



УДОСКОНАЛЕННЯ ДІАГНОСТИКИ ВТОРИННИХ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ПРИ ПЛАНУВАННІ ЛІКУВАННЯ

Федорова О.  0009-0008-5874-5140,

Саранчук О.  0009-0009-0881-060X

ПВНЗ Київський медичний університет, м. Київ, Україна
Кафедра ортопедичної стоматології і ортодонтії

Вступ. У роботі проаналізовано науково-практичну цінність класифікації вторинних зубощелепних деформацій, розробленої С. І. Дорошенко та доопрацьованої під її керівництвом співробітниками кафедри. Зазначено, що застосування даної класифікації в оновленому вигляді дозволяє підвищити точність діагностики та ефективність ортопедичного лікування пацієнтів із вторинними зубощелепними деформаціями (ВЗЩД).

ВЗЩД є одним із найскладніших наслідків втрати зубів, що супроводжуються морфологічними змінами оклюзійної площини, перебудовою кісткової тканини та порушенням функції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Клінічні спостереження показують, що будь-яка зубощелепна деформація є складним комплексом взаємопов'язаних порушень, які проявляються різноманітними клінічними формами. Саме ця поліморфність ВЗЩД зумовлює необхідність науково обґрунтованого підходу до їх систематизації під час проведення діагностичних заходів.

Вибір тактики лікування та обсягу підготовки — від ортодонтичної корекції до радикального видалення зубів — залежить від точності оцінки клінічної ситуації. Отже, різні клінічні форми деформацій потребують диференційованого підходу до їх усунення як на етапі підготовки до протезування, так і в період подальшої реабілітації.

Науковцями були запропоновані різні класифікації, що відображають певні характеристики ВЗЩД. Проте жодна з найбільш відомих систем не дає цілісної оцінки стану зубощелепного апарату при даній патології. Професоркою С. І. Дорошенко ще у 1991 році було представлено класифікацію ВЗЩД, яка враховувала наявність

деформацій у трьох взаємоперпендикулярних площинах, відображала їхню форму, етіологію, патогенез, а також характер і ступінь патологічних змін.

Попри ґрунтовність класифікації С. І. Дорошенко, сучасні клінічні можливості — зокрема впровадження конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) та методів цифрової діагностики — вимагають більшої деталізації та адаптації існуючих підходів. Саме це стало підґрунтям для проведення нашого дослідження, спрямованого на вдосконалення діагностичного протоколу.

Мета дослідження: удосконалення діагностичного аналізу клінічної ситуації при плануванні лікування пацієнтів із вторинними зубощелепними деформаціями шляхом застосування та деталізації класифікаційної схеми ВЗЩД професора С. І. Дорошенко.

Матеріали та методи. Для вивчення розповсюдженості ВЗЩД та визначення характерних для них порушень зубощелепного апарату було проведено обстеження пацієнтів віком від 18 до 60 років, які звернулися по допомогу, а також студентів 3–5 курсів стоматологічного факультету. Дослідження виконувалося на базі кафедри ортопедичної стоматології і ортодонтії ПВНЗ «Київський медичний університет».

Для збору та аналізу даних використовували розроблену нами карту стоматологічного обстеження, в основу якої покладено класифікаційну схему ВЗЩД С. І. Дорошенко (1991). Запропоновані нами доповнення до карти дозволили отримати вичерпну характеристику клінічної ситуації кожного пацієнта, враховуючи сучасні діагностичні критерії.

Загалом було обстежено 367 осіб (183 чоловіки — 49,86 % та 184 жінки — 50,14 %) віком від 18 до 60 років. Розподіл за віковими групами був таким:

- до першої групи (18–24 роки) увійшли 123 особи, серед яких чоловіки склали 52,03 % ($n = 64$), жінки — 47,97 % ($n = 59$);
- другу групу (25–44 роки) сформували 130 пацієнтів, із них 48,46 % чоловіків ($n = 63$) та 51,54 % жінок ($n = 67$);
- третя група (45–60 років) включала 114 осіб, де частка чоловіків становила 49,12 % ($n = 56$), а жінок — 50,88 % ($n = 58$).

Таким чином, сформовані групи були репрезентативними та збалансованими за статеві-віковими характеристиками, що дозволило об'єктивно оцінити поширеність вторинних зубощелепних деформацій у різних вікових категоріях.

Для поглибленого клініко-лабораторного обстеження та подальшого лікування було відібрано 70 осіб із ВЗЩД віком 18–60 років (39 жінок — 55,71 % та 31 чоловіків — 44,29 %). Розподіл пацієнтів за віковими групами був таким:

- 18–25 років — 21 особа (30,00 %), з них 10 чоловіків та 11 жінок;
- 26–45 років — 32 особи (45,71 %), з них 13 чоловіків та 19 жінок;
- 46–60 років — 17 осіб (24,29 %), з них 8 чоловіків та 9 жінок.

