

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО**

МАГЕРА НАТАЛІЯ СЕРГІЇВНА

УДК 616.314-001.4+616.716.4)-07-08

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ОРТОПЕДИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІДВИЩЕНИМ СТИРАННЯМ ТВЕРДИХ
ТКАНИН ЗУБІВ І
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЄПНИМИ РОЗЛАДАМИ**

14.01.22 – Стоматологія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Львів – 2020

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент

Риберт Юрій Олексійович,

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
МОЗ України, кафедра терапевтичної стоматології ФПДО, доцент

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
Дворник Валентин Миколайович,
Українська медична стоматологічна академія
МОЗ України,
кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією,
професор

доктор медичних наук, професор
Павленко Олексій Володимирович
Інституту стоматології Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
МОЗ України,
кафедра стоматології, завідувач

Захист відбудеться ____ 2020 року о ____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 35.600.01 при Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України за адресою: 79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69-В.

Із дисертацією можна ознайомитись в науковій бібліотеці Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України (79000, м. Львів, вул. Січових Стрільців, 6).

Автореферат розісланий « ____ » _____ 2020 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О. Я. Мокрик

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Патологічні процеси в щелепно-лицевій ділянці, які розвиваються під впливом різних етіологічних чинників і які призводять до зменшення міжальвеолярної висоти є однією з актуальних проблем в клініці ортопедичної стоматології.

Одним із таких чинників є підвищення стертості твердих тканин зубів, яка відноситься до групи некаріозних уражень, розповсюдженість якої в Україні і економічно розвинених країнах зростає і складає від 11,8 % до 31,0 % випадків стоматологічних захворювань (Баля Г.М., 2013; Дворник В.М., 2011; Ткаченко І.М., 2011; Kaidonis J. A., 2012 та інші).

Провідними етіологічними чинниками розвитку даного захворювання може бути як парафункції жувальних м'язів, так і вплив хімічних та абразивних агентів. Недовершеність самих твердих тканин зубів також може бути однією з причин, що приводять до підвищеного стирання. Не виключають фактори впливу загальносоматичних хворіб та спадкового фактору (Біда В.І., Струк В.І., 2018; Фастовець О. О., 2013; Ткаченко І.М., Коваленко В.В., 2017).

Найбільш часто пацієнти звертаються за стоматологічною допомогою за наявності середнього ступеня стертості зубів, так як саме на цій стадії визначається інтенсивна втрата твердих тканин зубів, внаслідок чого з'являється підвищена чутливість зубів під час прийому їжі, дискомфорт в ділянці скронево-нижньощелепних суглобів, естетичні незручності (Афанасьєв А.В. і співавт., 2011; Дворник В.В., 2015; Линченко И.В., 2010; Понамарев А.А., Павленко О.В., 2018 та інші).

Багаточисельні дослідження вітчизняних і закордонних вчених наполягають, що існує пряма взаємодія між оклюзійними порушеннями, одним з яких є підвищена стертість зубів, і дисфункціональним станом жувальних м'язів, м'язів ший та плечового пояса, а також у функціональних порушеннях скронево-нижньощелепних суглобів (Макєєв В.Ф. і співавт., 2019; Риберт Ю.О. і співавт., 2016; Dawson P. E., 2007 та інші).

Важливим фактором є те, що у людей старшого віку поряд з підвищеною стертістю зубів часто діагностуються і інші стоматологічні хвороби, такі як множинні дефекти зубних рядів, ортодонтична патологія або вторинні деформації, пародонтит тощо (Макєєв В.Ф. і співавт., 2020). Не виключається і ятрогенна патологія внаслідок недосконалого стоматологічного лікування. Важливими чинниками у діагностиці цієї хвороби є і визначення психоневрологічного статусу пацієнтів (Кляйпрок М., 2018; Manfredini D., 2016 та інші).

Всі ці фактори повинні бути враховані при розпрацюванні методів лікування хворих з підвищеною стертістю зубів, особливо за наявності скронево-нижньощелепних розладів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького: «Захворювання пародонта, їх зв'язок з патологією внутрішніх органів та станом довкілля» (державна реєстрація № 0110U002155) та «Екологія та пародонт. Взаємозв'язок захворювань пародонта та загальносоматичної патології. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба» (державна реєстрація № 0114U000112). Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів означених науково-дослідних робіт кафедри.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є підвищення ефективності стоматологічної реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами шляхом розпрацювання комплексу заходів їх ортопедичного лікування.

Реалізація окресленої мети передбачає вирішення наступних завдань:

1. Визначити структуру ортопедичної патології порожнини рота у пацієнтів тільки з підвищеною стертістю зубів та у пацієнтів з підвищеною стертістю зубів в поєднанні зі скронево-нижньощелепними розладами.
2. Вивчити особливості підвищеної стертості зубів за локалізацією залежно від груп обстеження.
3. Вивчити структуру скронево-нижньощелепних розладів та клінічно дослідити особливості особистісної та ситуативної тривожності хворих з підвищеною стертістю зубів та скронево-нижньощелепними розладами.
4. Визначити клінічні особливості та функціональний стан скронево-нижньощелепних суглобів хворих залежно від груп обстеження.
5. Розпрацювати та оцінити результати лікувально-ортопедичних заходів задіяних у комплексному лікуванні хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Об'єкт дослідження – підвищена стертість зубів і скронево-нижньощелепні розлади.

Предмет дослідження – функціональні розлади скронево-нижньощелепних суглобів, підвищена стертість твердих тканин зубів.

Методи дослідження. Клінічні - для визначення стану зубощелепного комплексу хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР; променеві – для вивчення та візуалізації структурних частин зубощелепного комплексу; аксіографічні – для визначення функціонального стану скронево-нижньощелепних суглобів та

аналізу функціональної оклюзії в індивідуальному артикуляторі; психологічні - визначення особистісної та ситуативної тривожності (за Спілбергом); статистичні – для оцінки вірогідності отриманих результатів.

Наукова новизна отриманих результатів. Уточнено наукові дані щодо особливостей наявної ортопедичної патології в ротовій порожнині хворих тільки з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Виявлені залежності клінічних варіантів скронево-нижньощелепних розладів (м'язових, суглобових, комбінованих) від клінічних форм та локалізації підвищеної стертості зубів.

