

©В. П. Гавалешко<sup>1</sup>, О. Є. Кошкін<sup>2</sup>, В. І. Рожко<sup>1</sup>ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"<sup>1</sup>  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"<sup>2</sup>**РОЛЬ СПЕЦІАЛЬНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗУБНИХ РЯДІВ НА ФОНІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)**

**Резюме.** У статті висвітлено показання до спеціалізованої ортопедичної підготовки порожнини рота при ревматоїдному артриті, що заключається у функціональному зішліфовуванні скатів горбків, видаленні висунутих зубів, вирівнюванні оклюзійної поверхні, перебудові м'якотатичного рефлексу, відновленні міжоклюзійної висоти та нормалізації рухів нижньої щелепи.

**Мета дослідження** – провести аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури щодо спеціальної ортопедичної підготовки пацієнтів із деформаціями зубних рядів на фоні ревматоїдного артриту.

**Матеріали і методи.** У дослідженні застосовано бібліосемантичний та аналітичний методи.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Під час виконання дослідження було проведено огляд та аналіз останніх даних вітчизняної та зарубіжної науково-медичної літератури щодо питання ортопедичної підготовки пацієнтів із деформаціями зубних рядів на фоні ревматоїдного артриту.

**Висновки.** На сьогодні питання важливості спеціальної ортопедичної допомоги пацієнтам із деформаціями зубних рядів при ревматоїдному артриті є недостатньо вивченими. Ортопедична допомога особам із частковою втратою зубів і захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) здійснюється строго індивідуально і комплексно після проведення загального лікування й у період ремісії ревматоїдного артриту.

**Ключові слова:** ортопедія; протезування; ревматоїдний артрит; зубні ряди; скронево-нижньощелепний суглоб.

**ВСТУП** Функціональні та структурні елементи зубощелепної системи тісно пов'язані між собою та являються керованою динамічною системою в людському організмі. Скронево-нижньощелепним розладам, порушенням оклюзії, у тому числі з частковою втратою зубів, і їх взаємозв'язку присвячено значну кількість публікацій у науково-практичних фахових виданнях, що зумовлено високим рівнем розповсюдження скронево-нижньощелепних розладів серед хворих, які звертаються до стоматологів. Регуляція рухів у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) і розподіл силових навантажень на суглобові головки при жуванні здійснюються за наявності складних нервово-рефлекторних зв'язків жувальної мускулатури, зв'язкового апарату СНЩС, рецепторів пародонта зубів. Найменші зміни у нервово-рефлекторних механізмах призводять до порушення функції системи [1, 3, 4, 11].

Пусковим механізмом, що призводить до зниження міжоклюзійної висоти, є підвищена стертість твердих тканин зубів, деформації зубних рядів, а також часткова їх відсутність. Декомпенсована форма генералізованої підвищеної стертості твердих тканин зубів, деформації зубощелепної системи, що супроводжуються укороченням нижньої третини обличчя, можуть призвести не тільки до порушення функції жувальних м'язів, але й до зміни взаємовідношення елементів СНЩС [2, 5, 8]. У даний час є значна кількість даних про поширеність зубощелепних аномалій і деформацій у дорослих, їх потребу в лікуванні. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, поширеність зубощелепних аномалій зі зниженням висоти гнатичної частини обличчя доволі висока, і відповідно до публікацій різних авторів, складає від 11 до 60 % [13, 14, 20].

Ревматоїдний артрит (РА) – це системне захворювання сполучної тканини, що проявляється суглобовим синдромом, від якого, за даними ВООЗ (2005), страждає не менше 1% населення і починається з периферичних дрібних суглобів (суглоби пальців рук і ніг) та поширюється на великі (плечовий і колінний). Ураження СНЩС можуть проявлятися як у вигляді самостійного захворювання, так і розвиватися при різноманітних системних

захворюваннях [12, 13]. Найчастіше дана патологія буває в жінок, ніж у чоловіків (3,5:1).

