

© Новіков В. М.

УДК 616.724-002 : 616.314.26

ОКЛЮЗИЙНА КОРЕКЦІЯ ПРИ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ*

Новіков В.М.

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

В статті «Окклюзионная коррекция при воспалительных заболеваниях ВНЧС» предлагается план ортопедического лечения и принцип подбора окклюзионных шин при воспалительных неспецифических заболеваниях. Состояние пациентов оценивается при помощи магнито-резонансной томографии и электромиографии в прямой связи с функциональной окклюзией. Выбор шины должен проводиться только после комплексного исследования состояния ВНЧС с учетом суставных, мышечных и окклюзионных факторов.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, окклюзионные шины, ортопедическое лечение.

Скроднево-нижньощелепні суглоби (СНЩС), нижня щелепа, жувальні м'язи, зубні ряди є складовою частиною щелепно-лицевої ділянки, яка забезпечує первинну обробку їжі та членороздільне мовлення [1].

Коли жувальна система втрачає здатність адекватно адаптуватися до уражуючих факторів, можлива поява запальних станів, внаслідок цього виникає нефункціональне розташування елементів СНЩС. Більшість людей має зубні ряди з деякими елементами оклюзійної дисгармонії, тому відновлення співвідношення анатомічних структур суглоба за допомогою оклюзійної корекції завжди буде сприяти полегшенню хворобливого стану пацієнта [2].

Матеріали та методи

За період з 1994 по 2004 рік під нашим спостереженням знаходилось близько 200 осіб з порушенням функцій СНЩС різного походження. За ортопедичною допомогою вони звернулись самостійно або були направлені на консультацію лікарями інших стоматологічних спеціальностей. За нашою рекомендацією кожен із пацієнтів був проконсультований співробітниками кафедри удосконалення лікарів-терапевтів УМСА та лікарями ревматологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні.

За попереднім діагнозом пацієнти були розподілені за такими нозологічними одиницями:

- артрити (запальні та незапальні; специфічні та неспецифічні; гострі та хронічні);
- артрози (деформуючі, склерозуючі);
- м'язово-суглобові дисфункції.

При обстеженні хворих майже у 25 % виявлені інтактні зубні ряди. Інші мали дефекти зубних рядів верхньої або нижньої щелепи, які розподілені за класифікацією Кеннеді наступним чином: дефекти I класу визначені у 35 % хворих, II класу – у 38 % хворих, III класу – в 24 %, IV класу – в 3 %. Стан зубних рядів суттєво впливав на план лікувальних заходів, який передбачав декілька етапів і мав деякі характерні ознаки [3]. На першому етапі до стоматологічних маніпуляцій слід віднести санацію порожнини рота: ліку-

вання зубів, пародонту, слизової оболонки порожнини рота. При інтактних зубних рядах здійснюють вибірково пришліфовування зубів для створення множинних плавних динамічних контактів при переході з одної оклюзії в іншу, при наявності протезів – їх корекцію, вивірення оклюзійних контактів, при гострому болю – фізіотерапію, при травмах – введення антибіотиків, після зняття гострого болю – самомасаж жувальних м'язів і міогімнастику (при зміщеннях нижньої щелепи).

На цьому ж етапі ми застосовували обов'язковий комплексний підхід до лікування. Хворого повинен був оглянути фахівець загальної практики (сімейний лікар, терапевт, ревматолог, невропатолог або інші). При діагностуванні супутньої патології лікування мусило бути сплановане у погодженні з лікарями відповідних спеціальностей. Це дозволило приблизно у 90 % випадків підтвердити попередній діагноз і звернути увагу на супутні соматичні захворювання саме на стоматологічному прийомі. Особливе значення на цьому етапі надається бесіді з хворим, якому треба пояснити роль дієти, виконання фізіотерапевтичних процедур, усунення шкідливих звичок, відновлення або перебудови прикусу, необхідність користування стоматологічними конструкціями і таке інше.

