

*Аль-Саггаф Сами Абдулрахман Хусейн, Маннанова Ф.Ф.,
Алсынбаев Г.Т., Галиуллина М.В., Исхаков И.Р., Гиззатуллина Ф.В.*

Совершенствование диагностики генерализованной повышенной стираемости зубов декомпенсированной формы

Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава РФ, г.Уфа

*Al-Caggaf Sami Abdulrahman Hussein, Mannanova F.F., Alsynbaev G.T., Galiullina M.V.,
Ishakov I.R., Gizzatullina F.V.*

Improving the diagnosis of high generalized abrasion of decompensated form

Резюме

Авторами проведено обследование 140 пациентов с генерализованной формой повышенной стираемости зубов, при углубленном обследовании 40 пациентов с декомпенсированной формой определены дистальное и трансверзальные вторичные смещения нижней челюсти с помощью разработанного авторами набора устройств для антропометрии. У всех пациентов определены функциональные нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава, более выраженные у тех, у которых имеются боковые смещения нижней челюсти.

Ключевые слова: повышенная стираемость зубов, антропометрия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

Summary

The authors surveyed 140 patients with generalized increased abrasion of teeth, in deep examination of 40 patients with decompensated form of are defined distal and transversal secondary displacement of the mandible with the developed by authors a set of devices for anthropometry. In all patients are identified functional disorders of the temporomandibular joint, the more pronounced in those in which there are lateral displacements of the mandible.

Keywords: high abrasion, anthropometry, dysfunction of the temporomandibular joint

Введение

Проблема диагностики, профилактики и лечения повышенной стираемости зубов постоянно находится под пристальным вниманием специалистов исследователей не только из-за довольно частой его встречаемости, сложности этиопатогенеза и клинической картины, но и частыми его осложнениями со стороны мышц, пародонта, височно-нижнечелюстных суставов, что может привести неприятным последствиям в виде болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [1- 7, 12, 15].

Особенно страдает практическая сторона проблемы. Часто врачами допускаются ошибки на этапах диагностики, планирования и проведения предварительной подготовки и окончательного протезирования таких пациентов [6-8]. Наиболее опасным следствием, осложнением повышенной стираемости зубов (ПСЗ) является дисфункция ВНЧС, что характерна для генерализованной декомпенсированной формы со снижением высоты нижнего отдела лица (ВНОЛ) [10]. В

результате снижения ВНОЛ при декомпенсированной форме ПСЗ и дорсального смещения суставной головки нижней челюсти может происходить в суставе перерастяжение мышечно-связочного аппарата и спастическое сокращение латеральной крыловидной мышцы. Внутрисуставной диск смещается при этом вперед, а задисковая (биламнарная) зона, богатая нервными окончаниями, сдавливается головкой нижней челюсти, вызывая боль [4, 5, 9-11]. Slavicek R. (2002), X.A. Каламкаргов (2004) в своих работах подчеркивают, что окклюзионно-артикуляционные нарушения, вызванные ПСЗ, нервно-мышечные нарушения тесно связаны между собой и взаимоусугубляют друг друга. ПСЗ и снижение ВНОЛ вызывают гипертонус жевательных мышц и их асинхронные сокращения. В тоже время дискоординация мышечных сокращений, вызванная другими причинами (парафункции), способствует ПСЗ и смещению нижней челюсти, что проявляется в виде болевой дисфункции ВНЧС и различной степени выраженности ПСЗ [9,17].

Нас интересовал вопрос влияния вторичных смещений нижней челюсти при ПСЗ на частоту возникновения и особенностям развития дисфункции ВНЧС.

Материалы и методы

В клинике кафедры ортопедической стоматологии было проведено обследование 140 пациентов с генерализованной формой с различными проявлениями ПСЗ (табл.1). Углубленное клиническое исследование произведено у 40 пациентов с генерализованной декомпенсированной формой ПСЗ в возрасте от 40 до 60 лет.

При обследовании использовали общепринятые основные и дополнительные методы. Для диагностики декомпенсированных форм (со снижением высоты нижнего отдела лица) измерение проводили нанося точку в центре у основания перегородки носа до нижнего края подбородка в состоянии привычной окклюзии (высота прикуса).

Для определения дистального смещения нижней челюсти при осмотре лица обращали внимание на положение подбородка по сагиттале (профиль лица). При скошенности подбородка и улучшении профиля лица после выдвигания нижней челюсти вперед определяли дистальное смещение (симптом Эшлера-Биттнера). Дистальное смещение наблюдали особенно в случаях глубокого прикуса (глубокой резцовой окклюзии) и при двусторонних концевых дефектах зубного ряда в сочетании с ПСЗ и глубоким прикусом.

