

УДК 616.314-089.23-77-06:616.724-091

## АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ОШИБКИ НА РАЗВИТИЕ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСЛЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Шулятникова О. А.<sup>1</sup>, Мозговая С. В.<sup>2</sup>, Яковлев М. В.<sup>1</sup>,  
Рогожников Г. И.<sup>1</sup>

*ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е. А. Вагнера», <sup>1</sup>кафедра ортопедической стоматологии, <sup>2</sup>кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Пермь, Российская Федерация*

**Введение.** При изготовлении съемных пластиночных протезов наиболее частые ошибки происходят на клиническом этапе определения центрального соотношения челюстей.

**Цель работы** — анализ влияния врачебной ошибки на развитие осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава после стоматологического ортопедического лечения пациента с использованием съемных конструкций зубных протезов.

**Объекты и методы.** Краткая выписка из истории болезни: пациентка З. обратилась к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на постоянные боли слева в области уха, отсутствие смыкания зубов на ранее изготовленных съемных зубных протезах. После проведения основных и дополнительных методов обследования поставлен диагноз: окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром, подвывих височно-нижнечелюстного сустава слева.

**Результаты.** Допущенная врачебная ошибка — фиксация передней окклюзии при проведенном ранее стоматологическом ортопедическом лечении привела к развитию осложнения в виде подвывиха височно-нижнечелюстного сустава слева. Комплекс лечебных мероприятий: устранение причинного фактора, миогимнастика, изготовление окклюзионных шин, постоянное протезирование в нормализованном пространственном положении анатомических структур височно-нижнечелюстного сустава.

**Заключение.** Качество стоматологической помощи населению зависит от уровня профессиональной подготовки, квалификации специалистов. При недопущении ошибок, осложнения сводятся к ми-

нимуму, что повышает качественные, количественные показатели и эффективность ортопедической службы.

**Ключевые слова:** стоматологическое ортопедическое лечение; съемные зубные протезы; ошибки; височно-нижнечелюстной сустав.

## ANALYSIS OF THE EFFECT OF A CLINICAL ERROR ON THE DEVELOPMENT OF PATHOLOGY OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AFTER DENTAL ORTHOPEDIC TREATMENT OF A PATIENT USING REMOVABLE DENTURES

Shuliatnikova O. A.<sup>1</sup>, Mozgovaya S. V.<sup>2</sup>, Yakovlev M. V.<sup>1</sup>,  
Rogozhnikov G. I.<sup>1</sup>

*Perm State Medical University managed by akad. E. A. Vagner,  
<sup>1</sup>Department of Orthopedic Dentistry, <sup>2</sup>Department of Oral Surgery  
and Maxillofacial Surgery, Perm, Russian Federation*

**Introduction.** When making removable plate prostheses, the most frequent errors occur at the clinical stage of determining the central ratio of the jaws.

**The purpose** – analysis of the influence of medical error on the development of complications from the temporomandibular joint after dental orthopedic treatment of a patient using removable denture structures.

**Objects and methods.** A brief extract from the medical history: patient Z. turned to a dentist-surgeon with complaints of constant pain on the left in the ear area, lack of closing of teeth on previously manufactured removable dentures. After carrying out the main and additional examination methods, the diagnosis was made: occlusive articulation dysfunctional syndrome, subluxation of the temporomandibular joint on the left.

**Results.** A medical mistake made – fixation of anterior occlusion during dental orthopedic treatment carried out earlier led to the development of complications in the form of a subluxation of the temporomandibular joint on the left. A complex of therapeutic measures: elimination of the causal factor, myogymnastics, manufacture of occlusive splints, permanent prosthetics in a normalized spatial position of the anatomical structures of the temporomandibular joint.

**Conclusion.** The quality of dental care for the population depends on the level of professional training and qualification of specialists. With the avoidance of errors, complications are minimized, which increases the qualitative, quantitative indicators and efficiency of the orthopedic service.

**Keywords:** dental orthopedic treatment; removable dentures; errors; temporomandibular joint.

**Введение.** На достаточно частую встречаемость пациентов с частичным и полным отсутствием зубов указывает статистика наличия данного диагноза среди населения России. Так, показатели заболеваемости пациентов с полным и частичным отсутствием зубов нарастают (пятикратно) в каждой последующей возрастной группе (по классификации ВОЗ, 2021): в возрасте 40–49 лет частота встречаемости составляет 1,0%, в возрасте 50–59 лет – 5,5%, а у пациентов старше 60 лет – от 25,0% до 46,0% [3]. В нашей стране в общей структуре оказания медицинской помощи пациентам в лечебно-профилактических учреждениях стоматологического профиля частичное отсутствие зубов составляет от 40,0% до 75,0% и встречается во всех возрастных группах пациентов, полное отсутствие зубов одной или обеих челюстей – 17,9%.

