

Регистрации смещения головки нижней челюсти, как элемент комплексной инструментальной диагностики у пациентов с генерализованной формой повышенного стирания твердых тканей зубов

М.М. Антоник, к.м.н., доц. кафедры Стоматологии общей практики и подготовки зубных техников ФПДО МГМСУ

Ю.А. Калинин, лаборант-исследователь лаборатории материаловедения отдела фундаментальных основ стоматологии НИМСИ МГМСУ

С.М. Вафин, к.м.н., заведующий лабораторией материаловедения отдела фундаментальных основ стоматологии НИМСИ при МГМСУ

В последнее десятилетие отмечено увеличение патологии твердых тканей зубов некариозного происхождения и, в частности, стирания твердых тканей зубов. Многие специалисты выражают обеспокоенность этим ростом (Мазур И.П. и др., 1999; Bardsley P.F. et al., 2004; Hattab F.N., Yassin O.M., 2000; Lussi A., 2006 Pegoraro L.F. et al., 2005, Slavicek R. 2000, Лебедеко И.Ю. и др., 2006). Повышенное стирание зубов (ПС) рассматривается как полиэтиологический прогрессирующий процесс, без возможности регенерации, который сопровождается рядом морфологических, эстетических и функциональных нарушений (Litonjua L.A. et al., 2003).

В литературе подчеркивается, что окклюзионно-артикуляционные нарушения, вызванные ПС твердых тканей зубов, и нервно-мышечные нарушения тесно связаны между собой и обуславливают друг друга. ПС зубов и снижение высоты нижнего отдела лица (ВНОЛ) вызывают гипертонус жевательных мышц и их асинхронные сокращения, а парафункция жевательных мышц и дискоординация мышечных сокращений, обусловленные другими причинами, способствуют ПС твердых тканей зубов и смещению нижней челюсти, что в итоге может приводить к развитию окклюзионно-артикуляционного дисфункционального синдрома (Slavicek R. 2000, Каламкаргов Х.А., 2004).

Немаловажное значение имеет правильное планирование последовательности этапов функциональной диагностики, позволяющее оптимизировать объем и повысить эффективность обследования пациентов с ПС (Лебедеко И.Ю. и др., 2008).

При диагностике состояния ВНЧС особое значение имеет пространственное смещение суставной головки нижней челюсти при соскальзывании челюсти из положения центрального соотношения в максимальный межбугорковый контакт (множественную окклюзию). Изменение положения мыщелка всего на 0,5 мм (при диагностике на гипсовых моделях) может привести к заметному ухудшению или улучшению симптомов, обуславливающих патологию ВНЧС. (Bumann A., Lotzmann U., 2002). Смещение головок нижней челюсти по трансверзали (по оси Z) (боковое смещение шарнирной оси) более чем на 0,5 мм может привести к ухудшению симптомов, в то время как смещение по горизонтали (по оси X) и вертикали (по оси Y) вниз и вперед до 0,5 мм допустимо.

Скользяние из положения центрального соотношения (задней контактной позиции) в максимальный межбугорковый контакт (множественную окклюзию) должно происходить по прямой без отклонений в стороны. Поэтому регистрация смещения шарнирной оси имеет большое диагностическое значение.

При помощи прибора для определения смещения мыщелков врач-стоматолог проводит экспресс-анализ и измерение смещения мыщелков, происходящее при соскальзывании челюсти из положения центрального соотношения (задней контактной позиции) в максимальный межбугорковый контакт (множественную окклюзию).

Целью нашей работы стало: совершенствование диагностики и изучение особенностей артикуляции и окклюзии зубных рядов у пациентов с генерализованной формой повышенного стирания твердых тканей зубов.

Измерение смещения нижней челюсти при переходе из центрального соотношения во множественную статическую окклюзию проводили с помощью индикатора положения нижней челюсти (E-CPM – **Electronic Condylar-Position-Measurement for CADIAX® compact 2** фирмы GAMMA).

В клинике кафедры Госпитальной ортопедической стоматологии нами проведено клинико-инструментальное обследова-

дование 30 пациентов (8 мужчин и 22 женщин в возрасте от 23 до 60 лет) с горизонтальной формой генерализованного повышенного стирания (ГФГПС) твердых тканей зубов I–III степени тяжести, со снижением ВНОЛ от 2 до 6 мм. Давность заболевания (со слов пациентов) от 3 до 12 лет.

Используя индикатор положения нижней челюсти (СРМ) нами было проведено 60 измерений величины смещения головок нижней челюсти при движении из положения центрального соотношения в положение привычной окклюзии у пациентов с ГФГПС зубов.

По данным E-CPM при смещении нижней челюсти из положения ЦС в положение привычной окклюзии у 8 пациентов основной группы с 1 степенью тяжести, и у 4 пациентов с 2 степенью тяжести ГФГПС мы выявили значимое смещение во фронтальной и сагиттальной плоскостях. У остальных пациентов со 2–3 степенью тяжести старше 40 лет смещение мыщелков было в пределах нормы, так как у пациентов с большим сроком длительности развития ПС смещение мыщелков уже произошло ранее и данные СРМ были ближе к норме. В трансверзальном направлении значительного смещения не было выявлено.

Полученные данные свидетельствуют о компрессии ВНЧС при смыкании зубов в привычной окклюзии, что может приводить к смещению внутрисуставного диска.

Таким образом, по аппаратурным данным следует, что по мере прогрессирования стирания твердых тканей зубов параметр, оценивающий смещение нижней челюсти из положения ЦС в положение привычной окклюзии, снижается. Из чего можно предположить, что компрессия элементов ВНЧС уменьшается, вплоть до полного исчезновения.

Для проверки этого заключения в нашем исследовании мы проводили у всех обследованных пациентов дистракционный тест Гербера, который широко используется для оценки компрессии элементов ВНЧС.

В отличие от исследований прибором СРМ, который показал компрессию лишь у 12 пациентов, при проведении клинического дистракционного теста Гербера компрессия элементов ВНЧС выявлена у 21 пациента. При этом в 100% случаев у женщин с 3 степенью тяжести ГФГПС старше 40 лет.

Из полученных результатов следует, что регистрация смещения шарнирной оси с помощью прибора СРМ для оценки компрессии ВНЧС у пациентов с 2–3 степенью генерализованного стирания зубов дает **ложноотрицательные результаты**, поэтому следует **исключить** данную методику из алгоритма обследования пациентов с ГФГПС, во избежание получения ложноотрицательного результата.

Полная и адекватная диагностика состояния зубочелюстной системы у пациентов с ПС необходимо для определения объема и последовательности лечебных и реабилитационных мероприятий. Усилия врача должны быть направлены, в первую очередь, на выяснение и, по возможности, устранение причины патологии. Ортопедическая стоматология предлагает различные методы лечения ПС, восстановления анатомической формы зубов и высоты нижней трети лица. Однако надежный, долговременный лечебный эффект возможен только при нормализации окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов. Для достижения этого эффекта необходимо повысить уровень диагностики окклюзионных нарушений у пациентов с генерализованной формой ПС с помощью комплексного использования методик, с учетом тяжести и распространенности патологического процесса, а также индивидуальных особенностей пациента и предложить патогенетический обоснованный подход к планированию их комплексной реабилитации.