

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ НЕЗНІМНИМИ ТА ЗНІМНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Івано-Франківський національний медичний університет (м. Івано-Франківськ)

andkovalyshyn@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Представлена робота виконувалася в рамках науково-дослідних робіт кафедри стоматології ННІПО ІФНМУ «Комплексна оцінка та оптимізація методів прогнозування, діагностики та лікування стоматологічних захворювань у населення різних вікових груп» (№ державної реєстрації 0114U001788).

Вступ. Незважаючи на досягнення сучасних методів лікування та профілактики стоматологічних захворювань, рівень поширення карієсу, генералізованого пародонтиту залишається високими та охоплює 75-95% населення України [1]. Ці нозології, а також травми і оперативні втручання при патологічних процесах у щелепнолицевій ділянці залишаються основними причинами, що призводять до втрати зубів [2]. На даний час встановлено, що майже 70% населення України страждають від часткової адентії. У 35-65% даних пацієнтів, у віці понад 45 років, часткову втрату зубів складають кінцеві дефекти та дефекти великої протяжності, для заміщення яких використовують знімні протези [3]. Крім того, у багатьох країнах, ортопедичне лікування знімними конструкціями зубних протезів є складовою соціальної допомоги при стоматологічному лікуванні, а також виготовленні ортопедичних конструкцій з опорою на дентальні імпланти.

Ортопедичне лікування пацієнтів із відсутністю незначної кількості зубів, як правило, не викликає особливих труднощів. Складними є клінічні ситуації в пацієнтів із наявною малою кількістю збережених зубів на двох щелепах, що тривалий час не звертались за ортопедичною допомогою [4]. У даній категорії пацієнтів спостерігається втрата зубів-антагоністів, виражені порушення оклюзійних співвідношень, спричинені зубощелепними деформаціями, зниженням висоти нижнього відділу обличчя та зміщенням положення нижньої щелепи [4,5]. При цьому жувальні м'язи знаходяться в гіпертонусі, розвивається значна дискоординація і асинхронність їхніх функцій, що в подальшому може призвести до стійкого спазму та болючості [6]. Часто спостерігаються зміни в скроневопіднижньощелепному суглобі [6,7]. Така особливість стану зубощелепної системи (ЗЩС), включаючи дискоординацію жувальних м'язів, призводить до частих помилок та труднощів як на етапах виготовлення нових зубних протезів, так і в подальшому користуванні ними [4,8]. Спостерігаємо недостатнє використання методів сучасної комплексної діагностики стану оклюзійних співвідношень при виготовленні різних видів знімних та незнімних ортопедичних конструкцій [9].

Тому важливим питанням в ортопедичному лікуванні пацієнтів із частковими дефектами зубних рядів та функціональними порушеннями є врахування анатомо-фізіологічних особливостей зубоще-

лепної системи при виготовленні та подальшому використанні знімних та незнімних конструкцій зубних протезів [9,10].

Мета роботи – вивчити особливості стану ЗЩС у пацієнтів, що одночасно користуються різними конструкціями незнімних і знімних ортопедичних конструкцій.

Об'єкт і методи дослідження. На базі кафедри стоматології ПО ІФНМУ було проведено обстеження 109 пацієнтів із частковою втратою зубів, що користуються незнімними та знімними протезами виготовленими за класичною методикою терміном від 6 місяців до 2 років після ортопедичного лікування. Систематизацію дефектів зубних рядів проведено за класифікацією Кенеді (1925 р.), встановлення груп дефектів у разі визначення центральної оклюзії за Бетельманом (1956 р.).

Враховували скарги щодо порушення функцій жування, естетики, вимови, наявність дискомфорту та болючості в ділянці жувальних м'язів та скроневопіднижньощелепного суглоба. При об'єктивному обстеженні звертали увагу на зовнішній вигляд хворих, симетричність та пропорційність обличчя, характер і ступінь відкривання ротової порожнини, проводили пальпацію скроневопіднижньощелепного суглоба і жувальних м'язів згідно методики Л.А. Скорикової (2005 р.). Обстежено стан тканин пародонта зубів, які збережені в ротовій порожнині, визначено рухомість опорних зубів за шкалою Міллера в модифікації Флезара (1980 р.) та рівень атрофії беззубих ділянок коміркового відростка і частини. Для оцінки оклюзійних співвідношень проводили оклюзіографію із використанням 200 мкм артикуляційного паперу «Bausch» Bausch Articulating Papers Inc. (США) та комп'ютерного діагностичного комплексу «Т – Scan Novus» TekScan (США). Отримані результати піддавали статистичній обробці методом варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати обстеження згруповані нами відповідно до встановлених даних анамнезу життя та захворювання, результатів зовнішньоротового та внутрішньоротового стоматологічного обстеження. Зокрема, звернено увагу на прояви патологічного стирання як природних зубів, так і ортопедичних конструкцій; продіагностовано стан тканин пародонту; наведено види оклюзійних порушень у пацієнтів із різними видами дефектів зубних рядів та ортопедичних конструкцій.