При этом по данным «Клинических рекомендаций (протоколов лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов» и «Клинических рекомендаций (протоколов лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов» наиболее частый вид помощи представленной категории пациентов – изготовление частичных или полных съемных пластиночных протезов. Отмечается тенденция постоянного роста заболеваемости по данному виду стоматологической патологии, что, в свою очередь, определяет нарастание числа ошибок и осложнений на клиничко-лабораторных этапах изготовления съемных конструкций протезов. Доля осложнений при традиционном ортопедическом лечении пациентов с частичным и полным отсутствием зубов остается довольно высокой и в 56,0% пациенты после протезирования съемными протезами не пользуются ими по различным причинам [4]. Следует отметить, что наиболее частые ошибки происходят на клиническом этапе определения центральной окклюзии или центрального соотношения челюстей, доля которых достигает 17,9% [2]. Неправильная интерпретация клинических данных и игнорирование допущенных ошибок на последующих этапах изготовления съемного протеза неизбежно приводят к развитию ряда осложнений, которые затрагивают не только зубочелюстную систему пациента, но также влияют и на его психосоматический статус.

**Цель работы** – анализ влияния врачебной ошибки на развитие осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава после стома-

тологического ортопедического лечения пациента с использованием съемных конструкций зубных протезов.

**Объекты и методы.** Выписка из медицинской карты амбулаторного стоматологического пациента: в октябре 2021 г. к врачу стоматологу-хирургу Клинической стоматологической больницы ПГМУ им. акад. Е. А. Вагнера Министерство здравоохранения Российской Федерации обратилась пациентка З., 1952 г. рождения с жалобами на ухудшение речи, тупые постоянные боли слева в области уха, виска и затылка, которые усиливались при открывании рта. Она также предъявляла жалобы на невозможность пережевывания пищи в связи с отсутствием смыкания зубов на ранее изготовленных съемных зубных протезах (рисунок 1, а). Из анамнеза заболевания выяснено, что весной 2021 г. пациентка обратилась в частную стоматологическую клинику с целью протезирования, где ей были изготовлены частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть и полный съемный протез на нижнюю челюсть. Период адаптации проходил с множественными коррекциями окклюзионных взаимоотношений съемных зубных протезов. Спустя три месяца после протезирования пациентка отметила невозможность смыкания искусственных зубных рядов и появление выше перечисленных жалоб. При повторном обращении в клинику, по месту изготовления протезов, была проведена их очередная коррекция, после которой, со слов пациентки, улучшения не наступило. При осмотре челюстно-лицевой области: лицо асимметричное за счет смещения нижней челюсти вправо, кожные покровы физиологической окраски. Соотношение третей лица нарушено, визуально отмечается удлинение нижней трети, отсутствует физиологическое смыкание губ. Движения нижней челюсти при открывании и закрывании рта скованные, толчкообразные, с рывками и девиацией. В полости рта – металлокерамические коронки на зубы 2.1, 2.2 в удовлетворительном состоянии, частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть, полный съемный протез на нижнюю челюсть с отсутствием смыкания окклюзионных поверхностей и дистальным бугорковым контактом на вторых молярах искусственных зубов справа в положении закрытого рта. Фиксация и стабилизация протезов удовлетворительная, на окклюзионной поверхности искусственных зубов множественные следы коррекций. Слизистая оболочка полости рта бледная, влажная, розовая, без патологических элементов. При пальпации области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) впереди козелка уха определяется асинхронность движений головки нижней челюсти справа и слева.

При максимально открытом рте четко ощущается полный вывих головки нижней челюсти слева.

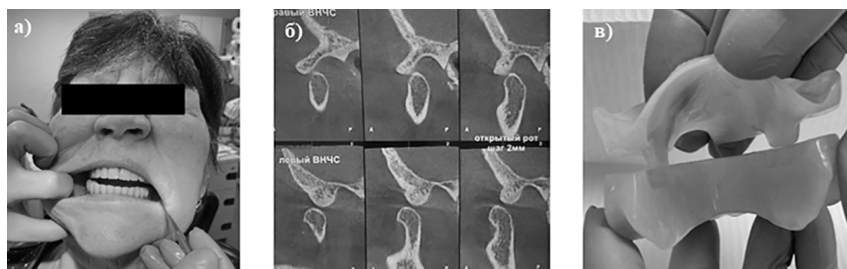
На конусно-лучевой компьютерной томограмме (КЛКТ) костно-деструктивные изменения ВНЧС отсутствуют. В привычной окклюзии обе головки нижней челюсти находятся асимметрично, вне суставных ямок: слева головка нижней челюсти находится на уровне вершины суставного бугорка, справа – не доходит до вершины суставного бугорка и располагается в области нижней трети его заднего ската. В положении открытого рта: слева головка нижней челюсти находится впереди от вершины суставного бугорка с сохранением частичной связи с ее передней поверхностью (рисунок 1, б), справа головка нижней челюсти не доходит до вершины суставного бугорка и располагается на нижней трети его заднего ската.

Диагноз: частичное отсутствие зубов на верхней челюсти (I класс по Кеннеди) и полное отсутствие зубов на нижней челюсти с потерей жевательной эффективности (по Агапову) – 100,0%. На нижней челюсти – I тип слизистой оболочки (по Супли), I тип атрофии (по Келлер). Эстетический, фонетический недостаток. Окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром, подвывих ВНЧС слева.