Великий інтерес представляють прояви ревматоїдного артриту, що у 20 % випадків дебютує саме з ураженням СНЩС. Прогресуючий перебіг, яскраво виражена тенденція до інвалідизації хворих, не до кінця визначена етіологія свідчать про соціальну значимість даного захворювання [4, 7, 10].

**Метою дослідження** було провести аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури щодо спеціальної ортопедичної підготовки пацієнтів із деформаціями зубних рядів на фоні ревматоїдного артриту.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** У дослідженні застосовано бібліосемантичний та аналітичний методи.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Під час виконання дослідження було проведено огляд та аналіз останніх даних вітчизняної та зарубіжної науково-медичної літератури щодо питань ортопедичної підготовки пацієнтів із деформаціями зубних рядів на фоні ревматоїдного артриту.

Пацієнти із супутніми захворюваннями в анамнезі є носіями зубощелепних аномалій із характерними для них морфологічними і функціональними порушеннями. При малих зубних дефектах у більшості пацієнтів спостерігають задовільне переживання їжі. За цією причиною вони не завжди вчасно звертаються за ортопедичною допомогою.

При середніх та великих дефектах зубних рядів пародонт сприймає оклюзійне навантаження, незвичне за напрямком, у результаті якого виникає функціональне травматичне перевантаження пародонта, порушення кровопостачання тканин. У ряді випадків після видалення зубів пацієнт відкладає протезування на певний час. Кожний зуб має визначене місце в зубному ряді, що забезпечує гармонію й рядів, естетичний ефект та повноцінне виконання функції жування та мови. Переміщення зубів, що втратили свої антагоністи, або сусідні, зумовлює додаткову деформацію оклюзійних поверхонь зубних рядів. У свою чергу, це змінює характер руху нижньої щелепи, порушує множинність контактів при різних оклюзіях та в кінцевому результаті створює для СНЩС нові,

незвичні умови у функціональному співвідношенні. Пристосувальні реакції людини з віком послаблюються, а нові функціональні зміни не завжди компенсуються перебуваючи в СНЩС [5, 6, 16, 20].

Таким чином, ще одним із показань до спеціалізованої ортопедичної підготовки перед протезуванням є вирівнювання нахилених та висунутих зубів у бік дефекту. Крім того, інколи для протезування наявне місце є недостатнім, або ж навпаки, надмірним. У даному випадку в ході протезування буває важко відтворити повноцінну естетику і функцію зубного ряду, тому наступним показанням є створення місця штучним зубам або закриття проміжків [8, 9].

Враховуючи клініку ревматоїдного артриту, доцільним етапом є попередня перебудова нейром'язового апарату зубощелепної системи хворого, використовуючи накусочну пластинку, накусочні площадки-пелоти, капи та тимчасові протези. Лікування деформацій зубних рядів і відновлення міжоклюзійної висоти перед протезуванням забезпечує високий естетичний ефект і виключає утворення травматичної оклюзії. У пацієнтів із дефектами зубних рядів необхідно проводити корекцію деформацій зубних рядів не тільки у вертикальній площині, але й у сагітальній та трансверзальній площинах [15,17,18].

Усунення оклюзійних порушень при дефектах зубних рядів є важливою частиною спеціальної підготовки порожнини рота до протезування. Тому даний етап має наступні цілі, а саме: нормалізувати оклюзійні взаємовідношення, функції жувальних м'язів, рухи нижньої щелепи; усунути функціональне переваження пародонта; створити умови для виготовлення раціональної конструкції протеза.

Пацієнтам із деформаціями зубних рядів унаслідок вертикального зубоальвеолярного подовження верхніх і/або нижніх зубів та захворюваннями СНЩС усувають оклюзійні порушення шляхом вкорочення зубів із попереднім депульпуванням. Величину укорочення визначають у порожнині рота або на діагностичних моделях, загіпсованих в артикулятор. Видалення нефункціональних зубів проводять обов'язково під контролем оклюзійних кап. Перед виготовленням капи на робочих гіпсових моделях видаляють зуби, після чого виготовляли індивідуальні капи.