Визначені особливості особистісної та ситуативної тривожності притаманні хворим з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Запропоновані та науково обгрунтовані алгоритми клінічного обстеження хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Розпрацьовано науково обгрунтований комплекс лікувальних заходів для реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Практичне значення одержаних результатів. Розпрацьовані підходи до ортопедичного лікування хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами дозволяють підвищити ефективність реабілітації та підвищити якість життя таким пацієнтам.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у клінічну практику та навчальний процес кафедри терапевтичної стоматології ДВНЗ «Тернопільський національний медичний університет» імені І. Я. Горбачевського, кафедри ортопедичної стоматології з імплантологією «Українська медична стоматологічна академія», кафедри ортопедичної стоматології ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», кафедри ортопедичної стоматології ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», кафедри стоматології Інституту стоматології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, у навчальний процес кафедри терапевтичної стоматології ФПДО та у клінічну практику стоматологічного медичного центру ЛНМУ ім. Данила Галицького, у клінічну практику Луцької міської та Волинської обласної стоматологічних поліклінік та у клінічну практику Рівненської міської та обласної стоматологічних поліклінік, що підтверджено відповідними «Актами впровадження».

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеним науковим дослідженням здобувача. Автор самостійно здійснила патентно-інформаційний пошук, аналіз та узагальнення наукової літератури. Спільно із науковим керівником обрано напрямок наукового дослідження, сформульовано

мету та завдання, вибір методів спеціальних досліджень. Здобувач опанувала необхідні методи дослідження, самостійно здійснила збір матеріалу для клінічних і додаткових досліджень, систематизувала та проаналізувала отримані результати. Разом з науковим керівником опрацювала та апробувала методику лікування ортопедичної реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами, провела узагальнення результатів дослідження, сформулювала наукові висновки та практичні рекомендації, підготувала наукові праці до друку. У друкованих роботах разом із співавторами участь здобувача є визначальною, матеріали та висновки належать здобувачу.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дослідження викладено та обговорено на засіданні кафедри хірургічної та ортопедичної стоматології факультету післядипломної освіти та Вченій раді ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького та науково-практичних конференціях: «Пародонтологія: вчора, сьогодні, завтра», 24 жовтня 2013 р., м. Львів; «Стандарти стоматологічної допомоги – реалії практики та перспективи впровадження», 20-21 жовтня 2016 р., Львів; «Львівська школа ортопедичної стоматології. Традиції, здобутки та перспективи», 27-28 жовтня 2016 р., Львів; «Актуальні проблеми стоматології», 16 жовтня 2015 р.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 12 наукових праць, з них 7 статей у фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 2 наукові публікації у іноземних виданнях, 3 у збірках наукових праць та матеріалах і тезах конференцій.

Структура і обсяг дисертації. Дисертація викладена на 220 сторінках комп'ютерного набору, з яких 157 сторінок займає основний зміст, і складається з анотації, вступу, огляду літератури, опису матеріалу і методів дослідження, 2 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення отриманих результатів, висновків, списку використаних джерел із 229 найменувань, серед яких 161 кирилицею та 68 латиницею. Робота ілюстрована 63 рисунками та 36 таблицями.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. У загальну групу дослідження увійшло 68 хворих, із них 31 (45,6 %) чоловіків та 37 (54,4 %) жінок у віці від 21 року до 70 років.

Досліджувані хворі поділені на дві групи: групу порівняння і основну групу. У групу порівняння увійшли хворі, у яких була діагностована тільки підвищена стертість зубів у комбінації з можливими іншими оклюзійними розладами у кількості 31 особа .

В основну групу увійшли 37 хворих з підвищеною стертістю зубів, можливими іншими оклюзійними розладами та різними формами скронево-нижньощелепних розладів: м'язовими, суглобовими, комбінованими.

Перед проведенням клінічного обстеження хворого, а також додаткових методів обстеження, здійснювався детальний збір анамнезу життя, анамнезу захворювання та вияв можливих психосоматичних порушень.

Клінічне стоматологічне обстеження базувалося на Експрес-заключенні Гамбурзького протоколу, пальпації жувальних м'язів, м'язів шиї і плечей, симетричності відкривання рота, перевірку наявності суглобових шумів.

Ексцентричну оклюзію зубів і її травматичність оцінювали шляхом аналізу статичної оклюзії, а також динамічної ексцентричної оклюзії. Для дослідження оклюзійних контактів застосовували оклюзійну фольгу.

При аналізі рухів нижньої щелепи застосований метод електронної аксіографії (конділографії) - графічний запис траєкторії рухів голівок нижньої щелепи навколо трансверзальної шарнірної осі скронево-нижньощелепних суглобів, при різноманітних її рухах. Аксіографічні дані аналізували за наступними критеріями: якість аксіограм, амплітуда руху суглобових голівок, розходження екскурсійних та інкурсійних аксіографічних траєкторій, різниця початкових і кінцевих точок руху суглобових голівок, визначали кут сагітального та трансверзального суглобового шляху.

Мета аналізу полягала у вивченні особливостей статичної і динамічної оклюзії; аналіз моделей в центральному співвідношенні щелеп і в центральній оклюзії проводили в артикуляторі "ArtexCR" (AmannGirbach) налаштованому на індивідуальну функцію.

При обстеженні хворих зі скронево-нижньощелепними розладами застосовані наступні променеві методи діагностики: ортопантомографія, зонографія СНЩС, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) та ультразвукова діагностика (УЗД). Кожний з цих методів вирішував певні завдання, залежно від їх можливостей.

Відомо, що стресові ситуації призводять до розвитку оклюзійних парафункцій, що сприяють виникненню патології жувальної системи, яка проявляється підвищеною стертістю зубів. Оцінка стресової ситуації проводилася індивідуально із застосуванням шкали самооцінки Спілбергера, що включає оцінку рівня ситуативної тривожності та особистісної тривожності

При статистичному аналізі отриманих первинних даних використано програми Microsoft Excel та Statistica. Було застосовано наступні методи: аналіз відносних величин – розрахунок екстенсивних показників (отримані результати наведено у %); проведення оцінки вірогідності різниці отриманих результатів у

порівнювальних групах. Статистично достовірною різниця вважалася при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Порівняльний аналіз ортопедичної патології виявленої в порожнині рота хворих залежно від груп обстеження засвідчив наступне.

