научно-практическая ревматология. — 2006. — №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-porazheniya-oporno-dvigatel'nogo-apparata-u-bolnyh-sistemnoy-sklerodermiy-ssd> (дата обращения: 08.01.2014).

УДК 616.31:612.135:616-053.3/5

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА В СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

Доменюк Д.А., Карслиева А.Г., Зеленский В.А., Иванчева Е.Н.

ГБОУ ВПО СтГМУ Минздрава России, Ставрополь, e-mail: domenyukda@mail.ru

Методом лазерной доплеровской флоуметрии проведено исследование показателей гемодинамики в слизистой оболочке полости рта у детей в возрасте от 4,5 до 9 лет со скученностью зубов с целью выявления топографических особенностей микроциркуляции этих участков. Результаты изучения состояния капиллярного кровотока на основании среднего квадратического отклонения амплитуды колебаний, коэффициента вариации, амплитуд колебаний вазомоторного, дыхательного и кардиоритмов, а также показателей активных и пассивных механизмов модуляции кровотока в исследуемых зонах не выявили статистически достоверных различий. Это позволяет утверждать о схожести интенсивности и регуляции гемодинамики слизистой оболочки десны и неба у детей до аппаратного лечения.

Ключевые слова: лазерная доплеровская флоуметрия, детское население, капиллярный кровоток, микроциркуляция, коэффициент вариации

CAPILLARY BLOOD FLOW IN ORAL MUCOSA IN CHILDREN WITH ABNORMAL TOOTH POSITION

Domenyuk D.A., Karslieva A.G., Zelensky V.A., Ivancheva E.N.

Stavropol State Medical University, Stavropol, e-mail: domenyukda@mail.ru

Laser Doppler flowmetry was used to investigate the oral mucosa hemodynamics in children aged 6–9 with crowded teeth, which was done in order to identify microcirculation topographic features in the respective areas. The results of the investigation into the capillary blood flow based on the standard deviation of oscillation amplitude, variation coefficient, oscillation amplitude of vasomotor, breathing, and cardio-rhythms, as well as indices for active and passive mechanisms for blood flow modulation at the areas under investigation showed no statistically significant differences. This suggests similarity in the intensity and regulation in the hemodynamics of the gum and palate mucosa in children prior to appliance-based treatment.

Keywords: laser Doppler flowmetry, child population, capillary blood flow, microcirculation, variation coefficient

Системный анализ современных научных данных убедительно доказывает ведущую роль микроциркуляторного звена кровообращения в патогенезе многих стоматологических заболеваний. Однако развитие пато-

генетических механизмов, ответственных за морфофункциональное состояние слизистой оболочки полости рта, полностью не изучено [3,5,8].