Для зняття болю іноді застосовували ненаркотичні анальгетики (ацетилсаліцилову кислоту, ібупрофен, анальгін, індометацин), для зняття страху, хвилювання, збудження, нормалізації сну – малі транквілізатори (седуксен, тазепам, еленіум, мепробамат, феназепам), для розслаблення м'язів – мідокалм. Саме на цьому етапі диференціювалися захворювання СНЩС, які потребують хірургічного або стоматоневрологічного лікування. Якщо після першого етапу наставало полегшення, то за показаннями приступали до 2-го етапу. В цей час проводилось протезування – виготовлення лікувальних апаратів для постійного користування. Хворим рекомендується також капи і лікувальні пластинки для поновлення оклюзійної висоти або зняття бруксизму. При відсутності зубів виготовлялись тимчасові лікувально-діагностичні протези. Після накладання ортопедичних апаратів проводився курс фізіотерапії, міогімнастики та міомасажу.

* Стаття є фрагментом міжкафедральної теми «Оптимізація профілактики та лікування стоматологічних захворювань ортопедичними методами» (№ держреєстрації 0102U001303).

Результати дослідження та їх обговорення

Оклюдійні шини при гострих запальних захворюваннях СНЩС застосовуються для зняття болю до з'ясування причини захворювання й призначення етіологічного лікування, для диференційної діагностики порушень, пов'язаних з патологією оклюзії й патологічних проявів іншої етіології, як допоміжний засіб для розслаблення жувальних м'язів при аномаліях прикусу, що супроводжуються болем, у жувальних м'язах, де ортодонтичним шляхом неможливо відновити ортогнатический прикус і нормалізувати функцію жувальних м'язів. Ортопедичні конструкції ми рекомендували застосовувати на ніч протягом тривалого часу до зняття болю з обов'язковим застосуванням працюючої пов'язки.

Як ілюстрацію, наводимо фрагмент дослідження хворої з діагнозом: гострий неспецифічний артрит правого СНЩС. Хвора Г-ва, 29 років, звернулась зі скаргами на гострий біль у правому СНЩС, що посилювався під час рухів нижньої щелепи. При об'єктивному дослідженні встановлено: зубні ряди верхньої та нижньої щелепи інтактні, прикус ортогнатичний. З параклінічних методів дослідження використана оклюзографія, яка не виявила порушень функціональної оклюзії. Магніто-резонансна томографія СНЩС в положенні відкритого і закритого рота була проведена за стандартною методикою [4]. На наведених МРТ-грамах стрілкою відмічені осередки запального процесу.

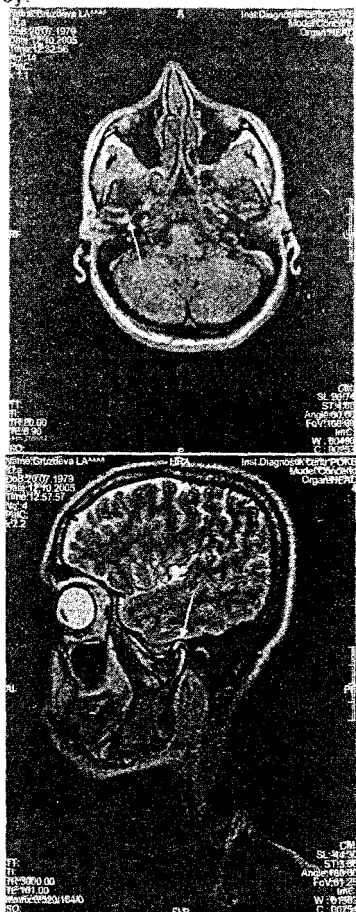
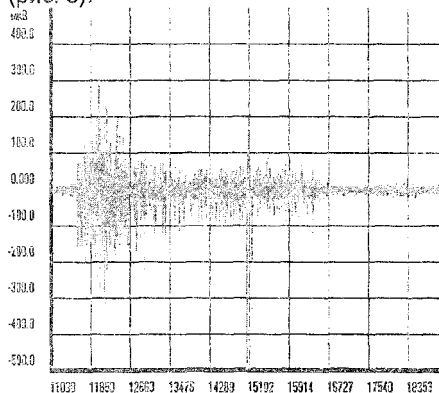
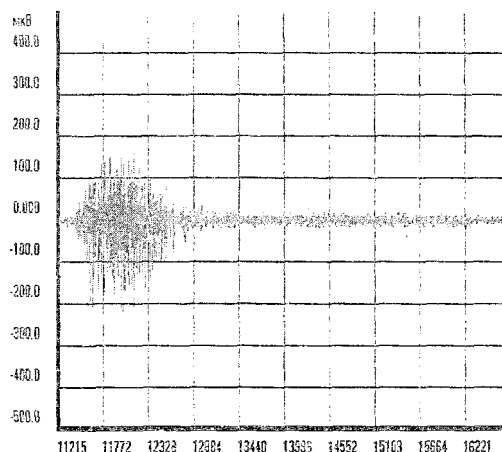