У групі обстежених з підвищеною стертістю зубів без ознак СНР (група порівняння) із 31 особи підвищена стертість зубів без іншої оклюзійної патології діагностована тільки у 3 хворих, що склало 9,7 %. У інших 28 хворих цієї групи обстежуваних виявлена низка супутніх оклюзійних розладів. Так, високий відсоток припадає на патологічне прорізування 3-х молярів – $32,1 \pm 8,99$ % та «множинні дефекти зубних рядів» – $21,5 \pm 7,90$ %, що разом складає $53,6 \pm 6,37$ %. Серед інших оклюзійних розладів необхідно зазначити «ятрогенну патологію» – $14,3 \pm 6,73$ %, «пародонтит» – $14,3 \pm 6,78$ % та «ортодонтична патологія» також $14,3 \pm 6,73$ %.

У групі обстежуваних з підвищеною стертістю зубів та скронево-нижньощелепними розладами (основна група) із 37 особи, тільки підвищена стертість зубів без інших оклюзійних розладів діагностована у 6 хворих, що склало 16,2 %. У інших 31 хворого цієї групи виявлена низка інших оклюзійних розладів серед яких переважала «ортодонтична патологія» – $38,7 \pm 8,75$ %, а також «патологічне прорізування 3-х молярів» і «ятрогенна патологія» по $16,1 \pm 6,61$ % відповідно.

У результаті порівняльного аналізу виявлено, що різниця між показниками у групі порівняння та основній групі стосується тільки ортодонтичної патології ($p < 0,05$). Для уточнення чи виявлені особливості розподілу інших патологій серед груп обстеження дійсно є статистично достовірними, проведений аналіз не за розподілом (питомою вагою), а за частотою патологій.

У результаті проведених обчислень виявлено, що між показниками частоти патології у групі порівняння та основної групи є невірні для усіх патологій і це вказує, що інша оклюзійна патологія не є визначальною у розвитку СНР ($p > 0,05$).

Необхідно зазначити, що результати нашого дослідження співвідносяться з дослідженнями Баля Г. М., який цілком слушно пропонує увести у класифікації підвищеної стертості зубів і іншу оклюзійну патологію.

Проведені дослідження засвідчили, що для хворих групи порівняння характерним був рівномірний розподіл серед генералізованої форми стертості зубів та її локалізованої форми ($51,6$ % з генералізованою формою та $49,4$ % з локалізованою формою стертості). У даній групі хворих виявлено значне переважання локалізованої форми стертості у фронтальній ділянці, в порівнянні

з дистальними ділянками (для фронтальної ділянки показники сягали 41,9 % проти всього 6,5 % для дистальних ділянок ($p < 0,01$)).

Щодо гендерних особливостей локалізації підвищеної стертості зубів визначено, що генералізована форма стертості діагностувалася у два рази частіше у чоловіків, ніж у жінок (у чоловіків 35,6 % проти жінок – 16,0 %; $p < 0,05$). Підвищена стертість зубів у фронтальній ділянці у чоловіків переважала над жінками, а саме 25,9 % чоловіків проти 16,0 % жінок ($p < 0,05$). Підвищена стертість у дистальних ділянках виявлена. всього два хворих. В основній групі хворих визначено значне переважання локалізованих форм підвищеної стертості (83,7 % локалізованої форми проти 16,3 % генералізованої форми стертості, $p < 0,01$), причому майже рівномірно щодо фронтальної або дистальних ділянок (43,2 % для фронтальної і 40,5 % для дистальних ділянок).

Гендерні особливості для цієї групи хворих полягали у наступному. Так, якщо при генералізованій формі стертості зубів, розподіл між чоловіками і жінками був ідентичним – по 8,1 %, то в групі з підвищеною стертістю зубів у фронтальній ділянці (43,2 %) він склав 10,8 % у чоловіків і 32,4 % у жінок ($p < 0,05$), а для дистальних ділянок (40,5 %) він склав для чоловіків 13,5 % і для жінок 27,0 ($p < 0,05$).

Виявлено, що у хворих основної групи порівняно із хворими групи порівняння, вірогідно рідше спостерігались випадки генералізованої стертості ($16,2 \pm 6,06$ проти $51,6 \pm 8,98$ %, $p < 0,01$) та частіше випадки локалізованої стертості дистальних ділянок ($40,5 \pm 8,07$ проти $6,5 \pm 4,41$ %, $p < 0,01$).

Вірогідні різниці у розподілах спостерігались тільки у віковій групі 31-40 років. У хворих основної групи цього вікового діапазону, частота локалізованої стертості дистальних ділянок становила $45,5 \pm 33,3$ %, а у хворих групи порівняння такі ушкодження зареєстровані не були ($p < 0,05$).

Результати клінічного дослідження особистісної та ситуативної тривожності за Спілбергом у хворих з підвищеною стертістю зубів та скронево-нижньощелепними розладами виявили наступне.

Визначено, що при генералізованій стертості характерним була відсутність хворих з низьким рівнем особистісної тривожності в основній групі (0 % основної групи проти 35,5 % групи порівняння, $p < 0,001$). Виявлені певні особливості і для локалізованих форм стертості зубів, а саме: для фронтальної ділянки низький рівень особистісної тривожності визначений всього у 8,1 % хворих основної групи проти 32,3 % групи порівняння ($p < 0,05$). І в той же час виявлено переважання хворих з високим рівнем особистісної тривожності основної групи проти хворих групи порівняння (16,2 % основної групи проти 0 % групи порівняння, ($p < 0,05$)). У хворих основної групи було виявлено високий рівень особистісної тривожності при стертості у дистальних ділянках, проти

хворих групи порівняння (21,6 % основної групи проти 0 % групи порівняння, $p < 0,001$).

Загалом для хворих основної групи з підвищеною стертістю зубів і СНР характерним був високий рівень особистісної тривожності порівняно з хворими групи порівняння (48,6 % у хворих основної групи порівняння з 0 % хворих групи порівняння, $p < 0,001$).

Для ситуативної тривожності виявлено, що при генералізованій стертості в основній групі не діагностовано у хворих низького рівня ситуативної тривожності (0% для основної групи проти 32,3 % для груп порівняння, $p < 0,001$).

