

ЦИФРОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ВКЛЮЧЕННЫМИ ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ С ПОМОЩЬЮ АПАРАТА T-SCAN III

Беда А.В.

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика, Институт стоматологии, кафедра стоматологии

Введение. Несмотря на внедрение современных технологий профилактики и лечения стоматологических заболеваний, последние статистические данные указывают на значительную распространенность частичных дефектов зубных рядов у лиц пожилого, а также молодого и среднего возраста [2].

Наиболее распространенные методики анализа окклюзионных соотношений с помощью артикуляционной бумаги и пластинок воска не отвечают современным требованиям, поскольку не учитывают силы и

своевременности зубных контактов, а также не содержит информацию о характере и степени окклюзионных нарушений. [1,3,4].

Цель работы. Изучение функциональных показателей окклюзии у пациентов с имеющимися включенными дефектами зубных рядов, осложненными зубочелюстными деформациям.

Материал и методы исследований. Для достижения цели и решения поставленных задач нами было обследовано с помощью клинических и специальных методов исследования 99 пациентов в возрасте от 18 до 59 лет с дефектами зубных рядов, в том числе и контрольную группу пациентов этого же возрастного периода, с интактными зубными рядами. При формировании рандомизированной выборки в исследование были включены пациенты с учетом таких критериев: включенные дефекты зубных рядов в боковых отделах зубного ряда; количество дефектов зубных рядов от 2-х до 3-х; количество отсутствующих зубов от 2-х до 4-х; давность образования дефекта от 1 до 5 лет, в зависимости от подгруппы; отсутствие клинических признаков генерализованного пародонтита. Всем обследуемым пациентам был проведен компьютеризированный анализ показателей окклюзии с помощью аппарата T-Scan III.

Результаты исследований. Результаты проведенных исследований показали, что у лиц контрольной группы индекс асимметрии составлял $4,1 \pm 0,92$ и свидетельствовал о рациональном распределении окклюзионного давления между правой и левой сторонами зубного ряда. Промежуток времени от первого до стабильного множественного окклюзионного контакта составлял $0,19 \pm 0,02$ сек., а время дисклюзии - $0,29 \pm 0,02$ сек. Преждевременных контактов у лиц данной группы выявлено не было. Площадь окклюзионных контактов составляла $37,6 \pm 0,55$.

При изучении аналогичных показателей, у лиц с имеющимися дефектами зубных рядов, были диагностированы выраженные нарушения окклюзионных соотношений. При этом индекс асимметрии относительной силы между сторонами зубных рядов значительно возрастал и приводил к не

физиологическому перераспределению нагрузок, по сравнению с показателями, полученными у лиц с интактными зубными рядами из-за несоответствия окклюзионных контактов и составлял $16,7 \pm 3,2\%$ против аналогичных показателей контроля - $4,1 \pm 0,92\%$ ($p \leq 0,01$). Следует отметить, что данные показатели отличались не только от показателей контрольной группы, но также находились в определенной зависимости от давности образования дефектов зубных рядов. У большинства пациентов наблюдали наличие преждевременных окклюзионных контактов и неправильное расположение траектории суммарного вектора окклюзионной нагрузки. В ходе исследования мы отмечали также значительный рост промежутка времени от первого до стабильного множественного окклюзионного контакта у пациентов исследуемых групп по сравнению с показателями контрольной группы. У всех пациентов с имеющимися дефектами зубных рядов имело место достоверное ($p \leq 0,05$) увеличение времени наступления максимального количества зубных контактов, а именно $0,44 \pm 0,05$ сек. против $0,19 \pm 0,02$ сек. у пациентов контрольной группы.

Выводы:

1. Проведенные окклюзиографические исследования показали увеличение индекса асимметрии относительной силы между сторонами при имеющихся дефектах зубных рядов по сравнению с аналогичными показателями контрольной группы, а также наличие преждевременных контактов и неправильное расположение траектории суммарного вектора окклюзионной нагрузки, имело место значительное увеличение промежутка окклюзионного времени и увеличение времени наступления максимального количества зубных контактов по сравнению с показателями контроля.

2. Динамика патологических изменений показателей окклюзии находится в соответствии с давностью образования дефектов зубных рядов и степени развития зубочелюстных деформаций, что указывает на необходимость своевременного возмещения дефектов зубных рядов с учетом окклюзионных соотношений.

Литература:

1. Біда О. В. Функціональний стан жувальних м'язів у осіб із включеними дефектами зубних рядів, ускладненими зубощелепними деформаціями / О. В. Біда , Ю. І. Забуга // Український стоматологічний альманах, 2016. - №3 (том 2) – С.27-31.
2. Біда В.І., Павленко М.О., Біда О.В. Мостоподібні конструкції зубних протезів. - Львів: ГалДент, 2007. – 84 с.
3. A force reproduction analysis of two recording sensors of a computerized occlusal analysis system / R. B. Kerstein [et al.] // Cranio. - 2006. - Vol. 24, № 1. - P. 15-24.
4. Kerstein R. B. Computerized occlusal analysis technology and Cerec case finishing / R. B. Kerstein // Int. J. Comput. Dent. - 2008. - Vol. 11, №1. - P. 51–63.