Рис. 1,2. МРТ правого СНЩС хворої Г-вої аксіальна(1) та бічна(2) укладка.

Електроміографічні дослідження проводились за методикою, запропонованою на кафедрі ортопедичної стоматології УМСА [5]. Ми наводимо лише якісну характеристику при виконанні функціональних проб волювального стиснення щелеп і довільного жування, характеризуються наступними закономірностями: - волювального стиснення відрізняється миттєвим включенням багатьох рухомих одиниць, але й досить швидким поступовим зниженням амплітуди коливань біоструму. На тлі зниження амплітуди мають місце поодинокі спонтанні спалахи активності, що може бути свідомством координаційних порушень м'язової діяльності (рис. 3).



Лівий



Правий

Рис. 3. Електроміограма лівого та правого жувальних м'язів при волювальному стисненні щелеп.

При довільному жуванні визначаються окремі спалахи високоамплітудної активності, більш притаманні «ушкодженій» стороні. Структура запису відрізняється лише чітким розчленуванням на періоди активності і гальмування (рис. 4).

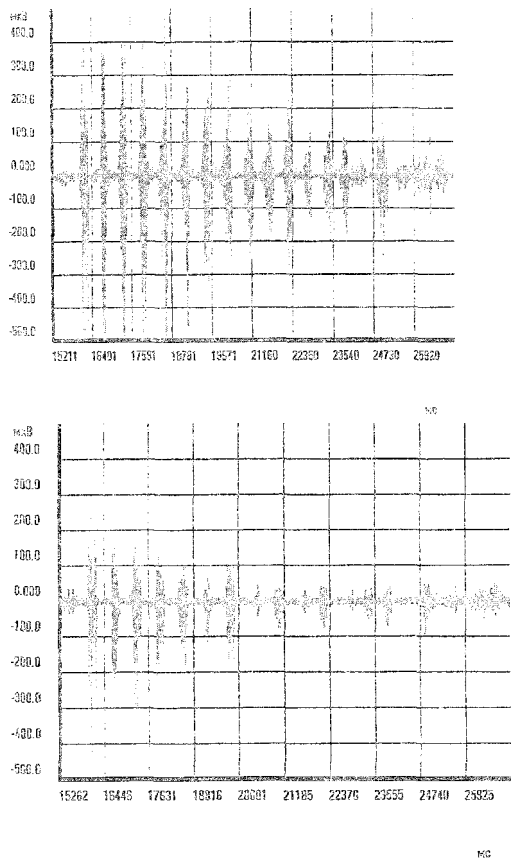


Рис. 4. ЕМГ лівого та правого жуваельних м'язів при виконанні довільного жування.

На підставі проведених досліджень хворій Г-вій підтверджений діагноз «гострий неспецифічний артрит правого СНЩС», у зв'язку з чим їй призначена і виконана конструкція оклюзійної шини, загальний вигляд якої представлений на рисунку 5.