При локалізованій стертості у фронтальній ділянці виявлено високий рівень ситуативної тривожності у хворих основної групи (21,6 % для основної групи проти 0,0 % для групи порівняння, $p < 0,001$). При локалізованій стертості у дистальних ділянках також виявлено певне переважання хворих основної групи з високим рівнем ситуативної тривожності проти хворих групи порівняння (29, 7 % для основної групи проти 0,0 % для групи порівняння, $p < 0,001$). В основній групі переважали хворі з високим рівнем ситуативної тривожності порівняно з хворими групи порівняння (64,0 % для основної групи проти 3,2 % групи порівняння, $p < 0,001$).

Отже, серед хворих з підвищеною стертістю зубів і наявними скронево-нижньощелепними розладами виявлені статистично значущі ознаки високого рівня особистісної та ситуативної тривожності порівняно з хворими тільки з підвищеною стертістю зубів.

Порівняльний аналіз скарг, які пред'являли хворі залежно від груп обстеження з їх статистичним опрацюванням засвідчив, що скарги на підвищену чутливість зубів були однаково притаманні для хворих обох груп дослідження – $41,9 \pm 8,86$ % в групі порівняння і $48,6 \pm 8,22$ % хворих основної групи ($p < 0,05$).

Скарги на больові відчуття і ділянці СНЩС явно переважали у хворих основної групи – $45,9 \pm 8,1$ % проти 0,0 % групи порівняння ($p < 0,001$).

Подібна ситуація виявлена і стосовно скарг на больові відчуття у жувальних м'язах – $54,1 \pm 8,98$ % основної групи проти $9,7 \pm 5,31$ % у групі порівняння ($p < 0,001$). Наявність скарг на шумові (акустичні) явища у СНЩС маніфестували приблизно у однакового відсотка хворих як основної, так і групи порівняння ($p > 0,05$). Це стосується і явищ оклюзійного дискомфорту, який був притаманний для приблизно однакового відсотку хворих обох груп ($p > 0,05$). У той же час скарги на обмежене відкривання рота висловлювали тільки $16,2 \pm 6,06$ % хворих основної групи у той час, як хворі групи порівняння таких скарг не мали ($p < 0,05$).

У результаті акустичного обстеження хворих обох груп виявлено, що такий симптом як «кляцання» у СНЩС є характерним власне для $35,1 \pm 7,85$ %

хворих основної групи і є повністю відсутнім у хворих групи порівняння ($p < 0,001$), а такий симптом «хрускіт» також переважав у хворих основної групи – $40,5 \pm 8,07\%$ проти $22,6 \pm 7,51\%$ групи порівняння, проте ці дані були статистично недостовірні ($p > 0,05$).

Виявлено, що за результатами пальпації жувальних м'язів за такими симптомами як «гіпертонус» та «неприємні відчуття» серед груп дослідження вони є статистично недостовірні ($p > 0,05$) і тільки за такою ознакою як «біль» при пальпації СНЩС кількість хворих основної групи склала $24,3 \pm 7,05\%$ проти $0,0\%$ у групі порівняння ($p < 0,01$).

Отже, визначено, що у хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР характерними є скарги на біль в жувальних м'язах і СНЩС, а також скарги на можливе обмежене відкривання рота. Серед акустичних явищ для цієї групи хворих є таке явище як «клацання» у суглобі і біль при пальпації жувальних м'язів, що узгоджується з симптоматикою характерною для скронево-нижньощелепних розладів.

Визначення функціонального стану СНЩС залежно від груп обстеження за даними аксіографії засвідчило наступне. У групі порівняння частка оптимальної якості оксіограм визначена у більшій кількості хворих ніж у хворих основної групи ($22,6 \pm 7,51\%$ у хворих групи порівняння проти $13,5 \pm 5,62\%$ в основній групі) і, відповідно, частка поганої якості аксіограм була вищою в основній групі ($37,8 \pm 7,07\%$ основної групи проти $29,0 \pm 8,15\%$ групи порівняння), проте статистично достовірної різниці між показниками груп не виявлено ($p > 0,05$).

Порівняльним аналізом амплітуди рухів суглобових голівок нижньої щелепи в групах дослідження після їх статистичного опрацювання виявлено, що між показниками основної групи та групи порівняння вони є недостовірні ($p > 0,05$), хоча спостерігається тенденція більшого відсоткового порушення рухів суглобових голівок нижньої щелепи між групами обстеження в позиції «протрузія/ретрузія» ($43,2\%$ основної групи проти $29,0\%$ групи порівняння) і в позиції «відкривання/закривання рота» ($40,5\%$ основної групи проти $22,6\%$ групи порівняння).

За результатами оцінки розходження траєкторії руху суглобових голівок нижньої щелепи в групах дослідження виявлено, що початок/кінець руху суглобових голівок нижньої щелепи був порушений у позиції «протрузія/ретрузія» в основній групі у $83,7\%$ проти $51,6\%$ групи порівняння ($p < 0,01$) та у позиції «відкривання/закривання» в $80,5\%$ в основній групі проти $54,9\%$ групи порівняння ($p < 0,01$). За результатами оцінки кута сагітального суглобового шляху та кута трансверзального суглобового шляху суглобової голівки нижньої щелепи в групах дослідження визначено, що частка хворих

основної групи з порушеними нормативними показниками кута сагітального суглобового шляху була вищою за частку хворих групи порівняння (40,5 % основної групи проти 16,1 % групи порівняння, $p < 0,05$). Що стосується показників кута трансверзального суглобового шляху, то для показників «протрузія/ретрузія» та «відкривання/закривання» вони були порушені у всіх хворих як основної групи, так і групи порівняння. Для позиції «медіотрузія» визначено, що частка хворих основної групи з цим порушенням показником склала 83,8 % проти 54,9 % хворих групи порівняння ($p < 0,05$).

Отже, в результаті цієї частини дослідження визначено, що за даними аксіографічних досліджень найбільшими характерними відхиленнями у хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами є відхилення від нормативних показників щодо початку/кінця руху суглобових голівок та від нормативних показників кута сагітального суглобового шляху у хворих основної групи та від нормативних показників кута трансверзального суглобового шляху, характерною для обох груп дослідження, інколи зі 100 % результатом.