Для определения боковых (трансверзальных) смещений нами разработан объективный способ измерения с помощью набора устройств для антропометрии*.

Во время стоматологического осмотра, после тщательного сбора анамнеза, обследование начинали с изучения лица пациента. Проведено антропометрическое исследование для определения положения нижней челюсти по отношению к срединной линии лица (косметическому центру лица). Для этого применяли нами разработанный набор, который состоял из приспособления для определения центра подбородка и F-образной линейки (рис.1).

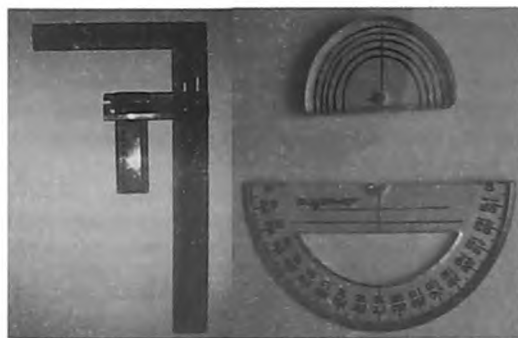


Рис.1. Антропометр для определения центра подбородка и степени смещения нижней челюсти.

Предварительно определяли центр подбородка с помощью прозрачного полукруга с концентрическими полукругами и отверстием в центре.

Подбирая по овалу подбородка положение полукруга (рис.2) через отверстие в центре ставили фломастером точку, соответствующую центру подбородка.

Далее F-образной прозрачной линейкой с перпендикулярной отметкой, которая устанавливается по косметическому центру лица (линия перпендикулярная, проведенная через середину между надбровными дугами и центром основания перегородки носа), измеряли расстояние от этой линии до центра подбородка, определяющее величину смещения подбородка (нижней челюсти) в трансверзальном направлении вправо или влево. В процессе измерения вертикальная линейка подводится к центру подбородка и закрепляется, определяется степень смещения в мм от косметического центра

При совпадении точек в центре на линии, проведенной через середину между надбровными дугами, середину основания перегородки носа, а также через точку в центре подбородка, и при нахождении их на одной линии по центру, смещение нижней челюсти отсутствует.

Степень смещения нижней челюсти определяли в мм:

- I степень от 1 до 2 мм
- II степень от 2 до 3 мм
- III степень более 3 мм

Антропометр позволяет определить расположение межрезцовых центров по отношению к косметическому центру лица при раскрытии губ при сомкнутых зубах в привычной окклюзии или смещение межрезцового центра верхнего зубного ряда и нижнего зубного ряда вправо или влево от этого центра. Имеется возможность измерения отдельных частей лица и их пропорций. Используется для экспресс-диагностики антропометрических нарушений на лице (степень смещения нижней челюсти по трансверзали и снижения нижнего отдела лица). Для измерения высоты нижнего отдела лица пациента просят сомкнуть зубы в привычной окклюзии, в виде касатель-



Рис.2. Определение центра подбородка и смещения нижней челюсти лица (вертикальные отметки на горизонтально расположенной линейке).

* Патент РФ № 108275 от 20.09.2011г.

Таблица 1. Клинические разновидности повышенной стираемости зубов у пациентов с генерализованной ее формой (мужчины, n=44)

Клинические разновидности и степень выраженности	Со снижением высоты нижнего отдела лица (декомпенсированная форма)				Без снижения высоты нижнего отдела лица (компенсированная форма)			
	I ст.	II ст.	III ст.	Итого	I ст.	II ст.	III ст.	Итого
Формы								
Горизонтальная n=18 (40%)	3	9	2	14	-	3	1	4
Вертикальная n=7 (16%)	1	3	1	5	1	1	-	2
Смешанная n=19 (44%)	2	14	1	17	1	-	1	2
Всего n=44	6 16,67%	26 72,22%	4 11,11%	36 81,8%	2 25%	4 50%	2 25%	8 18,18%

Таблица 2. Клинические разновидности повышенной стираемости зубов у пациентов с генерализованной ее формой (женщины, n=96)

Клинические разновидности и степень выраженности	Со снижением высоты нижнего отдела лица (декомпенсированная форма)				Без снижения высоты нижнего отдела лица (компенсированная форма)			
	I ст.	II ст.	III ст.	Итого	I ст.	II ст.	III ст.	Итого
Формы								
Горизонтальная n=37 (39%)	5	14	9	28	-	7	2	9
Вертикальная n=15 (17%)	3	7	3	13	1	1	-	2
Смешанная n=44 (46%)	13	18	6	37	4	2	1	7
Всего n=96	21 26,92%	39 50%	18 23,08%	78 81,25%	5 27,78%	10 55,56%	3 16,66%	18 18,75%

ной подводят отдельную линейку или прозрачный транспортир к нижнему краю подбородка и по вертикальной линейке измеряют расстояние от основания перегородки носа до этой поперечно расположенной под подбородком линейки (транспортира).