**Результаты.** Рассматривая причинно-следственную связь жалобы пациентки на момент обращения, а также результаты основных и дополнительных методов обследования, можно говорить о допущенной врачебной ошибке на этапе определения центрального соотношения челюстей при проведенном ранее стоматологическом ортопедическом лечении. Суть данной ошибки состояла в том, что положение нижней челюсти было зафиксировано в передней окклюзии и в таком положении были изготовлены частичный съемный пластиночный протез на верхнюю челюсть и полный съемный протез на нижнюю челюсть. В течение трех месяцев пациентка использовала протезы, что привело к перерастяжению связочного аппарата, а в стадии декомпенсации – к травме сочленения с развитием дисфункционального состояния и, в конечном итоге, к подвывиху ВНЧС слева.

В комплексе лечебных мероприятий в первую очередь необходимо было устранить причину заболевания – ранее используемые съемные зубные протезы, изготовленные в положении передней окклюзии. На совместной консультации врачей стоматолога-хирурга и стоматолога-ортопеда выработана тактика дальнейшего стоматологического лечения пациентки, которое заключалось в назначении

и обучении пациентки миогимнастике с целью укрепления мышечно-связочного аппарата ВНЧС, изготовлении иммобилизирующей движения нижней челюсти ортопедической конструкции с ограничением широкого открывания полости рта. В связи с отсутствием клинических условий для применения несъемной конструкции аппарата, было принято решение изготовления окклюзионных шин [5] на верхнюю и нижнюю челюсть (рисунок 1, в) с постоянным использованием пращевидной повязки (рац. предлож. № 2667 от 29.10.2015 г.) на срок 2–3 месяца с последующим, после стабилизации положения головок нижней челюсти (под рентгенологическим контролем), протезированием посредством постоянных съемных конструкций зубных протезов в нормализованном пространственном положении анатомических структур ВНЧС. На контрольном осмотре через две недели после наложения конструкций – окклюзионных шин отмечена положительная динамика: отсутствие асимметрии лица, движения нижней челюсти при открывании и закрывании полости рта – плавные, ровные, без толчков и рывков, при пальпации области ВНЧС справа и слева – в пределах суставной впадины сохраняется незначительная асимметрия движений головок нижней челюсти, чего через 2 месяца при осмотре не отмечалось. Пациентка отметила значительное улучшение своего состояния, отсутствие болевых ощущений при приеме пищи, легкость движений нижней челюсти при открывании рта и разговоре.



**Рисунок 1 – а) пациентка З., 1952 г. р., внешний вид в положении «закрытый рот» с отсутствием смыкания зубов на ранее изготовленных съемных зубных протезах; б) компьютерная томография ВНЧС (сагиттальный срез, положение «открытый рот»), объяснение в тексте; в) внешний вид окклюзионных шин на верхнюю и нижнюю челюсти.**

**Заключение.** Качество стоматологической помощи населению зависит от уровня профессиональной подготовки и квалификации специалистов данного профиля. Изготовление съемных протезов является одним из сложнейших видов стоматологического ортопедического лечения, при котором врачи стоматологи-ортопеды должны обладать достаточными знаниями по особенностям лечения пациентов с частичной и полной потерей зубов, анализировать каждый клинико-лабораторный этап их изготовления с целью недопущения и выявления возможных ошибок и развития осложнений. В данной работе рассмотрен только один вопрос, связанный с ошибкой, допущенной врачом стоматологом-ортопедом на этапе определения центрального соотношения челюстей. Следует отметить, что подобное осложнение в 67,4% [1] при отсутствии лечения приводят развитию хронического вторичного остеоартроза, результативность терапии которого не гарантирует полного выздоровления. В связи с чем, исключив возможные ошибки, можно свести к минимуму долю осложнений, а это, в свою очередь, повысит качественные и количественные показатели, а также эффективность стоматологической ортопедической и хирургической службы в целом.

#### **Литература.**

1. Костина, И. Н. Диагностика и лечение остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава / И. Н. Костина // Проблемы стоматологии. – 2014. – № 1. – С. 8–12.
2. Максюков, С. Ю. Анализ осложнений, недостатков и дефектов повторного протезирования бюгельного и съемными пластиночными протезами / С. Ю. Максюков, Е. С. Беликова, А. С. Иванов // Кубан. науч. мед. вестн. – 2013. – Т. 141, № 6. – С. 130–134.
3. Малый, А. Ю. Проблемы стандартизации в стоматологии / А. Ю. Малый // Бюлл. мед. интернет конф. – 2014. – Т. 12, № 4. – С. 1372–1374.
4. Результаты ортопедического лечения больных с полным и частичным отсутствием зубов / Д. А. Трунин [и др.] // Рос. стом. журн. – 2017. – Т. 21, № 5. – С. 266–270. doi: 10.18821/1728-2802 2017; 21(5): 266–270
5. Шулятникова, О. А. Окклюзионная шина для фиксации отломков челюсти / О. А. Шулятникова, Р. А. Летагина, А. Г. Рогожников // Патент РФ на полезную модель. – 28.11.2014. – № 149291.