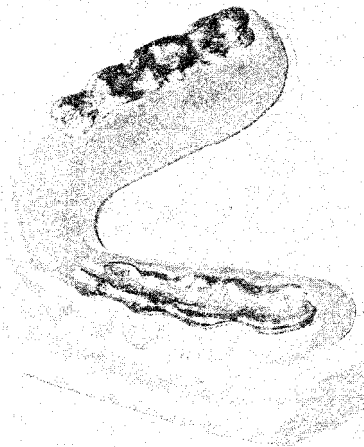


Рис. 5. Загальний вигляд оклюзійної шини.

Спостереження в динаміці користування оклюзійною шиною дозволили відзначити стабільну тенденцію до нормалізації функції СНЩС. Про це свідчать і суб'єктивні відчуття хворої, у якій зникли суглобові болі, відновилися безболісні рухи нижньої щелепи. Однак, ми вважаємо, що пропонувати лише один спосіб ортопедичної корекції стану СНЩС при всіх формах суглобових розладів або захворювань неможливо. В кожній окремій клінічній ситуації слід обирати індивідуальні методи відновлення стану м'язово-суглобового апарату. У зв'язку з цим, ми пропонуємо методику підбору оклюзійних шин, які рекомендуємо застосовувати при неспецифічних запальних захворюваннях СНЩС.

Таблиця 1.

Нозологічна одиниця	Тип шини	Мета застосування	Конструктивні особливості
Артрити	Роз'єднуючі	Профілактика анкілозування суглобів, зняття перевантаження в суглобах	Роз'єднання в межах фізіологічного спокою, збереження можливості горизонтальних зміщень нижньої щелепи
	Центруючі (репозиційні)	Профілактика анкілозування суглобів, відновлення симетрії рухів суглобових голівок, зняття перевантаження меніску	Може мати похилі площини, накусувальні площадки, різну товщину зліва і справа

Таким чином, ортопедичне лікування захворювань СНЩС дає позитивні наслідки лише при урахуванні стану функціональної оклюзії.

Література

1. В. А. Хватова. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – М., Медицина, 1982. – С. 94-96.
2. F. Lobbezoo, DDS, PhD, M. Drangsholt, DDS, MPH et al. Topical Review: New Insights into the Pathology and Diagnosis of Disorders of the TMJ. – Journal of Orofacial Pain, vol. 18, N 3, 2004. – P. 181-190.
3. З. В. А. Хватова. Функциональная окклюзия в норме и патологии. – М., 1993. – С. 107-146.
4. А. П. Дергилев, П. Г. Сысолятин, А. А. Ильин. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава. <http://cardioline.ru/show/?rid=172>
5. В. Н. Дворник, Г. Н. Баля, О. С. Згонник, Абу Сахюн Ияд, И. В. Рубаненко. К вопросу о стандартизации комплексных электромиографических исследований в клинике ортопедической стоматологии. // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. Сборник научных трудов. Вып. 6. – Харьков, 2003. – С. 207-209.

Summary

OCCLUSIAL CORRECTION DURING INFLAMMATORY DISEASERS OF TEMPORO-MANDIBULAR JOINT

Novikov V.N.

Key words: *temporo-mandibular joint, occlusal bite-plates, prosthetic treatment.*

In this article the plan of prosthetic treatment and the principle of the choosing of occlusal bite-plates during inflammatory non-specific diseases of temporo-mandibular joint is proposed. The state of patients is estimated by magnetic-resonance tomography and electric miography in the direct connection with functional occlusion. Splint construction choice is recommended to pass after complex research of TM with account of joint, muscles and occlusal factors.

Ukrainian Ministry of the Health Public Service, Ukrainian Medical Stomatological Academia, Shevchenko Str., 23, Poltava, 36024

Матеріал надійшов до редакції 17.01.06

©Буря Л.В., Катрушов О.В.