Особливості стану ЗЩС у пацієнтів із різними конструкціями знімних зубних протезів у період активного користування подано в **таблиці 1**. Так, асиметрію обличчя різного ступеня зі зміщенням щелепи вправо, чи вліво, встановлено у 27,5% (30) пацієнтів. Також у 16,5% (18) осіб була виявлена непропорцій-

Таблиця 1 – Особливості стану ЗЦС у пацієнтів із різними конструкціями знімних зубних протезів у період активного користування, %

Скарги, дані об'єктивного обстеження	Вид ортопедичної конструкції	ЧЗПП на одній щелепі, незнімні конструкції – на протилежній (10)	ЧЗПП на обох щелепах (69)	ПЗПП на одній щелепі, незнімні конструкції – на протилежній (5)	ЧЗПП на одній щелепі, ПЗПП – на протилежній (25)	Разом у всіх групах (109)
	Асиметрія обличчя		10,0 (1)	30,4 (21)	0	32 (8)
Непропорційність обличчя		0	18,8 (13)	20 (1)	16 (4)	16,5 (18)
Підвищений тонус жувальних м'язів	однобічний	30,0 (3)	8,3 (9)	0	4 (1)	11,9 (13)
	двобічний	20,0 (2)	4,6 (5)	20 (1)	4 (1)	8,3 (9)
Напруженість і втома жувальних м'язів		20,0 (2)	26,1 (18)	40 (2)	28 (7)	26,6 (29)
Біль під час пальпації жувальних м'язів		20,0 (2)	40,6 (28)	20 (1)	36 (9)	36,7 (40)
Девіація нижньої щелепи		30,0 (3)	39,1 (27)	20 (1)	16 (4)	32,1 (35)
Дефлексія нижньої щелепи		10,0 (1)	7,2 (5)	0	0	5,5 (6)
Стертість штучних зубів	фронтальної групи	0	7,2 (5)	20 (1)	12 (3)	8,3 (9)
	бокової групи	20,0 (2)	44,9 (31)	40 (2)	48 (12)	43,3 (47)
Рухомість опорних зубів, кровоточивість під час зондування, оголення коренів, наявність пародонтальних кишень		40,0 (4)	68,1 (47)	20 (1)	60 (15)	61,5 (67)
Без вказаних скарг та симптомів		30,0 (3)	11,6 (8)	20 (1)	0	11 (12)

Примітка: ЧЗПП – частковий знімний пластинковий протез; ПЗПП – повний знімний пластинковий протез.

ність обличчя внаслідок зменшення його нижньої третини.

За даними візуального контролю та пальпаторного обстеження у 20,2% (22) обстежених виявлено підвищений тонус жувальних м'язів, зокрема, у 11,9% (13) осіб однобічні зміни, а в 9 (8,3%) – двобічні. Крім того, пальпаторне обстеження у 36,7% (40) пацієнтів спричиняло болючість та виникнення відчуття дискомфорту. Продовжуючи оцінку стану жувальних м'язів, нами відмічено, що при зборі анамнезу, у 26,6% (29) осіб були відмічені скарги на їхнє напруження та втома під кінець дня, або під час прийому їжі. Аналізуючи характер вертикальних рухів нижньої щелепи встановлено, що у 32,1% (35) обстежених спостерігались ознаки девіації нижньої щелепи під час відкриття рота, а у 5,5% (6) пацієнтів була присутня дефлексія.

Переходячи до внутрішньоротового огляду ротової порожнини, було виявлено ознаки стертості твердих тканин зубів у різних ділянках зубних рядів. Зокрема, у 8,3% (9) пацієнтів спостерігали зміни у фронтальній ділянці, а в 43,1% (47) – у бічних.

У 61,5% (67) осіб діагностовано симптоми захворювань тканин пародонту опорних зубів, які проявлялися кровоточивістю під час зондування, оголен-

ням коренів, наявністю клінічних пародонтальних кишень та патологічною рухомістю I–II ступеню за Міллером. Ці симптоми супроводжували скарги на відчуття стягування й оніміння в яснах, кровоточивість під час чищення зубів та вживанні твердої їжі. Відмічено, що у 11% (12) пацієнтів були відсутні скарги та вище сказані симптоми, у 5,5% (6) – переважала одна скарга, решта 83,5% (91) – мали поєднання двох та більше ознак захворювання тканин пародонту.