Здійснений глибокий аналіз клінічної ситуації у хворих як з підвищеною стертістю зубів, так і хворих з підвищеною стертістю зубів зі скронево-нижньощелепними розладами сприяв розпрацюванню алгоритмів обстеження для диференційної діагностики між цими групами хворих.

Важливим у диференційній діагностиці між хворими тільки з підвищеною стертістю зубів і хворими з підвищеною стертістю зубів та СНР перш за все є визначення клінічних ознак СНР (гамбургський тест, біль м'язів, СНЩС, шумові явища у СНЩС тощо), що змушує лікаря здійснювати комплекс додаткових методів дослідження для визначення характеру СНР (м'язовий, суглобовий, комбінований), що, без сумніву, розширює необхідність комплексу лікувальних заходів для реабілітації таких пацієнтів.

Стоматологічна реабілітація була спрямована на повне або часткове відновлення функціональних порушень (СНР) у жувальних м'язах та скронево-нижньощелепних суглобах і компенсацію втрачених функцій інших органів або систем (відновлення зубів і зубних рядів) для підтримки функціонування організму.

Для комплексної оцінки стану стоматологічного хворого з підвищеною стертістю зубів та, особливо, зі скронево-нижньощелепними розладами необхідно здійснити аналіз фонових патологічних станів, що є підґрунтям до використання комплексу клінічних методик та додаткових методів дослідження, які дозволяють вирішувати наступні завдання:

- вивчити преморбідні стани підвищеної стертості зубів на тлі інших стоматологічних захворювань;

- діагностувати патологічні процеси у жувальному апараті і оцінити можливості компенсаторно-приспосувальних механізмів;
- оцінити ступінь тяжкості та особливості клінічних форм підвищеної стертості зубів;
- конкретизувати форми скронево-нижньощелепних розладів за їх наявності;
- визначити об'єм і тактику лікувально-реабілітаційних заходів;
- оцінити можливості повноти морфологічної і функціональної реабілітації, тобто якості лікування, що буде здійснено;
- передбачити можливі проблеми і ускладнення, що можуть виникнути в процесі лікування;

Ефективність лікування досягалася шляхом індивідуалізації лікувальних і реабілітаційних заходів, які повинні включати в собі використання лікувально-діагностичних апаратів (жорстких кап, кап-протезів, тимчасових ортодонтчних конструкцій). Метою цих заходів є позиціонування в оптимальне положення суглобових дисків та суглобових головок нижньої щелепи, що є обов'язковою умовою повної морфофункціональної реабілітації. За відсутності індивідуального підходу залишається високий ризик розвитку різного роду ятрогеній, а також збільшуються терміни адаптації або не повної адаптації до зубних протезів, що є ознакою неповної морфофункціональної реабілітації. Залежно від стану адаптаційних механізмів кожного хворого стоматологічна реабілітація може бути повною або частковою.

Лікування підвищеної стертості зубів включало: ортопедичні заходи, що забезпечують нормалізацію міжавеолярної висоти, яке здійснюється відповідно до лікування основного стоматологічного захворювання; етіотропне лікування спрямоване на компенсацію патологічного стану нейром'язового комплексу жувального апарату і відновлення функції жувальних м'язів; патогенетичне лікування, яке сприяє декомпресії біламінарної зони і спрямовано на ліквідацію патологічного процесу з урахуванням стадії і тяжкості клінічних і функціональних проявів; симптоматичне лікування спрямоване на компенсацію окремих симптомів захворювання. Адекватне відновлення регуляцій жувального апарату досягається шляхом перебудови періодонто-мускулярного і міостатичного рефлексів з використанням лікувально-діагностичних апаратів з поступовим переходом до тимчасового і, у наступному, до одного з варіантів (незнімного або знімного) постійного протезування.

Грунтуючись на цих засадах лікування хворих з підвищеною стертістю зубів проводили за індивідуальним планом з урахуванням оклюзійно-артикуляційних порушень і наявності скронево-нижньощелепних розладів. Лікування починали з санації ротової порожнини, яка включала професійну

гігієну, лікування карієсу та його ускладнень, консервативне та хірургічне лікування патології пародонту. За показаннями скеровували на видалення 3-тих молярів (від 1 до 4). З метою перепрограмування тонузу жувальних м'язів і адаптації до змодельованої терапевтичної оклюзії в центральному співвідношенні щелеп в групах дослідження – основній та порівняння проводили оклюзійну терапію зі застосуванням різних типів оклюзійних шин: роз'єднуючі, міорелаксуючі, репозиціонуючі, дистракційні, стабілізуючі.

В основній групі оклюзійна терапія тривала від двох і більше місяців до досягнення терапевтичного ефекту лікування наявних скронево-нижньощелепних розладів. У групі порівняння від двох тижнів до двох місяців залежно від діагностованої різниці між звичним прикусом і терапевтичним співвідношенням щелеп. Після завершення оклюзійної терапії в групах дослідження, для створення збалансованої оклюзії, за показаннями здійснювали корекцію оклюзії шляхом: прямої реставрації коронок зубів композитними матеріалами з використанням силіконових шаблонів за восковим моделюванням в артикуляторі; застосовували люмініри, вініри, коронки, мостоподібні та бюгельні протези.

При відмові хворого продовжити ортопедичну реабілітацію застосовувалася постійна оклюзійна шина, яка використовувалася для постійного її застосування (нічна, цілодобова).

Запропоновані підходи до діагностики та алгоритми надання ортопедичної допомоги хворих з підвищеною стертістю зубів та СНР засвідчили їх позитивні результати.

