

УДК 616.314-089.23:616.724

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВАХ КАК РЕЗУЛЬТАТ ОШИБОК ПРОТЕЗИРОВАНИЯ СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Сеферян К. Г., Сеферян Н.Ю., Лапина Н.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: KGSefer@gmail.com

Проведен анализ взаимосвязи возникновения патологии ВНЧС в результате врачебных ошибок и осложнений при протезировании пациентов съемными ортопедическими конструкциями. Учитывались данные анамнеза заболевания, результаты объективных методов исследования и дополнительных, таких как компьютерная и магнито-резонансная томографии. При планировании ортопедического лечения необходимо тщательно собирать анамнез заболевания, при осмотре обязательно обследование ВНЧС, использование дополнительных методов обследования, обязательно изучение окклюзии пациента, взаимоотношений челюстей. Одномоментное повышение прикуса должно быть не более, чем на 3.5 мм, с учетом протетической плоскости. Обязательны ежегодные профилактические осмотры пациентов после протезирования.

Ключевые слова: патология ВНЧС, съемные ортопедические конструкции, повышение прикуса

TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION AS A RESULT OF ERRORS REMOVABLE PROSTHETIC ORTHOPEDIC STRUCTURES

Seferyan K.G., Seferyan N.Yu., Lapina N.V.

Kuban State Medical University, Krasnodar, e-mail: KGSefer@gmail.com

We have done the analysis of the relationship of temporomandibular joint dysfunction (TMD) as a result of medical errors and complications in patients with removable prosthesis prosthetic constructions. We considered data from the medical history, the results of objective research methods and more, such as CT and magnetic resonance imaging. When planning for orthopedic treatment should be carefully collected history of the disease, when viewed carefully examination of the TMD, use additional methods of inspection, be sure to study occlusion patient relationship jaws bite. Should be deleted dysfunction of the masticatory muscles, a one-time increase of occlusion should be no more than 3.5 mm. Mandatory annual preventive examinations of patients after prosthesis.

Keywords: temporomandibular joint dysfunction, removable orthopedic design, increased bite

Здоровые височно-нижнечелюстные суставы играют важную роль в гомеостазе всего организма на протяжении всей жизни. За последние десятилетия на фоне активного применения различных видов съемных ортопедических конструкций выявлена тенденция к дисфункциональным заболеваниям височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС). Качество стоматологической помощи зависит от уровня профессиональной подготовки и квалификации специалиста. В связи с этим, чтобы уменьшить число ошибок и осложнений, приводящих к дисфункциональным состояниям в ВНЧС, врач-стоматологи должны иметь знания об особенностях клинического обследования больных, диагностики, планирования лечения, устранения ортодонтической патоло-

гии, восстановления целостности зубов и зубных рядов.

Заболевания ВНЧС – группа костно-мышечных заболеваний, характеризующихся изменениями в функции ВНЧС, жевательных мышцах, зубочелюстной системе.[1]. Синдром дисфункции ВНЧС впервые был описан оториноларингологом Б.Костеном в 1934 году. Он возникает, когда сустав испытывает повышенные нагрузки, причинами этому могут быть: нарушение окклюзии, отсутствие зубов, ошибки в ортопедическом и ортодонтическом лечении, миофункциональные нарушения, такие как парафункции жевательных мышц, ротовое дыхание, травмы ВНЧС, чрезмерные нагрузки от занятий спортом.[4]. Основной проблемой дисфункций ВНЧС является поздняя диагностика. Врачи мало знакомы с

ее симптомами и методиками лечения. Пациенты не получают требуемой своевременной помощи и ходят от одного врача к другому, попадая к оториноларингологам, терапевтам, психотерапевтам, мануальным терапевтам, где получают лечение, приносящее кратковременные результаты. Актуальность проблемы лечения и реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС увеличивается с каждым годом, что обусловлено ростом числа пациентов, имеющих дефекты зубных рядов, патологии прикуса, осложнения после некачественного стоматологического лечения.[3].

Анализ отечественной и зарубежной литературы указывает на то, что в практике организации стоматологической помощи на данный момент отсутствует единая сформулированная классификация ошибок и осложнений, при протезировании съемными ортопедическими конструкциями, приводящих к возникновению дисфункций в ВНЧС. Многочисленные исследования подтверждают связь между признаками и симптомами дисфункций в ВНЧС и различиями положений в центральном соотношении и центральной окклюзии. Центральное соотношение – положение нижней челюсти, при котором головки ВНЧС располагаются в середине суставных ямок, внутрисуставной мениск правильно расположен между ними.[2]. Okeson описывает это положение, как самое стабильное мышечно-скелетное положение нижней челюсти. Одной из главных целей ортопедического лечения съемными ортопедическими конструкциями является обязательное установление суставных головок в центральном соотношении во избежание возникновения дисфункций в ВНЧС.[4].