УДК: 614.254 : 616.314 - 77

ПІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ОСВІТЛЮВАНOSTІ В СТОМАТОЛОГІЧНИХ КАБІНЕТАХ ПРИ ВИКОРИСТАННІ КОМПОЗИЦІЙНИХ МАТЕРІАЛІВ

Буря Л.В., Катрушов О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Представлены результаты исследований освещенности кабинетов терапевтической стоматологии при работе с композиционными материалами. Установлено, что работа с фотополимеризатором создает дополнительную нагрузку на орган зрения. Обоснованы рекомендации работы с гелиокомпозитами в первой половине рабочего дня.

Ключевые слова: *гигиена, врач-стоматолог, освещенность, характер труда, композиционные материалы, фотополимеризатор.*

Вступ

За останні десятиріччя в усьому світі і в нашій країні зросла потреба населення в послугах реставраційної стоматології, внаслідок створення нових стоматологічних матеріалів (фотополімерів) та технологій, які дозволяють не тільки відновлювати функцію зуба, але й добиватися високої естетичності результатів лікування [8, 13, 15]. А це вже зовсім інший, більш високий рівень роботи фахівців терапевтичного профілю стоматологічної практики, який змінює умови і характер праці, пред'являє особливі вимоги до створення безпечних та сприятливих умов праці лікарів-стоматологів.

Фотополімерні матеріали дуже зручні в роботі, не потребують замішування, доставляються в пастоподібному вигляді, готовому для заповнення порожнин і формування контурів зуба, містять у наборі пасти декількох кольорних відтінків різної прозорості.

На відміну від звичайних стоматологічних матеріалів та пломб із амальгами, композиційні матеріали мають високі естетичні властивості, добре поліруються, поверхня таких пломб стає гладкою, блискучою, майже не відрізняється від емалі зуба [8, 9, 14, 15].

Полімеризація композиційних матеріалів відбувається за допомогою спеціальних полімеризаційних ламп (фотополімеризаторів), що дають дуже інтенсивний світловий потік (не менш 300 мвт/см²). Проведені дослідження [1, 3, 4, 10] показують, що всі компоненти випромінювання фотополімеризатора можуть досягати рівнів, небезпечних для зору персоналу. У спектрі випромінювання фотополімеризаторів міститься шкідливе для зору синє та ультрафіолетове випромінювання.

Також одним з найважливіших чинників виробничого середовища кабінетів терапевтичної стоматології є освітлення. В першу чергу це пов'язано з тим, що величина об'єктів, з якими працює лікар, коливається в значних межах і по мінімальним значенням може досягати 0,1 мм, що дозволяє віднести цей вид роботи до першого розряду (особливо точна зорова робота) [2, 11]. Також потрібно враховувати, що розмір головки найменшого бору складає всього 0,13 мм, а початкові ознаки каріозного процесу можуть бути малопомітні та малоконтрастні по відношенню до фону, майже зливаються на стадії крейдової плями з навколишньою тканиною зуба. Слизова оболонка порожнини рота являє собою темний фон з низьким коефіцієнтом відбиття. Операційне поле лікар бачить в більшості випадків в зубне дзеркало, площа якого досить мала, і для розрізнення деталей патологічного процесу лікарю необхідно напружувати зір [5, 12].

Слід зазначити і той факт, що лікар працює не тільки з пацієнтом. Йому часто доводиться паралельно розглядати і інші об'єкти: інструменти, пломбувальні та лікувальні матеріали, а також заповнювати медичну документацію. Поверхні перелічених об'єктів освітлені значно слабше, тому перевід погляду на більш освітлені ділянки вимагає постійної переадаптації органу зору, що в свою чергу збільшує навантаження на нього.

Це підкреслює важливість збереження головних функцій зору в роботі лікаря-стоматолога. Адже успішне виконання стоматологічних маніпуляцій можливе лише при збереженні високої зорової та загальної працездатності лікаря протягом робочого дня [2, 6, 11, 12]. У зв'язку з цим, метою даної роботи було вивчен-