При огляді зубних рядів, часткові дефекти 1 класу за Кенеді на верхній щелепі виявлено в 37,6% (41) осіб, на нижній – у 36,7% (40) обстежених (**табл. 2**).

Односторонні кінцеві дефекти зубного ряду на верхній щелепі діагностовано в 32,1% (35) пацієнтів, а на нижній щелепі – в 27,5% (30) осіб. Найменше серед даної когорти було обстежених із дефектами 3 класу за Кенеді. Так, на верхній щелепі виявлено в 14,7% (16) хворих, значно більше на нижній щелепі – в 23,8% (26) осіб. Повну втрату зубів частіше спостерігали на верхній щелепі у 15,6% (17) випадках, ніж на нижній щелепі – у 11,9% (13).

Серед обстежених пацієнтів найбільше було осіб, які мали двосторонні кінцеві дефекти на обох щелепах (I клас за Кенеді) – 15,6% (17). Найменше – 0,9% (1) особа мала частковий дефект зубного ряду III класу за Кенеді на верхній щелепі та повну втрату зубів на нижній щелепі.

Нами відмічено, що значна кількість обстежених мали поєднання: двостороннього кінцевого дефекту на верхній щелепі та одностороннього кінцевого дефекту на нижній щелепі – 11% (12) пацієнтів, та навпаки I клас за Кенеді на нижній щелепі та II клас на верхній – 10,1% (11) осіб. Поширеним був випадок наявності часткового дефекту зубного ряду верхньої щелепи II класу за Кенеді та III класу на нижній щелепі – у 11,9% (13) обстежених.

Таблиця 2 – Розподіл пацієнтів за видами дефектів зубних рядів, %

Нижня щелепа	Верхня щелепа	Клас за класифікацією Кенеді			Повний дефект зубного ряду 15,6 (17)
		I 37,6 (41)	II 32,1 (35)	III 14,7 (16)	
За класифікацією Кенеді	I 36,7 (40)	15,6 (17)	10,1 (11)	4,6 (5)	6,4 (7)
	II 27,5 (30)	11,0 (12)	4,6 (5)	7,3 (8)	4,6 (5)
	III 23,8 (26)	5,5 (6)	11,9 (13)	1,8 (2)	4,6 (5)
Повний дефект зубного ряду 11,9 (13)		5,5 (6)	5,5 (6)	0,9 (1)	0,0

Таким чином встановлено 16 різних варіантів поєднання дефектів зубних рядів верхньої та нижньої щелепи.

В обстежених пацієнтів для заміщення дефектів зубних рядів було використано різні види незнімних та знімних конструкцій зубних протезів. На верхній щелепі для відновлення функції ЗЩС було використано штучні коронки та мостоподібні протези у 5,5% (6) осіб та у 8,3% (9) – на нижній (рис. 1). Незначно відрізнялася кількість часткових знімних пластинкових протезів (ЧЗПП) на верхній щелепі – у 78,9% (86) обстежених, і на нижній – у 79,8% (87) осіб. Для відновлення верхнього зубного ряду 15,6% (17) пацієнтів використовували повні знімні протези (ПЗПП), а для відновлення нижнього – 11,9% (13).

Для встановлення складності у визначенні та фіксації центрального співвідношення щелеп пацієнтів даної вибірки використали класифікацію груп дефектів зубних рядів за Бетельманом (рис. 2). Так, у 13,8% (15) обстежених діагностовано 1 групу дефектів, що було характерно як для пацієнтів із частковими дефектами зубного ряду, які користувались ЧЗПП тільки на одній щелепі (5,5% (6) осіб), так в більшій мірі у осіб із поєднанням ЧЗПП на обох щелепах. У 24,8% (27) пацієнтів було діагностовано 2 групи дефектів за Бетельманом; переважали особи із двома частковими знімними протезами – 21,1% (23). Найскладніша для ортопедичного лікування 3 група дефектів зубних рядів за Бетельманом виявлена у 61,4% (67) пацієнтів, де також переважали пацієнти із двома ЧЗПП – 33,9% (37), а найменше – у осіб, що користувались ПЗПП.