Нами предпринята попытка изучить взаимосвязь возникновения дисфункций ВНЧС в результате врачебных ошибок и осложнений при протезировании пациентов и на основании полученных результатов повысить эффективность профилактики возникновения и лечения дисфункций в ВНЧС.

Целью нашего исследования является определение степени влияния врачебных ошибок при планировании и протезировании

съемными ортопедическими конструкциями на возникновение дисфункций в ВНЧС.

Для достижения цели мы поставили перед собой следующие задачи: провести мониторинг среди пациентов с заболеваниями ВНЧС, диагностировать с помощью методов магнитно-резонансной и компьютерной томографии положение мениска и суставных головок нижней челюсти в зависимости от этиологии, предложить комбинированную тактику лечения и сократить сроки реабилитации больных с дисфункциями ВНЧС, использующих съемные ортопедические конструкции.

Материалы и методы исследования

Для изучения ошибок и осложнений, при протезировании съемными ортопедическими конструкциями, приводящих к возникновению дисфункций в ВНЧС нами было обследовано 464 пациентов с частичной потерей зубов верхней и нижней челюсти, запротезированных в стоматологических клиниках Краснодарского края. Среди обследованных 206 мужчин (44,39%) и 258 женщин (55,61%) в возрасте от 35 до 65 лет. Пациенты, не пользующиеся съемными протезами, в это количество не вошли. Из 464 человек, запротезированных съемными ортопедическими конструкциями, 349 человек (75,2%) предъявляли жалобы на различные симптомы в области ВНЧС и жевательных мышцах.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате комплексного обследования пациентов с частичной адентией, которым ранее в различных поликлиниках Краснодарского края были изготовлены съемные ортопедические конструкции (частичные съемные пластиночные протезы, бюгельные протезы с кламмерной, замковой, телескопической системами фиксации, имедиат-протезы), установлено, что протезирование в 23% случаев ведет к развитию болей в области ВНЧС, мышцах лица, шеи, неприятным субъективным ощущениям в ВНЧС, симптомам парафункции жевательных и мимических мышц, ощущению онемения в области фронтальных зубов. Наиболее часто пациенты с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава, пользующиеся

съемными ортопедическими конструкциями, предъявляли жалобы на щелчки и (или) хруст в области ВНЧС при закрывании и открывании рта, боли в суставе и жевательных мышцах, ограничение открывания рта. Симптомы боли, хруста, щелканья в ВНЧС протекали на фоне снижения окклюзионной высоты и дистального смещения нижней челюсти, кривой протетической плоскости. Их степень и выраженность усиливались с увеличением количества потерянных зубов, зависели от топографии дефектов и времени со дня удаления зуба до начала протезирования. Боли в области ВНЧС чаще всего усиливались во время и после еды. Пациенты предъявляли жалобы на "неудобное" положение нижней челюсти, усталость и напряжение в жевательных мышцах, постоянное прикусывание щек, языка, нижней губы, на чувство потери или отсутствия опоры для нижней челюсти, соскальзывание ее кзади и постоянное желание сместить нижнюю челюсть вперед, имели эстетическую неудовлетворенность внешним видом и улыбкой.

Наши исследования показали, что причиной возникновения патологических симптомов дисфункций в ВНЧС в 30% случаев является одномоментное изготовление съемных ортопедических конструкций с повышением межокклюзионной высоты более, чем на 3,5 мм. В 35% случаев - время без фиксации окклюзионных взаимоотношений на временных конструкциях, прошедшее между удалением зубов и протезированием, составляло более восьми недель. В 15% случаев протезирование осуществлялось без учета протетической плоскости, с осуществлением замены ортопедических конструкций только на нижней челюсти. В 20% случаев - пациенты пользовались ортопедическими конструкциями более 10-15 лет, что привело к истиранию как собственных, так и искусственных зубов, с последующим нарушением окклюзионной поверхности, перегрузкой пародонта оставшихся зубов в зубном ряду и развитию травматической окклюзии. В анамнезе заболевания у 56% пациентов ранее наблюдались патологические симптомы в ВНЧС, однако это не было учтено в планировании ортопедического

лечения и непосредственном протезировании, что привело, в свою очередь, к усугублению дисфункций в ВНЧС. На компьютерных томограммах в 85% случаев у пациентов с осложнениями после протезирования съемными и несъемными ортопедическими конструкциями в ВНЧС, установлено, что в положении окклюзии наблюдалось смещение суставной головки нижней челюсти в суставной ямке и имелись различные параметры суставных щелей в переднем, верхнем и заднем отделах суставной ямки. Эти отклонения от нормы положения суставной головки нижней челюсти в суставной ямке обусловлены снижением окклюзионной высоты, дистальным смещением нижней челюсти.