Пацієнтам із дефектами зубного ряду та зниженням міжоклюзійної висоти та захворюваннями СНЩС виготовляють роз'єднувальні оклюзійні капи, якими хворі користуються 1,5–2 місяці. Після нормалізації функції жувальних м'язів і відновлення міжоклюзійної висоти проводять раціональне протезування [2, 5, 8, 14].

У пацієнтів із підвищеною стертістю зубів, дефектами зубного ряду і зниженням міжоклюзійної висоти та захворюваннями СНЩС були зафіксовані зміни положення нижньої щелепи як у вертикальному, так і горизонтальному напрямках, зменшення висоти коронкової частини зуба, зниження міжоклюзійної висоти. Також знижувався тонус м'язів, що піднімають нижню щелепу та збільшу-

вався тонус крилоподібних м'язів при дистальному зміщенні. Нерівномірна стертість зубів з утворенням гострих країв та кратероподібних заглиблень призводить до передчасних направляючих зубних контактів і артикуляційної перешкоди, що сприяє ще більшому зміщенню нижньої щелепи і підвищенню тонузу жувальних м'язів [3, 9, 19].

Ортопедичне лікування має ряд своїх особливостей. По-перше, моделювання ортопедичних конструкцій необхідно проводити в артикуляторі з обов'язковим відновленням анатомічної форми зуба, створенням щільного, множинного оклюзійного контакту і ковзкої артикуляції. По-друге, створення ортопедичних конструкцій проводять лише під контролем оклюзійних кап у найближчі терміни. Збільшуються показання до виготовлення штучних коронок, перевагу надають суцільно литим та металокерамічним зубним протезам. Також збільшується кількість опорних зубів при моделюванні мостоподібних протезів. По-третє, навіть при відсутності одного зуба необхідно відновлювати дефект, для цього рекомендують використовувати адгезивні мостоподібні протези. Відновлення дистальних дефектів зубного ряду рекомендують проводити бюгельними протезами із замковою і телескопічною системою фіксації. По-четверте, накладання зубних протезів здійснювати з ретельною перевіркою артикуляційних рухів нижньої щелепи.

Надання допомоги проводять строго індивідуально, що включає в себе усунення напруження і спазму жувальних м'язів, заміщення твердих тканин і відновлення функції СНЩС і рухів нижньої щелепи, з попереднім проведінням медикаментозної і психологічної підготовки і у період ремісії ревматоїдного артриту. Тому основним завданням ортопедичного лікування пацієнтів залишається відновлення жувальної ефективності в повному обсязі. Проведення санації порожнини рота потрібно здійснювати під контролем оклюзійних кап. При захворюваннях пародонта пацієнти, особливо з ревматоїдним артритом, підлягають диспансеризації, з обов'язковим гігієнічним контролем не рідше одного разу на три місяці [4, 5, 8, 9].

**ВИСНОВКИ** На сьогодні питання важливості спеціальної ортопедичної підготовки пацієнтам із деформаціями зубних рядів при ревматоїдному артриті є недостатньо вивченим. Таким чином, при наявності деформацій зубних рядів та захворюваннях скронево-нижньощелепного суглоба необхідна спеціальна ортопедична підготовка перед протезуванням, яка заключається у функціональному зішліфовуванні скатів горбків або видаленні висунутих зубів, вирівнюванні оклюзійної поверхні, побудові міотатичного рефлексу, відновленні міжоклюзійної висоти та нормалізації рухів нижньої щелепи.

**Перспектива подальших досліджень** Вивчення впливу ревматоїдного артриту на ортопедичне лікування пацієнтів із захворюваннями скронево-нижньощелепного суглобів та розробка і впровадження алгоритмів надання спеціальної ортопедичної допомоги.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Воловар О. С. Можливості променевої діагностики патології скронево-нижньощелепного суглоба : огляд / О. С. Воловар, В. О. Маланчук, О. І. Жуковцева // Укр. мед. часопис. – 2010. – № 3. – С. 90–94.