Особливу увагу приділяли ретельному аналізу анамнестичних даних для виявлення факторів, що зумовлюють розвиток та ускладнюють клінічну картину ВЗЩД. Для кожного пацієнта заповнювали карту стоматологічного обстеження, яка включала: паспортні дані та скарги; аналіз оклюзії та виду прикусу; оцінку дефектів зубів і зубних рядів (із розрахунком ІРОПЗ); визначення положення середньої міжрізцевої лінії та висоти прикусу. Також проводили оцінку якості раніше виконаних реставрацій (стан пломб та ортопедичних конструкцій), уточнювали терміни й причини втрати зубів, оцінювали стан жувальних м'язів і СНЩС. На основі цих даних визначали форму, вид та ступінь вираженості вторинних деформацій.

Результати. Запропонована схема-класифікація дозволяє систематизувати вторинні зубощелепні деформації у трьох площинах (горизонтальній — сагітальній та трансверзальній напрямки, та вертикальній), а також диференціювати їх залежно від ступеня залучення ланок зубощелепного апарату. У класифікації виділено такі основні форми ВЗЩД:

- I — зубна (дентальна): патологічні зміни стосуються лише окремих зубів;
- II — зубоальвеолярна (дентоальвеолярна): у процес залучено альвеолярний відросток щелепи;
- III — щелепна (гнатична): характеризується порушенням міжщелепних співвідношень або вираженою зміною форми альвеолярної частини щелепи.

Класифікація відображає етіологію та патогенез ВЗЩД, враховуючи наявність супутніх станів: пародонтопатій, патологічної стертості, розладів СНЩС та вихідного виду прикусу (фізіологічний чи патологічний). Ключовим діагностичним критерієм є стан висоти оклюзії (міжальвеолярної висоти), яка може бути збереженою, зниженою або нефіксованою. Це дозволяє провести чітку диференціацію між справжніми та хибними формами деформацій.

Крім того, враховується характер порушення оклюзії (локалізований або генералізований), що визначає обсяг майбутнього протетичного лікування. Зазначена схема-класифікація була доповнена професором С. І. Дорошенко з метою деталізації характеру основних змін, зокрема введено уточнення ступенів вираженості для зубних та зубоальвеолярних форм.

Доопрацьована схема-класифікація ВЗЩД (за С. І. Дорошенко)

Класифікація систематизує деформації за морфологічними ознаками та ступенем важкості:

I. Зубна (дентальна) форма — зміни в межах окремих зубів:

- 1-й ступінь: зміщення зуба в межах $\frac{1}{3}$ висоти коронки (зуба-антагоніста або сусіднього зуба);
- 2-й ступінь: зміщення від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ висоти коронки;
- 3-й ступінь: зміщення понад $\frac{1}{2}$ висоти коронки зуба.

II. Зубоальвеолярна (дентоальвеолярна) форма — залучення альвеолярного відростка:

- 1-й ступінь: вертикальне або горизонтальне переміщення зуба разом із гіпертрофією чи атрофією альвеолярного краю в межах $\frac{1}{3}$ його висоти;
- 2-й ступінь: переміщення в межах від $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$ висоти альвеолярної частини;
- 3-й ступінь: виражене переміщення, що перевищує $\frac{1}{2}$ висоти альвеолярного відростка.

III. Щелепна (гнатична) форма:

Характеризується зміною форми щелепної кістки або порушенням міжщелепних співвідношень у трьох площинах (сагітальній, трансверзальній, вертикальній).

Додаткові діагностичні критерії:

- За характером поширення: локалізовані (в межах однієї групи зубів) або генералізовані деформації.
- За станом оклюзійної висоти: збережена, знижена (фіксована) або нефіксована висота оклюзії.
- За етіопатогенетичними факторами: на тлі захворювань пародонта, патологічної стертості, вроджених аномалій або функціональних розладів СНЩС.

Висновки. Класифікація С. І. Дорошенко залишається найбільш адаптованим інструментом для клінічного використання в Україні. Вона забезпечує комплексний аналіз патології, враховуючи фонові чинники: тип прикусу, стан оклюзії та наявність супутніх патологічних процесів у зубощелепному апараті. Схема демонструє тісний взаємозв'язок морфологічних змін із функціональним станом усієї зубощелепної системи.

Використання цієї класифікації дозволяє чітко визначити обсяг і послідовність необхідної підготовки до ортопедичної реабілітації, а також сприяє ефективній

комунікації між суміжними спеціалістами на всіх етапах лікування. Внесені зміни щодо конкретизації характеру деформацій (ступінь вертикального подовження, довжина переміщення, ступінь нахилу чи ротації зубів у горизонтальній площині) створюють підґрунтя для розробки алгоритмів цифрової діагностики. Це, своєю чергою, дозволяє автоматизувати та спростити планування комплексної реабілітації пацієнтів із вторинними зубощелепними деформаціями.

Ключові слова: *вторинні зубощелепні деформації; класифікація С. І. Дорошенко; оклюзія; ортодонтична підготовка; цифрова діагностика; планування лікування.*