Під час обстеження оклюзійних співвідношень даних пацієнтів у 77,1% (84) було виявлено такі порушення, як передчасні контакти у різних ділянках зубних рядів та відсутність контакту між антагонуючими парами зубів. Було встановлено, що у 11,0% (12) осіб наявні передчасні контакти у фронтальній групі зубів. Серед тих, що користувались ЧЗПП на обох щелепах, вони були діагностовані у 11,6% (8) пацієнтів (табл. 3). Також передчасні фронтальні контакти спостерігались у 1 пацієнта із комбінацією часткового та в 1 із комбінацією повного знімних зубних протезів і з незнімними конструкціями на протилежній щелепі. У 8% (2) осіб з поєднанням часткових та повних знімних конструкцій зубних протезів також були передчасні контакти фронтальної ділянки.

У 28,4% (31) обстежених передчасні контакти припадали на один із бічних сегментів зубного ряду. Переважно це спостерігалось у пацієнтів, що користувались ЧЗПП на обох щелепах (30,4% (21) осіб).

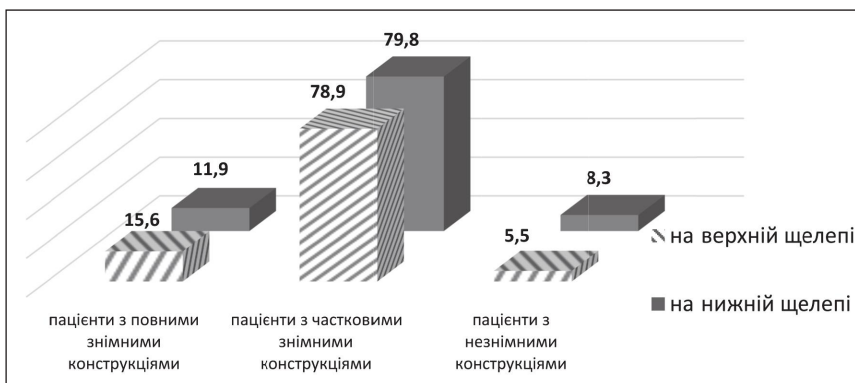


Рисунок 1 – Розподіл пацієнтів за видами ортопедичних конструкцій зубних протезів, %.

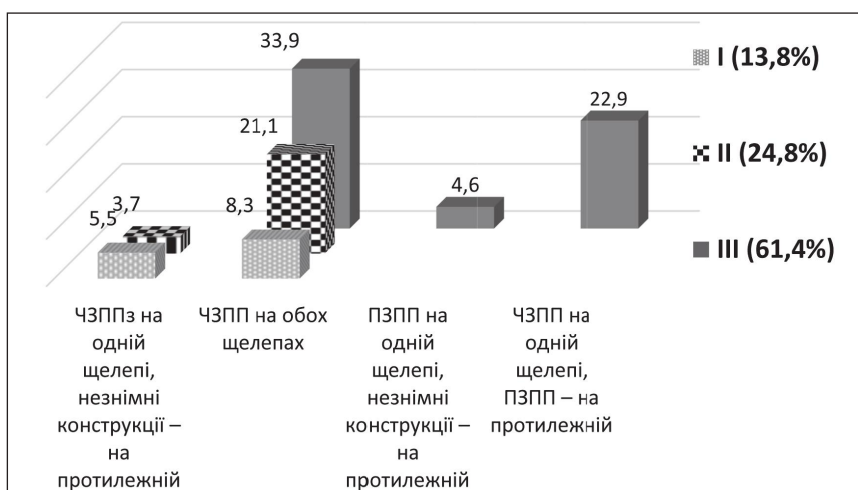


Рисунок 2 – Розподіл пацієнтів за групами дефектів зубних рядів за Бетельманом, %.

Примітка: ЧЗПП – частковий знімний пластинковий протез; ПЗПП – повний знімний пластинковий протез.

Решта випадків були представлені наступним чином: 2 осіб серед пацієнтів із ЧЗПП на одній щелепі та незнімними конструкціями – на іншій, 28,0% (7) – з поєднанням ЧЗПП з ПЗПП та 1 обстежений серед тих, хто користувався ПЗПП і незнімними конструкціями.

Особи, у яких передчасні оклюзійні контакти були в обох бічних сегментах здебільшого мали ЧЗПП на верхній і нижній щелепах (26,0% (18) пацієнтів). Такі ж порушення були зафіксовані серед 16,0% (4) обстежених із групи поєднання ЧЗПП та ПЗПП. Значно менше було осіб із супраоклюзією в обох бічних ділянках серед пацієнтів з ЧЗПП та незнімними конструкціями на протилежній щелепі (10,0% (1) осіб) та серед тих, що користувались ПЗПП та незнімною конструкцією на протилежній щелепі (20,0% (1) осіб).