Так, в результаті проведеного комплексного лікування скарги у хворих основної групи з підвищеною стертістю зубів та СНР значно зменшилися. Якщо на больові відчуття, зокрема на гіперестезію зубів, скаржилися 48,6 % осіб, то в результаті лікування цей відсоток знизився до 5,4 % ($p < 0,001$); якщо на біль в ділянці СНЩС скаржилось 45,9 % осіб, то після лікування 0,0 % ($p < 0,001$); скарги на біль в ділянці жувальних м'язів скоротилися з 54,1 % осіб до 0,0 % осіб після лікування ($p < 0,001$). Оклюзійний дискомфорт під час оклюзійних рухів до лікування відчували 48,6 %, то після лікування 0,0 % осіб ($p < 0,001$), а якщо скарги на обмежене відкривання рота пред'являли 16,9 % хворих, то після лікування ці скарги були відсутні ($p < 0,05$). Виявлено, що в результаті проведеного комплексного лікування у хворих основної групи таке акустичне явище при аскультації СНЩС як «кляцання» зменшилося від 35,1 % до 0,0 % ($p < 0,001$), а «хрускіт» з 40,5 % до 8,1 % осіб ($p < 0,01$). Також, у хворих основної групи суттєво покращилися клінічні симптоми пов'язані з пальпаторними відчуттями. Так, якщо такий пальпаторний симптом як «гіпертонус жувальних м'язів» визначався у 21,5% хворих основної групи дослідження, то після

лікування він не визначався в жодного хворого ($p < 0,01$), якщо неприємні відчуття під час пальпації визначалися у 35,1 % осіб, то після лікування вони були збережені тільки у 5,4 % осіб ($p < 0,01$), а біль під час пальпації, яка визначалася у 27,0 % осіб до лікування не виявилася в жодного хворого після лікування ($p < 0,001$). Що стосується скронево-нижньощелепних суглобів хворих основної групи, то якщо неприємні відчуття при їх пальпації були визначені у 24,3 % до лікування, то після лікування вони діагностовані тільки у 5,4 % ($p < 0,01$), а біль при пальпації СНЩС, яка визначалася у 24,3 % до лікування була ліквідована у всіх хворих ($p < 0,001$).

Отже, підсумовуючи клінічні результати запропонованого комплексного лікування хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами слід зазначити значне покращення їх клінічно-функціонального стану, що підтверджується статистичним аналізом.

Суттєві позитивні зрушення у результаті проведеного лікування відбулися при оцінці рухів суглобових головок за даними аксіограм. Так, у результаті проведеного лікування якість аксіограм хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР (основна група) покращилася із 13,5 % осіб до 78,3 % ($p < 0,001$), що призвело до зменшення осіб з поганою якістю аксіограм з 37,8 % до 2,7 % осіб ($p < 0,001$). За показниками амплітуди рухів суглобових голівок НЩ визначено, якщо за показником «протрузія/ретрузія» нормативні величини були визначені у 56,8 % осіб до лікування, то після лікування кількість таких осіб склала 86,5 % ($p < 0,05$). Відповідно, кількість осіб з відхиленнями від нормативних показників до лікування складала 43,2 %, а після лікування склала 13,5 % ($p < 0,01$). За показником «медіотрузія» кількість осіб з нормативною величиною цього показника склала до лікування 43,3 %, проте після лікування вона досягла величини 83,8 % осіб ($p < 0,001$) і відповідно, зменшилася з 56,7 % осіб до 16,2 % осіб ($p < 0,001$).

Аналіз результатів комплексного лікування за оцінкою розходження траєкторій руху суглобових голівок нижньої щелепи у хворих основної групи засвідчив наступне. Так, за «медіотрузією» позитивний результат після лікування досягнутий у 89,2 % осіб проти 40,6 % осіб до лікування ($p < 0,01$), а за «відкриванням/закриванням рота» у 86,5 % проти 21,6 % до лікування ($p < 0,01$). Аналізом початку/кінця руху суглобових голівок НЩ до та після лікування хворих основної групи визначено, що нормативні показники за «протрузією/ретрузією» у хворих після лікування констатовані у 81,1 % осіб проти 16,3 % осіб до лікування ($p < 0,001$) і відповідно кількість хворих зі зміненими показниками зменшилась з 83,7 % до лікування до 18,9 % осіб після лікування ($p < 0,001$). За «медіотрузією» кількість хворих з нормативними показниками з 19,0 % осіб до лікування збільшилася до 62,2 % після лікування

($p < 0,001$) і, відповідно, зі зміненими показниками зменшилася з 81,0 % до лікування до 37,8 % осіб після лікування ($p < 0,001$). За «відкриванням/закриванням рота» кількість хворих з нормативними показниками збільшилася до 78,4 % після лікування проти 13,5 % осіб до лікування ($p < 0,001$) і відповідно за цим зміненим показником вона зменшилася з 86,5 % до 21,5 % осіб після лікування ($p < 0,01$).

Порівняльним аналізом результатів оцінки кута сагітального суглобового шляху (КССШ) та кута трансверзального суглобового шляху (КТСШ) суглобової голівки нижньої щелепи до та після лікування. Констатовано, що ,якщо нормативні показники у хворих основної групи за КССШ до лікування визначені у 59,5 % осіб, то після лікування їх число склало 91,9 % ($p < 0,01$), що відповідно, зменшилась кількість хворих за цим показником з 40,5 % до лікування до 8,1 % осіб після лікування ($p < 0,01$). Кут трансверзального суглобового шляху при «протрузії/ретрузії» в межах нормативних показників не виявлений в жодного хворого основної групи до лікування, проте в результаті комплексного лікування його вдалося нормалізувати у 45,9 % осіб після лікування ($p < 0,001$), тобто знизити цей показник зі 100,0 % хворих до лікування до 54,1 % осіб після лікування ($p < 0,001$). При «медіотрузії» КТСШ з нормативними показниками визначені у 16, % осіб до лікування, а після лікування частка осіб з нормативними показниками склала 83,3 % ($p < 0,001$), що, відповідно, знизило частку хворих зі зменшеними показниками з 83,8 % до лікування до 16,2 % осіб після лікування ($p < 0,001$). За нормативними показниками КТСШ «відкривання/закривання рота» не виявлено жодного хворого до лікування, проте після лікування їх частка склала 40,5 % ($p < 0,001$) і, відповідно, при 100,0 % змінених показників до лікування вони були знижені до 59,0 % осіб після лікування.

Отже, наведеними результатами нами підтверджено актуальність і доцільність запропонованої схеми діагностики і лікування хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення науково-практичного завдання стоматологічної реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами шляхом розпрацювання комплексу заходів їх діагностики і ортопедичного лікування.