Для выявления осложнений со стороны ВНЧС подробно записывали жалобы пациента, собирали анамнез, записывали в карте клинической диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы, по вопросу (Гамбургском коротком обследовании по рекомендации Лебеденко И.Ю. и соавт. (2006)[12]) отвечали на 6 вопросов:

1. Асимметрично ли открывание рта?
2. Открывание рта резко ограниченное или слишком большое?
3. Определяются ли внутрисуставные шумы?
4. Асинхронен ли окклюзионный звук?
5. Болезненна ли пальпация жевательных мышц?
6. Травматична ли эксцентрическая окклюзия зубов?

Пациент расценивается как «функционально здоровый», если только 1 признак из 6 положителен. Два положительных признака показывают на умеренную вероятность дисфункции жевательного аппарата (меньше 40%). При наличии 3-х положительных признаков вероятность более высока и приближается к 100%.

Результаты и обсуждение

При обследовании 140 пациентов с генерализованной формой ПСЗ по вышеуказанной схеме определяли различные ее формы в соответствии с клинической картиной по известной классификации по Х.А.Каламкаркову, М.Г.Бушану (1980), [1] (табл. 1, 2).

Среди обследованных мужчин было 44 человека, женщин – 96, среди которых определяли 2 большие группы. С компенсированной формой ПСЗ мужчин было 8 человек (18,18%), с декомпенсированной формой, т.е. со снижением высоты нижнего отдела лица – 36 человек (81,82%). Среди женщин сохранялась такая же пропорция, т.е. с компенсированной формой были 18 женщин, что составило 18,75%, а с декомпенсированной формой – 78 человек, т.е. 81,25%. У этих женщин повышенная стираемость зубов сопровождалась со снижением высоты нижнего отдела лица, что нами объективно определено антропометрическими методами.

При анализе различных форм повышенной стираемости зубов определено наиболее часто у мужчин и у женщин горизонтальные и смешанные формы (табл. 1, 2).

Для изучения и определения функциональных осложнений со стороны мышц и ВНЧС мы провели углубленное исследование среди отобранных 40 человек с декомпенсированной формой II, III степени выраженности с генерализованной повышенной стираемостью зубов (табл. 3) после получения информированного согласия пациентов женского пола. Так как из мужчин дали на это согласие только 4 человека, то их в анализируемую группу не включили.

Табл. 3.

Вторичные смещения нижней челюсти и частота функциональных нарушений у пациенток с декомпенсированной формой генерализованной повышенной стираемостью зубов (n=40)

Наши исследования показали, что вторичные боковые смещения нижней челюсти довольно часто встречающаяся патология при декомпенсированной по-

Таблица 3. Вторичные смещения нижней челюсти и частота функциональных нарушений у пациенток с декомпенсированной формой генерализованной повышенной стираемостью зубов (n=40)

Симптомы дисфункции	Асимметрия открывания рта	Ограничение открывания рта	Наличие суставных шумов	Асинхронность окклюзионного звука	Болезненность пальпации жевательных мышц	Травматичность эксцентрической окклюзии зубов
Смещения нижней челюсти						
Дистальные и трансверзальные смещения отсутствуют n=3	-	-	1	-	-	1
Дистальные смещения n=8	-	1	3	1	3	-
Трансверзальные смещения n=29	19	4	21	22	29	18

вышенной стираемости зубов и приводит к серьезным осложнениям со стороны жевательных мышц и ВНЧС: появляются суставные шумы (у 21 из 29 обследованных), болезненность при пальпации (курковые зоны) жевательных мышц (у всех 29 обследованных) и окклюзионные нарушения (у 18 из 29 обследованных с трансверзальными смещениями нижней челюсти).

По данным антропометрии уточняли смещения нижней челюсти по сагиттали (дистальное смещение), по трансверзали (боковые смещения вправо и влево от срединной линии лица). При этом провели опрос соответственно Гамбургскому короткому обследованию (Лебеденко И.Ю. и др., 2006) [12] определяли нарушения со стороны ВНЧС. В то же время пациентов без функциональных нарушений среди обследованных с декомпенсированной формой генерализованной повышенной стираемостью зубов мы не нашли.