Натомість у 45,0% (49) пацієнтів не між всіма парами зубів-антагоністів спостерігали оклюзійні контакти. Найбільший відсоток був серед осіб, які користувались ЧЗПП на обох щелепах – 58% (40). Такі ж порушення виявили у 2 осіб з ПЗПП на одній щелепі та незнімними конструкціями – на протилежній, та у 2 обстежених з поєднанням ЧЗПП на одній щелепі та незнімними конструкціями – на протилежній. Також відсутність оклюзійних контактів була зафіксована у 20,0% (5) пацієнтів, у яких антагоністи представлені ЧЗПП та ПЗПП.

Ми проаналізували стан оклюзійних співвідношень в обстежуваних пацієнтів залежно від групи дефектів зубних рядів за Бетельманом (рис. 3). Так,

Таблиця 3 – Види оклюзійних порушень у пацієнтів із різними конструкціями знімних зубних протезів, %

Ортопедичні конструкції		ЧЗПП на одній щелепі, незнімні конструкції – на протилежній (10)	ЧЗПП на обох щелепах (69)	ПЗПП на одній щелепі, незнімні конструкції – на протилежній (5)	ЧЗПП на одній щелепі, ПЗПП – на протилежній (25)
Оклюзійні порушення	у фронтальній ділянці, 11,0 (12)	10,0 (1)	11,6 (8)	20,0 (1)	8,0 (2)
	в одному бічному сегменті, 28,4 (31)	20,0 (2)	30,4 (21)	20,0 (1)	28,0 (7)
	з передчасними оклюзійними контактами в двох бічних сегментах, 22,2 (24)	10,0 (1)	26,0 (18)	20,0 (1)	16,0 (4)
Відсутність контактів між кількома антагонуючими парами зубів, 45,0 (49)		20,0 (2)	58,0 (40)	40,0 (2)	20,0 (5)
Без оклюзійних порушень, 22,9 (25)		40 (4)	15,9 (11)	20,0 (1)	36 (9)

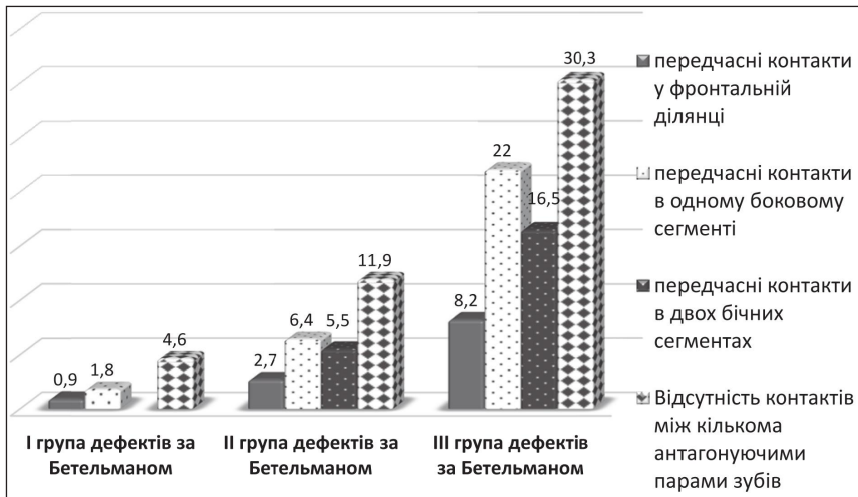


Рисунок 3 – Види оклюзійних порушень у пацієнтів із різними групами дефектів зубних рядів за Бетельманом, %.

передчасні контакти у фронтальній ділянці спостерігали в 0,9% (1) осіб, які мали I групу дефектів зубних рядів за Бетельманом, 2,7% (3) – II групу, та більшість 8,2% (9) – третю. Серед обстежених із передчасними контактами в одному боковому сегменті найбільше було осіб із III групою дефектів зубних рядів за Бетельманом (22% (24)), значно менше із II групою (6,4% (7)) та найменше – із I (1,8% (2)).

Встановлено, що 5,5% (6) осіб, у яких передчасні оклюзійні контакти були в обох бічних сегментах, мають II групу, а інші, 16,5% (18) хворих – III групу дефектів зубних рядів за Бетельманом.

Розподіл обстежених із відсутністю контактів між кількома антагонуючими парами зубів за групами дефектів зубних рядів по Бетельману був наступний: 4,6% (5) пацієнтів із I групою, 11,9% (13) – із II-ю та 30,3% (33) – із III-ю.

