УДК 616.314-089.23

Анализ обследования больных с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием

В.П.Киракосян, М.В.Арутюнян

ЕрГМУ им. М.Гераци, кафедра ортопедической стоматологии
375025 Ереван, ул.Корюна, 2

Ключевые слова: глубокое резцовое перекрытие, частичная вторичная адентия, аномалия прикуса, деформация прикуса

Обследование больных с аномалиями прикуса в зрелом возрасте имеет определенные особенности. У взрослых больных аномалии прикуса сочетаются с частичной вторичной адентией. При потере зубов происходит перестройка в зубочелюстной системе, усугубляющая изменения, связанные с аномалиями прикуса [1,6].

Материал и методы

С целью изучения изменений в зубочелюстной системе у больных с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием, нами обследовано 68 больных в возрасте от 25 до 61 года.

Глубокое резцовое перекрытие характеризуется отсутствием режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах. При нарушении целостности зубных рядов, если оно длительное время не восстанавливается, в зубочелюстной системе развиваются патологические состояния [5].

С целью построения плана ортопедической терапии мы распределили обследованных больных на две группы:

В I группу вошли больные с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием при наличии контакта между фронтальными зубами. Для больных этой группы характерными признаками являются:

1. Отсутствие режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах с сохранением контакта губных поверхностей, коронок фронтальных зубов нижней челюсти с небными поверхностями коронок фронтальных зубов верхней челюсти.
2. Деформация окклюзионной поверхности (фронтальные зубы нижней челюсти расположены по выпуклой окклюзионной кривой).
3. Травма десны у шеек фронтальных зубов нижней челюсти с вестибулярной стороны, а на верхней челюсти – с небной.
4. Упорные травматические гингивиты.
5. Незначительное снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица.

Во II группу вошли больные с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием и отсутствием режуще-бугоркового контакта. Для этой группы больных характерными признаками являются:

1. Отсутствие режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах – режущие края фронтальных зубов нижней челюсти упираются в слизистую оболочку неба.
2. Деформация окклюзионной поверхности зубного ряда нижней челюсти (фронтальные зубы нижней челюсти расположены по выпуклой окклюзионной кривой).
3. Травма слизистой оболочки неба.
4. Значительное снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица.
5. Резкое изменение контуров нижнего отдела лица.
6. Смещение суставной головки при сомкнутых зубах к заднесуставному отростку.

Эти две группы выделены на основании характера поражения слизистой оболочки полости рта, вида глубокого резцового перекрытия, степени снижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица и изменения соотношения элементов ВНЧС. Из 68 обследованных больных 27 вошли в I группу (11 женщин и 16 мужчин) и 41– во II группу (27 женщин и 14 мужчин). Основными жалобами больных были боли под протезами, травма слизистой оболочки полости рта, затрудненное разжевывание пищи, подвижность зубов и косметические недостатки.

Изменения в зубных рядах у обследованных больных были различными. У большинства больных (37) отмечалось силовое превалирование верхнего зубного ряда над нижним, а у 26 – нижнего зубного ряда над верхним. Силовой диссоциации не отмечено у 5 обследованных больных. При обследовании был выявлен феномен Попова-Годона: односторонний – у 17, двусторонний – у 14 больных.

Под действием горизонтальной нагрузки в резуль-

тате появления отраженного травматического узла фронтальные зубы верхней челюсти перемещались в вестибулярном направлении. У больных II группы на слизистой оболочке неба обнаружены отпечатки фронтальных зубов нижней челюсти с отечным валиком вокруг шеек зубов верхней челюсти и сероватым налетом в центре. Отмечались серозные или гнойные выделения из десневых карманов и отложения в них зубного камня. Установлено, что травма десневых сосочков ведет к образованию десневых карманов, резорбции стенок лунок и расшатыванию зубов. Изменения в зубных рядах влекли за собой изменения внешних контуров нижнего отдела лица. При значительном укорочении окклюзионной высоты нижнего отдела лица резко выделялись подбородочная и носогубные складки, опускались углы рта, появлялось «старческое» выражение лица.

Изменения контуров нижнего отдела лица находились в прямой зависимости от степени снижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица и наличия или отсутствия контакта между фронтальными зубами верхней и нижней челюстей [3]. У больных I группы окклюзионная высота нижнего отдела лица была снижена на 3–7*мм*, а во II группе – на 7–9*мм* и более.

По нашим наблюдениям, у больных I группы режущие края фронтальных зубов нижней челюсти отстоят от шеек фронтальных зубов верхней челюсти на 2–5*мм* (контакт между губными и небными поверхностями фронтальных зубов сохранен благодаря оральному наклону резцов верхней челюсти). У больных II группы при отсутствии контакта между фронтальными зубами расстояние между режущими краями фронтальных зубов нижней челюсти и шейками фронтальных зубов верхней челюсти составляет 2 – 9*мм*.

При рентгенологическом обследовании ВНЧС нас интересовала зависимость между понижением окклюзионной высоты нижнего отдела лица и соотношением элементов ВНЧС [9]. Нами изучено 68 рентгенограмм ВНЧС, полученных при сомкнутых зубах, свидетельствующих, что снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица не всегда сопровождается изменением соотношений элементов ВНЧС [4]. Из 27 больных I группы снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица сопровождалось смещением суставной головки к задне-суставному бугорку только у 9, а из 41 больного II группы – у 23.

Литературные данные [4] свидетельствуют, что главной причиной, ведущей к заболеванию ВНЧС, является понижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица при неправильном соотношении зубных рядов или при отсутствии антагонирующих боковых (жевательных) зубов [7].