Заключение

Таким образом, на основании полученных данных утверждаем, что группа пациентов с декомпенсированной генерализованной повышенной стираемостью при вторичных боковых смещениях требует самого пристального внимания врача ортопеда при проведении реабилитационных мероприятий на этапах подготовки перед протезированием, а также при окончательном восстановлении зубных рядов и окклюзии ортопедическими конструкциями. Особенно на этапе диагностики рекомен-

дуем применять объективные способы для определения вторичных смещений не только по вертикали и сагиттали, но и по трансверзали, т.к. вторичные боковые смещения по разным причинам приводят к выраженным осложнениям особенно со стороны височно-нижнечелюстного сустава. ■

Маннанова Ф.Ф. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; *Аль-Саггаф Сами Абдурахман Хусейн-аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; Алсынбаев Г.Т.*-аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; *Галиуллина М.В.*-к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; *Исхаков И.Р.*-к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; *Гиззатуллина Ф.В.*-аспирант кафедры ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава, г. Уфа; *Автор, ответственный за переписку - Маннанова Флора Фатыховна, г. Уфа, ул. Сведлова, д.62 кв.50, моб. тел. 89173445654, e-mail: flora_man@mail.ru*

Литература:

- Бушан М.Т., Каламжаров Х.А. осложнения при зубном протезировании их профилактика. Кишинев: Штиинца, 1980.-267 с.
- Вершинин В.А. Морфофункциональные изменения в твердых тканях и пародонте зубов при повышенной стираемости, осложненной частичным отсутствием зубов и вторичными деформациями зубных рядов. Ортопедическое лечение: автореф. дисс. канд. мед. наук. Пермь, 2006. 23с.
- Гринькова И.Ю. Повышенная стираемость твердых тканей зубов: варианты специальной подготовки к протезированию // Стоматология, 2008, ц10. С. 112-114.
- Жолудев С.Е. Роль стоматолога в лечении головных болей / С.Е. Жолудев, Ю.С. Комар, М.И. Карпова, В.А. Луганский // Проблемы стоматологии. 2011. ч 2. С. 5-8.
- Зизевский С.А. ортопедическое лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Автореф. дисс. к.м.н. Казань, 1989. -24 с.
- Каламжаров Х.А., Бушан М.Т., Жикангиров А. и др. Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения патологической стираемости

- зубов.- Стоматология, 1983, ц3, С.62-66.
7. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов.-М.: Медицина.-1984.- 176 с.
 8. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов.-М.: МИА.-2004.- 176 с.
 9. Калинин Ю.А. особенности артикуляции и окклюзии зубных рядов у пациентов с генерализованной формой повышенного истирания: автореф. дисс. канд. мед. наук, М, 2009.-24 с.
 10. Какосян К.М. ортопедическое лечение при дисфункции ВНЧС у больных с патологической стираемостью зубов: : автореф. дисс. к.м.н.-М, 1991. -25
 11. Коротких А.В. Разработка комплекса методов диагностики патологической стираемости эмали зубов: автореф. дисс. к.м.н. Воронеж, 2009. -29 с.
 12. Лебедеенко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М., Ступников А.А. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: Учебное пособие. -М.: МЕДпресс-информ.2006.-112 с.
 13. Мандра Ю.В., Ронь Г.И., Вотяков С.П. и др. Современные представления о механизме развития ранней стадии повышенной стираемости зубов. Ж. Проблемы стоматологии, 2011, ц2. С.10-15.
 14. Молдованов А.Т. Этиология, возрастные аспекты патогенеза, клиника, диагностики, лечения и профилактики повышенного истирания твердых тканей зубов: автореф. дисс. к.м.н./ А.Т. Молдованов; Москов.мед. стомат. ин-т, 1997.- 34 с.
 15. Шатров И.М., Жолудев С.Е. Оптимизация моделирования окклюзионной поверхности зубного ряда при протезировании цельно-керамическими реставрациями// Проблемы стоматологии. 2013. ц 1. С. 47-50.
 16. Bartlett D.V. The role of erosion in tooth wear: actiology, prerention and management./ D.V.Bartlett //International Dentallonrnal.-2005.-ц55.-P.277-284.
 17. Slavicek R. Nhe Masticatori Organ: Functions and Disfunctions Klosterneuburg:Gamma Med.-viss. Fortbilgung-AQ, 2002.-544 p.