Таким чином, спостерігали прямопропорційне зростання відсотку осіб із різними видами оклюзій-

них порушень відповідно до важкості групи дефектів зубних рядів за Бетельманом.

Висновки

1. Серед обстеженої вибірки 109 пацієнтів, що одночасно користувалися різними конструкціями незнімних та знімних зубних протезів, переважали особи із ЧЗПП на обох щелепах – 63,3% (69). Найбільше скарг в цій групі стосувалося проявам пародонтиту – 68,1% (47), болю під час пальпації жувальних м’язів – 18,3% (20), девіація нижньої щелепи спостерігалась у 39,1% (27) осіб, стертість штучних зубів бічної ділянки – у 44,9% (31) обстежених.

2. В осіб, що користувалися знімними конструкціями зубних протезів переважала III група дефектів зубних рядів за Бетельманом – 61,4% (67). Зокрема, ця ж група дефектів домінувала серед пацієнтів, що мали ЧЗПП на обох щелепах (33,9%).

3. Найчастіше зустрічались такі види порушення оклюзії, як односторонні передчасні контакти в 28,4% (31) осіб та відсутність контактів між кількома парами зубів антагоністів – в 45,0% (49) пацієнтів. У пацієнтів, що користувалися ЧЗПП на обох щелепах, такі ж ускладнення спостерігали в 30,4% (21) та 58% (40) обстежених.

обстежених.

4. Таким чином, пацієнти, що користуються знімними та незнімними конструкціями одночасно на обох щелепах, мають найбільше проблем пов’язаних із відновленням оклюзійних співвідношень, захворюваннями тканин пародонту та розвитком м’язової дисфункції, що слід враховувати на етапах планування, виготовлення ортопедичних конструкцій та подальшої реабілітації пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень. Проведені нами дослідження функціонального стану ЗЩС у пацієнтів із незнімними та знімними зубними протезами дозволяють у подальшому розробити вдосконалені методи реєстрації центрального співвідношення щелеп та формування оклюзійних співвідношень, а також оптимізувати реабілітацію даних пацієнтів.

Література

1. Dorubets AD, Korol MD, Korobeinikov LS. Poshyrenist defektiv zubnykh riadiv ta potreba u vidnovleni yikh bezperernosti. Ukrainskyi stomatolohichniy almanakh. 2007;1:55-7. [in Ukrainian].
2. Alymskiy AV, Beletskiy HV, Kartsev AA. Rezultaty anketyrovaniya patsyentov po yzucheniyu urovnia motyvatsyy obrashchaemosty ykh v CNIS za ortopedycheskoi stomatolohicheskoi pomoshchii. Visnyk stomatolohii. 2004;2:88-91. [in Russian].
3. Cherevko FA, Korol DM, Maliuchenko MM, Maliuchenko OM. Suchasnyi pohliad na fiksatsiiu chastkovykh znimnykh proteziv. Visnyk ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2013;4:254-8. [in Ukrainian].
4. Nespriadko VP, Baranovskiy OV, Tykhonov DO. Osoblyvosti ortopedychnoho likuvannya khvorykh z poiednanniam povnoi ta chastkovoi vtraty zubiv. Visnyk problem biolohii ta medytsyny. 2013;1(1):173-6. [in Ukrainian].
5. Pyotrovych AV, Evdokymov EA, Antonov EN. Ratsyonalnyi vybor konstruktssy proteza – zaloh uspeshnogo vosstanovleniya zubnogo riada. Problemy stomatolohyy. 2013;6:24-6. [in Russian].6. Novykov VM, Shtefan AV. Dyahnostyka patolohyy vysochno-nyzhnecheliustnogo sustava okkliuzyonnoho heneza. Vestnyk problem byolohyy y medytsyny. 2014;108(2):49-55. [in Russian].
6. Dmytrenko IA. Poiednannia defektiv zubnykh riadiv iz zuboshchelepnyy deformatsiiamy i zakhvoriuvanniamy skronevo-nyzhnoshchelepnoho suhloba. Ukrainskyi stomatolohichniy almanakh. 2015;2:52-4. [in Ukrainian].
7. Kovalyuk AV, Ozhohan ZR. Vyvchennia intensyvnosti rozvytku i patohenezu zuboshchelepovykh deformatsii u patsientiv z defektamy zubnykh riadiv. Halyskiy likarskiy visnyk. 2015;22(2):37-40. [in Ukrainian].
8. Sahoo S, Singh D, Raghav D. Systematic Assessment of the Various Controversies, Difficulties, and Current Trends in the Reestablishment of Lost Occlusal Planes in Edentulous Patients. Ann. Med. Health Sci. Res. 2014;4(3):313-9.
9. Sadykov MY, Nesterov AM. Ortopedycheskoe lechenye bolnykh s malym kolychestvom zubov pry snyzhenyy vysooty nyzhneho otdela lytsa. Tykhookoanskiy medytsynskiy zhurnal. 2013;1:75-7. [in Russian].