1. Підвищена стертість зубів (генералізована або локалізована) як окрема нозологічна форма зустрічається рідко і часто поєднується з іншою оклюзійною патологією. Так серед обстежених осіб тільки з підвищеною стертістю зубів вона виявлена у 9,7 %. У інших обстежених спостерігалася і інша оклюзійна патологія серед яких переважали патологічне прорізування третіх

молярів ($32,1 \pm 8,99$ %), множинні дефекти зубних рядів ($21,5 \pm 7,09$ %), ортодонтична патологія, ятрогенна патологія, пародонтит – по $14,3 \pm 6,73$ % ($p < 0,05$). Серед хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР тільки підвищена стертість зубів діагностована у 16,2 %. Серед інших оклюзійних патологій переважали: ортодонтична патологія ($38,7 \pm 8,75$ %), патологічне прорізування третіх молярів та ятрогенна патологія – по $16,1 \pm 6,61$ %, множинні дефекти зубних рядів ($12,9 \pm 6,02$ %) ($p < 0,05$). Проте статистично значущої оцінки між хворими обидвох груп дослідження не виявлено ($p > 0,05$), що свідчить про не доведений можливий вплив іншої оклюзійної патології на розвиток СНР.

2. Порівняльний аналіз характеру підвищеної стертості зубів (генералізована або локалізована у фронтальній або дистальній ділянках) визначив, що у хворих зі скронево-нижньощелепними розладами значно переважала стертість зубів у дистальних ділянках проти хворих тільки з підвищеною стертістю зубів ($40,5 \pm 8,07$ % проти $6,5 \pm 4,41$ %; $p < 0,001$).

3. Виявлено, що для хворих основної групи характерним був високий рівень особистісної тривожності визначеної за Спілбергером порівняно з хворими групи порівняння (48,6% проти 0,0 %, $p < 0,001$). Подібні показники стосуються і ситуативної тривожності, при визначенні якої в основній групі високий рівень виявлений у 64,9 % проти групи порівняння – 3,2 % ($p < 0,001$).

4. Визначено, що для скарг хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР характерними є скарги на болі в жувальних м'язах і СНЩС та скарги на обмежене відкривання рота. Серед акустичних явищ для цієї групи хворих переважали клацання у суглобі і біль при пальпації жувальних м'язів, що узгоджується з симптоматикою характерною для скронево-нижньощелепних розладів. Визначено, що за даними аксіографічних досліджень найбільшими характерними відхиленнями у хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами є відхилення від нормативних показників щодо початку/кінця руху суглобових голівок, від нормативних показників кута сагітального суглобового шляху та від нормативних показників кута трансверзального суглобового шляху, інколи зі 100 % результатом.

5. На підставі проведеного дослідження розпрацьований алгоритм обстеження хворих як з підвищеною стертістю зубів, так і хворих з підвищеною стертістю зубів зі скронево-нижньощелепними розладами для їх диференційної діагностики.

6. Розпрацьований комплекс лікувальних заходів та алгоритми їх реалізації для хворих як тільки з підвищеною стертістю зубів, так і для хворих з підвищеною стертістю зубів і СНР, які дозволили забезпечити або повну або часткову реабілітацію таких пацієнтів.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Макеєв В. Ф., Риберт Ю. О., **Магера Н. С.** Сучасні погляди на етіологію і патогенез дисфункцій скронево-нижньощелепних суглобів. Огляд літератури // Новини стоматології. 2014. № 1. С. 14–18. *Здобувачем проведено огляд літератури, формування висновків.*
2. Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., **Магера Н. С.** Зміни показників аксіограм пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами та оклюзійними порушеннями (частина 1) // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник Української стоматологічної академії. 2016. Т. 16, вип. 4, ч. 2. С. 231–237. *Здобувачем проведено обстеження хворих, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проведено аналіз та узагальнення результатів, сформовано висновки.*
3. Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., **Магера Н. С.** Зміни показників аксіограм пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами та оклюзійними порушеннями (частина 2) // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник Української стоматологічної академії. 2016. Т. 16, вип. 4, ч. 3. С. 226–231. *Спільно з науковим керівником проведено обстеження хворих та клінічну частину дослідження, статистичне опрацювання даних, сформовано висновки.*
4. Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., **Магера Н. С.** Аналіз ефективності лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами // Вісник проблем біології і медицини. 2016. Вип. 4, т. 1. С. 369–375. *Спільно з науковим керівником проведено клінічне обстеження хворих, зняття відбитків та виготовлення гіпсових моделей, статистичне опрацювання даних, спільно з науковим керівником проаналізовано та узагальнено результати.*
5. **Магера Н. С.** Клінічна оцінка стану зубощелепної системи при надмірному стиранні зубів і скронево-нижньощелепних розладах // Український стоматологічний альманах. 2019. № 2. С. 38-43.
6. Макеєв В.Ф., Риберт Ю.О., **Магера Н.С.** Комплексна ортопедична стоматологічна реабілітація хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами // Сучасна стоматологія. 2019. № 3. С. 76-86 *Здобувачем здійснена клінічна оцінка результатів лікування хворих та їх узагальнення.*
7. **Магера Н. С.** Визначення особистісної та ситуативної тривожності за Спілбергером у хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами // Український стоматологічний альманах. 2019. № 3. С. 49-55.

8. Yuriy Rybert, Taras Pupin, **Natalia Mahera**. Pathology of occlusion as a factor in the development of musculo-articular disorders. Diagnosis and efficiency of treatment // «World science» № 4 (32), Vol. 4, April 2018, P. 18-25. *Спільно з науковим керівником проведено обстеження хворих, клінічну частину, проаналізовано та узагальнено результати та сформовано висновки, здобувач провела статистичне опрацювання даних, підготовку матеріалів до друку.*
9. Риберт Ю. О., **Магера Н. С.** Особливості діагностики та ортопедичного лікування пацієнтів із підвищеним стиранням твердих тканин зубів та дисфункціями скронево-нижньощелепних суглобів // Клінічна стоматологія. 2014. № 3. С. 89. *Спільно з науковим керівником здобувачем проведено обстеження та лікування хворих, висновки належать здобувачу.*
10. Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., **Магера Н. С.** Ефективність лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами // Новини стоматології. 2016. № 4. С. 106. *Здобувачем проведено обстеження хворих, статистичне опрацювання даних, проведено аналіз та узагальнення результатів.*
11. Магера Н. С. Нормалізація функціональної оклюзії у пацієнтів з підвищеним стиранням зубів асоційованим зі скронево-нижньощелепними розладами // Стоматологічні новини. 2016. №15. С. 44.
12. Yuriy Rybert, Taras Pupin, Volodymyr Shybinsky, **Nataliya Magera**. Analysis of dentoalveolar system in excessive tooth abrasion complicated by temporomandibular disorders // «Environment and the condition of the oral cavity», Lublin 2019, P.19 *Здобувачем проведено аналіз та узагальнення результатів.*