2. Дмитренко І. А. Особливості стану зубощелепної системи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І. А. Дмитренко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2014. – № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/>

osoblivosti-stanu-zuboschepnoyi-sistemi-u-hvorih-iz-serednimi-i-velikimi-defektami-zubnih-ryadiv (дата звернення: 15.05.2018).

3. Єзерська О. О. Сучасний метод діагностики функціонального стану СНЩС / О. О. Єзерська, М. С. Дрогомирецька, І. М. Гергель // Вісник стоматології. – 2013. – № 1. – С. 183–184.

4. Кулінченко Р. В. Сконево-нижньощелепний суглоб і оклюзія зубів : огляд літератури / Р. В. Кулінченко // Український стоматологічний альманах. – 2001. – № 5. – С. 78–79.

5. Тактика ведення ортопедических больных с вторичными деформациями зубных рядов, осложненными дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Н. В. Лапина, Ю. В. Скориков, А. Н. Сидоренко, Т. П. Старченко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 6 (141). – С. 118–120.

6. Ляховська А. В. Електроміографія жувальних м'язів у діагностиці дисфункції сконево-нижньощелепного суглоба у підлітків / А. В. Ляховська // Вісн. проблем біології і мед. – 2015. – Вип. 2, т. 2. – С. 165–169.

7. Макєєв В. Ф. Сучасні погляди на етіологію і патогенез дисфункцій сконево-нижньощелепних суглобів ; огляд літератури / В. Ф. Макєєв, Ю. О. Риберт, Н. С. Магера // Новини стоматології. – 2014. – № 1. – С. 14–18.

8. Ожоган Р. З. Сучасні методи діагностики і лікування хворих із дефектами зубних рядів, ускладненими розладами сконево-нижньощелепного суглоба / Р. З. Ожоган, М. М. Рожко, З. Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2017. – № 1. – С. 37–41.

9. Риберт Ю. О. Особливості діагностики та ортопедичного лікування пацієнтів із підвищеним стиранням твердих тканин зубів та дисфункціями сконево-нижньощелепних суглобів / Ю. О. Риберт, Н. С. Магера // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 3. – С. 89.

10. Черкашин С. І. Історичні та сучасні погляди на класифікацію, клініку, діагностику хронічних артритів сконево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) / С. І. Черкашин, Л. В. Ребуха // Клінічна стоматологія. – 2014. – № 1–2. – С. 41–46.

11. Шкільняк Л. І. Сконево-нижньощелепний суглоб. Особливості функціональної анатомії та гістоструктури при дисфункції / Л. І. Шкільняк, А. А. Зализюк-Крапівна // Український стоматологічний альманах. – 2015. – № 1. – С. 78–83.

12. Advances in pubertal growth and factors influencing it: Can we increase pubertal growth? / A. Soliman, V. De Sanctis, R. Elalaily, S. Bedair // Indian J. Endocrinol. Metab. – 2014. – Vol. 18, Issue 7. – P. 53–62.

13. Corrao S. The new criteria for classification of rheumatoid arthritis: what we need to know for clinical practice / S. Corrao, L. Calvo, G. Licata // European Journal of Internal Medicine. – 2011. – Vol. 22. – P. 217–219.

14. Greene Ch. S. Relationship between occlusion and temporomandibular disorders: Implication for the orthodontist / Ch. S. Greene // AJO-DO. – 2011. – Vol. 139, Issue 1. – P. 10–16.

15. Effect of mandibular mobilization on electromyographic signals in muscles of mastication and static balance in individuals with temporomandibular disorder: study protocol for a randomized controlled trial [Electronic resource] / Y. El. Hage, F. Politti, D. F. de Sousa // Trials. – 2013. – Vol. 14. – P. 316.

16. Factors associated with temporomandibular disorders pain in adolescents / G. Fernandes, M. K. van Selms, D. A. Gonsalves [et al.] // J. Oral. Rehabil. – 2015. – Vol. 42, No. 2. – P. 113–119.

17. Surface raw electromyography has a moderate discriminatory capacity for differentiating between healthy individuals and those with TMD: a diagnostic study / U. Santana-Mora, M. Lopez-Raton, M. J. Mora // J. Electromyogr. Kinesiol. – 2014. – Vol. 24, No. 3. – P. 332–340.