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО КОРИСТУЮТЬСЯ НЕЗНІМНИМИ ТА ЗНІМНИМИ ОРТОПЕДИЧНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Ковалишин А. Ю., Рожко М. М., Дмитришин Т. М.

Резюме. На основі вивчення стану ЗЩС у пацієнтів з незнімними та знімними зубними протезами виготовленими за класичною методикою, встановлено, що найбільше було осіб, що користувались ЧЗПП на обох щелепах. Найбільше скарг в цій групі стосувалося проявам пародонтиту – 68,1% (47), болю під час пальпації жувальних м'язів – 18,3% (20), девіація нижньої щелепи спостерігалась у 39,1% (27) пацієнтів та стертість штучних зубів бічної ділянки – у 44,9% (31) осіб.

Серед усіх обстежених найчастіше зустрічались такі види порушення оклюзії, як односторонні передчасні контакти в 28,4% (31) осіб та відсутність контактів між кількома парами зубів антагоністів – в 45,0% (49) пацієнтів. У пацієнтів, що користувались ЧЗПП на обох щелепах, такі ж ускладнення спостерігали в 30,4% (21) та 58% (40) обстежених.

Ключові слова: оклюзійні порушення, знімні протези, дефекти зубних рядів, дисфункція жувальних м'язів.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ НЕСЪЕМНЫМИ И СЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Ковалишин А. Ю., Рожко М. М., Дмитришин Т. М.

Резюме. На основании изучения состояния ЗЧС у пациентов с несъемными и съемными зубными протезами, изготовленными по классической методике, установлено, что больше всего было лиц, пользовавшихся ЧЗПП на обеих челюстях. Больше всего жалоб в этой группе касалось проявлениям пародонтита – 68,1% (47), боли при пальпации жевательных мышц – 18,3% (20), девиация нижней челюсти наблюдалась у 39,1% (27) пациентов и стертость искусственных зубов бокового участка – у 44,9% (31) человек.

Среди всех обследованных чаще встречались такие виды нарушения окклюзии, как односторонние преждевременные контакты у 28,4% (31) лиц и отсутствие контактов между несколькими парами зубов антагонистов – у 45,0% (49) пациентов. У пациентов, которые пользовались ЧЗПП на обеих челюстях, такие же осложнения наблюдали у 30,4% (21) и 58% (40) обследованных.

Ключевые слова: окклюзионные нарушения, съемные протезы, дефекты зубных рядов, дисфункция жевательных мышц.

PECULIARITIES OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE TOOTH-JAW SYSTEM IN PATIENTS USING FIXED AND REMOVABLE DENTAL PROSTHETICS

Kovalyshyn A. Yu., Rozhko M. M., Dmytryshyn T. M.

Abstract. Big amount of patients over the age of 45 (35-65%) have partial tooth loss associated with edentulous area of big length and free-end saddles, which are replaced by removable partial dentures.

Such clinical situations are difficult for treatment especially if patients have only few preserved teeth on both jaws and have not had prosthodontic dental care for a long time.

This category of patients has a loss of teeth-antagonists, abnormalities of occlusal relationships caused by tooth-jaw deformations, decrease of vertical dimension of occlusion, displacement of the lower jaw position, the hypertonicity, discoordination and asynchrony of the chewing muscles. There are often changes in the temporomandibular joint. Such clinical conditions lead to frequent mistakes and difficulties at the stage of production of new dentures, and during subsequent use of them. We observe the insufficient use of methods of modern occlusal diagnostics in the manufacture of various types of removable and non-removable prosthetics.

In addition, an important issue in the prosthodontic treatment is the consideration of anatomical and physiological features of the tooth-jaw system in patients with functional impairments.

Therefore, the *objective of this research* was to study the peculiarities of the tooth-jaw system condition in patients who simultaneously use different designs of fixed and removable dental prosthetics.

Object and methods of research. There was an examination of 109 patients with partial teeth loss, who simultaneously use fixed and removable dentures made by the classical method. The examination included collection of medical history and complaints, clinical investigation of condition of periodontal tissues, edentulous area of alveolar ridges, chewing muscles and temporomandibular joints. Occlusiography was performed using 200 µm Bausch articulation paper Bausch Articulating Papers Inc. (USA) and T – Scan Novus computer diagnostic complex TekScan (USA) to evaluate the condition of occlusal relationships.