Заключение

Необходимо тщательно собирать анамнез заболевания; при осмотре обязательное обследование ВНЧС; использование дополнительных методов обследования - КТ, МРТ, ортопантомография, электромиографии жевательных и височных мышц; обязательное изучение окклюзии пациента, взаимоотношений челюстей, прикуса; исключить парадисфункции жевательных мышц; одномоментное повышение прикуса не более 3.5 мм; завершающим этапом лечения является своевременное и рациональное протезирование после удаления зубов с дефектами зубных рядов. Необходимо проводить ежегодные профилактические осмотры пациентов после протезирования.

Список литературы

1. Наумович С.А., Лебедко Н.А., Ивашенко С.В., Ралло В.Н. Ортопедическая стоматология. Протезирование съемными пластиночными и бюгельными протезами: учебное пособие. - Минск: БГМУ, 2009. - 212 с.
2. Нигматуллин Р.Т., Габбасов А.Г., Кийко М.Ю. Лицо человека: аспекты хирургической и функциональной анатомии // Материалы VI международной ассоциации морфологов. Морфология. - 2002. - Т. 121, №2-3. - С. 113.
3. Пчелин И.Ю. Гнатологические основы построения окклюзионной плоскости в боковых отделах зубных рядов с учетом преимущественной стороны жевания // Актуальные вопросы эксперимен-

тальной, клинической и профилактической стоматологии. – 2006. – Т. 63. – С. 235-238.

4. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Сапронова О.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии: учебное пособие. – СПб.: Фолиант, 2008. – 664с.

5. Chan C.A. Applying the Neuromuscular Principles in TMD and Orthodontics. J. of the American Orthodontic Society. – 2004. – P. 37-40.

УДК 616.314-77.21.13/2

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ВИНТОВЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ

Сирак С. В., Перикова М.Г.

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

В работе представлены результаты лабораторного исследования, в ходе которого получены оптические и АСМ-снимки. Топография оценена по оригинальной схеме, включающей описание по морфологическим и цифровым показателям. Установлено, что система дентальных имплантатов с бонитовым покрытием имеет наибольшую шероховатость поверхности по всем параметрам. По данным исследования составлена рабочая классификация винтовых дентальных имплантатов. Исходя из признаков классификации винтовые дентальные имплантаты с неорганическим бонитовым покрытием системы "SGS" являются сверхшероховатыми, оптически крупнозернистыми, с высокоразвитой структурой поверхности и высокопористыми.

Ключевые слова: дентальный имплантат, атомно-силовая микроскопия, шероховатость

MICROSCOPIC STUDY OF SURFACE SCREW DENTAL IMPLANT OSSEOINTEGRATION FOR PREDICTING

Sirak S.V., Perikova M. G.

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

The paper presents the results of a laboratory study in which the optically and AFM images. Topography estimated from the original scheme, including the description on morphological and digital indicators. It is established that the system of dental implants coated with bonitovym has the greatest surface roughness on all parameters. According to research compiled working classification of screw dental implants. Based on the classification of the signs of screw dental implants coated with an inorganic bonitovym system "SGS" *svershsherohovatyimi* are optically coarse-grained, with a highly developed and highly porous surface structure.

Keywords: dental implant, atomic force microscopy, surface roughness

На сегодняшний день дентальная имплантация стала неотъемлемой частью современной стоматологии. Несмотря на то, что имплантаты по-прежнему изготавливают из титана, способы модификации их поверхности постоянно совершенствуются. Сегодня на стоматологическом рынке появляется все больше различных систем дентальных имплантатов, имеющих оригиналь-

ные способы обработки поверхности. Однако определиться с выбором врачом-имплантологу достаточно сложно, не имея четкого понимания отличий предлагаемых систем.

Рядом авторов доказано то, что поверхность используемого имплантата должна обладать высокой чистотой и достаточной шероховатостью для обеспечения адекват-