Нами проводились также исследования напряжения поверхностно расположенных собственно жевательных мышц. Анализ миограмм по отдельным мышцам показал, что у больных с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием, напряжение этих мышц слабое и аритмичное. Высота зубцов неодинакова, они чередуются с волнообразными кривыми; местами кривые спусков не достигают линии относительного расслабления. Разница в характере зубцов и их амплитуды указывает на аритмичное напряжение мышц правой и левой сторон.

Степень снижения жевательной эффективности у обследованных больных определялась функциональной жевательной пробой по Рубинову. Из 27 больных I группы у 14 жевательная эффективность была снижена на 75 и более, у 11 – на 50 и у 2 – на 25%, а из 41 больного II группы у 26 – на 75, у 12 – на 50 и у 3 – на 25%.

Мы считаем, что такое большое снижение жевательной эффективности происходит за счет большого дефекта в зубных рядах и травмирования слизистой оболочки полости рта выдвинувшимися зубами при отсутствии режуще-бугоркового контакта на фронтальных зубах.

Результаты и обсуждение

На основании клинических наблюдений можно заключить, что аномалии зубочелюстной системы, возникшие в детстве, усугубляются с возрастом, особенно при нарушении целостности зубных рядов. У больных с частичной вторичной адентией, осложненной глубоким резцовым перекрытием, происходят значительные изменения в зубочелюстной системе, что отражается на внешности больных и неблагоприятно влияет на психику [2].

Диагноз ставился на основании клинического обследования, анализа пародонтограмм, измерения окклюзионной высоты нижнего отдела лица и высоты в состоянии физиологического покоя, а также на изучении моделей и данных лабораторных исследований.

После анализа всех вышеизложенных данных мы приступали к полноценному комплексному лечению (ортодонтическое, ортопедическое) [8].

Поступила 06.07.01

Խորը կտրիճային վերածածկով բարդացած երկրորդային մասնիկի ադենտիայով հիվանդների հետազոտման վերլուծությունը

Վ.Պ. Կիրակոսյան, Մ.Վ. Հարությունյան

Դիմածնոտային անոմալիայով մեծահասակ հիվանդների հետազոտումը ունի որոշակի առանձնահատկություններ: Այդ հիվանդների մոտ անոմալիան ուղեկցվում է մասնակի երկրորդային ադենտիայով, որը բերում է ամբողջ դիմածնոտային համակարգի փոփոխման:

Հիվանդների ախտահարման աստիճանի որոշման նպատակով կատարվել է քունք-ստործնոտային հոդի ռենտգենաբանական հետազոտություն, մակերեսային քունքային և ծամողական մկանների լարվածության չափում, ինչպես նաև Ռուբինովի ծամողական ֆունկցիոնալ փորձարկումներ, որոշելով ծամողական արդյունավետության աստիճանը: Հետազոտման արդյունքում առանձնացվել է հիվանդների երկու խումբ.

I – խորը կտրիճային վերածածկով բարդացած մասնակի երկրորդային ադենտիայով ֆրոնտալ ատամների կոնտակտի առկայությամբ,

II– խորը կտրիճային վերածածկով բարդացված մասնակի երկրորդային ադենտիայով, առանց կտրիճ-թմբիկային կոնտակտի հիվանդներ:

Հետազոտվել է 68 հիվանդ, որոնցից 27 ընդգրկվել են առաջին խմբում, իսկ 41՝ երկրորդ:

Կլինիկական հետազոտումների հիման վրա կարելի է եզրակացնել, որ դիմածնոտային անոմալիայի ընթացքը առավել բարդանում է երբ ատամնաշարերի ամբողջականությունը խախտված է:

Research analysis of patients with secondary partial adentia complicated with deep cutted covers

V.P. Kirakossyan, M.V. Harutunyan

The research of adult patients with a maxillofacial anomaly has definite peculiarities. The anomaly in these patients is accompanied by partial secondary adentias resulting in changes of the maxillofacial system. For assessment of the degree of the pathology we have conducted X-ray examination of temporomandibular joint, measuring of tension of superficial tempus and chewing muscles, aud Rubinov's functional chewing tests to assay the degree of the chewing effeciency.

The patients were divided into two groups:

– with partial secondary adentias complicated with deep incisor overlapping with contacts of teeth (27);

– with partial secondary adentias complicated with deep incisor overlapping without incisor tubercle contacts (41).

On the base to the clinical research we have come to the conclusion that the course of the maxillofacial anomaly is more complicated when the integrity of teeth is disturbed.

Литература

1. *Безруков В.М., Оспанов Г.Б., РудькоВ.Ф., Степанов И.Г.* Стоматология, 1977, 1, с. 47.
2. *Гаврилов Е.И.* Деформация зубных рядов. М., 1984.
3. *Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Щербаков А.С.* Стоматология, 1976, 5, с.65.
4. *Хватова В.А.* Заболевания ВНЧС. М., 1982.
5. *Хорошилкина Ф.Я.* В кн.: Руководство по ортодонтии. М., 1982.
6. *Хорошилкина Ф.Я., Агаджанян С.Х.* Диагностика и лечение при частичной адентии. М., 1984.
7. *Helling G., L'Estrange P., Holmlund A.* Stomatologie DDR, 1988, 38, 5.
8. *Mills J.R.E.* Livingstone, 1982, p. 251.
9. *Röthler G.* U Osterz. Z. Stomat., 1983, Bd. 80, 7/8.