Results and discussion. Among 109 patients, who simultaneously used different designs of fixed and removable dental prosthetics, were predominant individuals with removable partial dentures on both jaws, 63,3% (69). Most of their complaints concerned the periodontitis – 68,1% (47), pain during palpation of chewing muscles (18,3% (20)), deviation of the mandible (39,1% (27)) and abrasion of artificial teeth of the lateral area in 44,9% (31) of persons.

The biggest amount of patients (61.4% (67)) had the third group of dental arch defects according to Betelman classification. The same defect group was dominant among patients with removable partial dentures on both jaws (33.9%).

We observed different types of occlusal disorders. The most common ones were unilateral premature contacts in 28.4% (31) of individuals and no contact between several pairs of antagonist teeth – in 45.0% (49) of patients. The same complications were in 30.4% (21) and 58% (40) of the patients with removable partial dentures on both jaws.

Conclusions. The obtained results allowed us to establish that patients who use both fixed and removable dentures at the same time on both jaws have the most problems associated with the restoration of occlusal relationships, periodontal tissue diseases and the development of muscular dysfunction. This should be considered during the planning of treatment, manufacturing of dental prosthetics and further rehabilitation of such patients.

Key words: occlusal disorders, removable dentures, edentulous area, chewing muscles dysfunction.

Рецензент – проф. Гасюк П. А.
Стаття надійшла 09.12.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-382-385

УДК 615.2819

Кривцова М. В., Костенко Є. Я.

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ФІТО- ТА АНТИСЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ МІКРОБІОТИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ З УРАХУВАННЯМ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АСОЦІАЦІЙ УМОВНО ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород) maryna.krivcova@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДР «Дослідження генетичних та фізіолого-біохімічних механізмів адаптації біологічних систем різного рівня організації в умовах антропогенного навантаження», № державної реєстрації 0115U003902.

Вступ. У зв'язку зі зростанням рівня антибіотикорезистентності мікроорганізмів, потреба у розробці нових підходів та способів корекції факультативної мікробіоти організму невинно зростає [1]. Відомий антибактеріальний та антимікозний ефект антибіотиків, до яких мікроорганізми швидко набувають стійкості, а також порушують рівновагу мікробіоти організму людини. Нераціональне застосування антибіотиків та хіміотерапевтичних препаратів [2] створює передумови для хронічної персистенції мікроорганізмів в організмі, формування хронічного запального процесу, зниження імунної резистентності. Умовно-патогенні мікроорганізми відіграють суттєву роль у розвитку запальних захворювань тканин пародонту. Колонізація слизової оболонки бактеріями родів *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Escherichia*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* та мікроскопічними грибами *Candida*, що часто володіють множинною резистентністю до антибіотиків, призводить до постійного рецидивування та хронічного перебігу запального процесу. За таких умов зростає потреба у розробці нових підходів та засобів корекції рівня аллохтонної мікробіоти ротової порожнини [3,4]. У даному аспекті особливо перспективними є рослин-

ні препарати, що володіють антимікробними, антиоксидантними та протизапальними властивостями.

У зв'язку з вищевикладеним актуальним є дослідження антимікробної активності антисептиків, в тому числі, на основі рослинної сировини на умовно патогенні ізоляти мікроорганізмів, що характеризуються стійкістю до антибіотичних препаратів.

Метою даної роботи було дослідити антимікробну активність комерційних фіто- та антисептиків на антибіотикорезистентні клінічні ізоляти.

Об'єкт і методи дослідження. Клінічною базою для виділення ізолятів, що спричиняли запальні процеси пародонту була «Університетська стоматологічна поліклініка» ДВНЗ «УжНУ»; вивчення антимікробної активності дезінфектантів проводили у мікробіологічній лабораторії кафедри генетики, фізіології рослин і мікробіології ДВНЗ «УжНУ».

Для проведення досліджень використовували типові музейні культури АТТС (American Type Culture Collection, USA) *Candida albicans* ATCC 885-653; *Staphylococcus aureus* ATCC 25923; *Escherichia coli* ATCC 25922, *Enterococcus faecalis* ATCC 29212, *Streptococcus pyogenes* ATCC 19615, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 та клінічні культури ізолювані із ротової порожнини людей із запальними захворюваннями: мікроскопічні гриби роду *Candida* (*C. albicans*, *C. glabrata*, *C. kruzei*), бактеріальні ізоляти *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Hafnia alvei*, *Klebsiella rhinoscleromatis*.