18. Raman P. Physiologic neuromuscular dental paradigm for the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders / P. Raman // J. Calif. Dent. Ass. – 2014. – Vol. 42, No. 8. – P. 563–571.

19. Temporomandibular disorder and generalized joint hypermobility: application of diagnostic criteria / F. Pasinato, J. A. Souza, E. C. Correa, A. M. Silva // Braz. J. Otorhinolaryngol. – 2011. – Vol. 77. – P. 418–425.

20. Türp J. C. The dental occlusion as a suspected cause for TMDs: epidemiological and etiological considerations / J. C. Türp, H. Schindler // J. Oral Rehabil. – 2012. – Vol. 39, No. 7. – P. 502–512.

Отримано 10.04.18

©V. P. Havaleshko<sup>1</sup>, O. Ye. Koshkin<sup>2</sup>, V. I. Rozhko<sup>1</sup>  
Bukovinian State Medical University, Chernivtsi<sup>1</sup>  
Ivano-Frankivsk National Medical University<sup>2</sup>

#### THE ROLE OF SPECIAL PROSTHODONTIC PREPARATION OF PATIENTS WITH DENTAL ROW DEFORMATIONS ON A BACKGROUND OF RHEUMATOID ARTHRITIS (LITERATURE REVIEW)

**Summary.** The article highlights the role of special prosthodontic treatment of patients with rheumatoid arthritis and dental row deformations.

**The aim of the study** – to conduct the analysis of modern domestic and foreign literature the causes of special prosthodontic treatment for patients with dental row deformations and rheumatoid arthritis.

**Materials and Methods.** The research used bibliosemantic and analytical methods.

**Results and Discussion.** During the study, the latest scientific and domestic and foreign medical literature data on the issue of prosthodontic preparation for patients with dental row deformations on a background of rheumatoid arthritis were studied and analyzed.

**Conclusions.** Nowadays, the question of choosing the best prosthodontic treatment for patients with dental row deformations on a background of rheumatoid arthritis is not studied enough. Prosthodontic treatment of patients with partial tooth loss and temporomandibular joint disorders should be true strictly individually and complex after general treatment and at the period of rheumatoid arthritis remission.

**Key words:** prosthodontics; prosthesis; rheumatoid arthritis; dental rows; temporomandibular joint.

©В. П. Гавалешко<sup>1</sup>, О. Е. Кошкин<sup>2</sup>, В. И. Рожко<sup>1</sup>

ВГУЗ Украины "Буковинский государственный медицинский университет"<sup>1</sup>

ГВУЗ "Ивано-Франковский национальный медицинский университет"<sup>2</sup>

**РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**Резюме.** В статье отражено показания к специализированной ортопедической подготовке полости рта при ревматоидном артрите, которая заключается в функциональном сошлифовании скатов бугорков, удалении выдвинутых зубов, выравнивании окклюзионной поверхности, перестройке миотатического рефлекса, возобновлении межокклюзионной высоты и нормализации движений нижней челюсти.

**Цель исследования** – провести анализ современной отечественной и зарубежной литературы относительно специальной ортопедической подготовки пациентов с деформациями зубных рядов на фоне ревматоидного артрита.

**Материалы и методы.** В исследовании использовано библиосемантический и аналитический методы.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Проведен обзор и анализ последних данных отечественной и зарубежной научной литературы по вопросу ортопедической подготовки пациентов с деформациями зубных рядов на фоне ревматоидного артрита.

**Выводы.** На сегодня вопрос выбора важности специальной ортопедической помощи пациентам с деформациями зубных рядов при ревматоидном артрите является недостаточно изученным. Ортопедическая помощь лицам с частичной потерей зубов и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) осуществляется строго индивидуально и комплексно после проведения общего лечения и в период ремиссии ревматоидного артрита.

**Ключевые слова:** ортопедия; протезирование; ревматоидный артрит; зубные ряды; височно-нижнечелюстной сустав.