АНОТАЦІЯ

Магера Н.С. Особливості діагностики та ортопедичного лікування хворих із підвищеним стиранням твердих тканин зубів та скронево-нижньощелепними розладами. - На правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2020.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності стоматологічної реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами шляхом розпрацювання комплексу заходів їх діагностики та лікування. На підставі комплексу клінічних та додаткових методів обстеження отримано нові наукові дані щодо особливостей наявної ортопедичної патології в ротовій

порожнині хворих тільки з підвищеною стертістю зубів та хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами

Виявлені залежності клінічних варіантів скронево-нижньощелепних розладів (м'язових, суглобових, комбінованих) від клінічних форм та локалізації підвищеної стертості зубів.

Визначені особливості особистісної та ситуативної тривожності притаманні хворим з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами. Запропоновані та науково обгрунтовані алгоритми клінічного обстеження хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами. Розпрацьовано науково обгрунтований комплекс лікувальних заходів для реабілітації хворих з підвищеною стертістю зубів і скронево-нижньощелепними розладами.

Ключові слова: підвищена стертість зубів, скронево-нижньощелепні розлади, електронна аксіографія, оклюзійна терапія, ортопедичне лікування, діагностика захворювань СНЩР.

АННОТАЦИЯ

Магера Н.С. Особенности диагностики и ортопедического лечения больных с повышенным стиранием твердых тканей зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами.-На правах рукописи. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук (доктора философии) по специальности 14.01.22 – стоматология. - Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, МЗ Украины, Львов, 2020. Распространенность повышенной стираемости твердых тканей зубов в Украине и экономически развитых странах составляет от 11,8 до 31,0% случаев стоматологических заболеваний.

Ведущими этиологическими факторами развития повышенной стираемости зубов может быть незавершенность минерализации твердых тканей зубов, влияние химических и абразивных агентов, парафункции жевательных мышц. Не исключают факторы влияния общесоматических болезней и наследственного фактора.

Считается, что существует прямая зависимость между окклюзионными нарушениями, одним из которых является повышенная стираемость зубов, и дисфункциональным состоянием жевательных мышц, а также функциональными нарушениями височно-нижнечелюстных суставов.

Целью исследования является повышение эффективности стоматологической реабилитации больных с повышенной стираемостью зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами путем разработки комплекса мер их диагностики и лечения. Для достижения цели были поставлены задания

исследования, которые заключались в определении структуры ортопедической патологии больных только с повышенной стираемостью зубов и в сочетании с височно-нижнечелюстными расстройствами, изучении структуры височно-нижнечелюстных расстройств и особенностей личностной и ситуативной тревожности больных с повышенной стираемостью зубов, разработка методов лечения и определение их эффективности.

Важным фактором является то, что у людей старшего возраста наряду с повышенной стираемостью зубов часто диагностируются и другие стоматологические болезни, такие как множественные дефекты зубных рядов, ортодонтическая патология или вторичные деформации, заболевания тканей пародонта и тому подобное. Не исключается и ятрогенная патология вследствие несовершенного стоматологического лечения. Важными факторами в диагностике этой болезни является и определение психоневрологического статуса пациентов.

На основании комплекса клинических и дополнительных методов обследования получены новые научные данные об особенностях имеющейся ортопедической патологии в ротовой полости больных только с повышенной стираемостью зубов и больных с повышенной стираемостью зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами.

Выявлены зависимости клинических вариантов височно-нижнечелюстных расстройств (мышечных, суставных, комбинированных) от клинических форм и локализации повышенной стираемости зубов.

Определены особенности личностной и ситуативной тревожности, присущие больным с повышенной стираемостью зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами.

Предложены и научно обоснованы методы клинического обследования больных с повышенной стираемостью зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами.

Разработан научно обоснованный комплекс лечебных мероприятий для реабилитации больных с повышенной стираемостью зубов и височно-нижнечелюстными расстройствами.

Ключевые слова: повышенная стираемость зубов, височно-нижнечелюстные расстройства, электронная аксиография, окклюзионная терапия, ортопедическое лечение, диагностика заболеваний ВНЧС.

ABSTRACT

N.S. Magera. Features of diagnosis and orthopedic treatment of patients with excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders. – PhD Thesis Manuscript. The thesis for the Candidate degree in Medical Sciences (Doctor of Philosophy) in specialty

14.01.22 – Dentistry. – Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Lviv 2020.

The thesis is devoted to an improvement of the efficacy of oral rehabilitation of patients with excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders by developing a comprehensive set of measures for their diagnosis and treatment. New scientific data on features of present orthopedic pathology in an oral cavity of patients only with the excessive tooth abrasion and patients who have a combination of both excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders were obtained based on a series of clinical and additional methods of examination.

Relationships between clinical types of temporomandibular disorders (muscular, articular, combined) and clinical types and localization of excessive tooth abrasion were revealed.

Certain features of state and trait anxiety specific to patients with excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders were found.

Algorithms for clinical examination of patients with excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders have been proposed and scientifically substantiated.

A scientifically substantiated set of therapeutic measures for the rehabilitation of patients with excessive tooth abrasion and temporomandibular disorders has been developed.

Keywords: excessive tooth abrasion, temporomandibular disorders, electronic axiography, occlusal therapy, orthopedic treatment, diagnosis of TMJ diseases.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

КССШ	- кут сагітального суглобового шляху
КТ	- комп'ютерна томографія
КТСШ	- кут трансверзального суглобового шляху
МРТ	- магнітно-резонансна томографія
ОТ	- особистісна тривожність
ПС	- підвищена стертість зубів
РТ	- реактивна тривожність
СНР	- скронево-нижньощелепні розлади
СНЩС	- скронево-нижньощелепний суглоб
СТ	- ситуативна тривожність
УЗД	- ультразвукова діагностика
ФС	- фізіологічне стирання зубів