

ОКЛЮЗІЙНА КОРЕКЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

Новіков В. М.

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" м. Полтава

У статті запропоновано аналіз перебудови оклюзійних взаємовідношень при хронічних дистрофічних процесах у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС). Вибір шини повинен проводитись лише після комплексного дослідження стану СНЩС з урахуванням суглобових м'язових та оклюзійних факторів, а також загальносоматичної патології.

Ключові слова: оклюзійна корекція, дистрофічні захворювання, СНЩС.

Актуальність дослідження

Поновлення стану зубощелепної системи при ураженнях скронево-нижньощелепного суглоба є актуальною медико-соціальною проблемою [1].

На виникнення і розвиток патології у скронево-нижньощелепному суглобі впливають найрізноманітніші фактори. Це і психоемоційний стан пацієнтів, і травми щелепно-лицевої області, наявність plomb і зубних протезів у порожнині рота, дефекти зубних рядів, в результаті яких порушується функція жування, патологічна зтертість твердих тканин зубів, шкідливі звички та ін.

З точки зору стоматолога-ортопеда, одним із головних факторів, що сприяє виникненню порушень у скронево-нижньощелепному суглобі, є неякісне зубне протезування, як результат помилок при поновленні висоти нижньої ділянки обличчя при моделюванні оклюзійної поверхні ортопедичних конструкцій. Відомо, що такі хворі, коли поступають в клініку, висловлюють різноманітні скарги на порушення функцій суглоба.

Різновиди клінічних проявів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба часто віддаляють зустріч пацієнта й лікаря-стоматолога-ортопеда, оскільки вони часто звертаються до невропатологів, лор-лікарів або займаються самолікуванням [2].

Об'єкти та методи дослідження

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:

- артрита (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 лікування зубів, пародонту, слизової оболонки порожнини рота. При інтактних зубних рядах здійснюють вибіркове пришліфовування зубів для створення множинних плавних динамічних контактів при переході з однієї оклюзії в іншу, при наявності протезів – їх корекцію, вивіренню оклюзійних контактів, при гострому болі - 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 та узгоджене 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

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

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 рекомендуються також капи і лікувальні пластинки для поновлення оклюзійної висоти або зняття бруксизму. За відсутності зубів виготовлялись тимчасові лікувально-діагностичні протези. Після накладання ортопедичних апаратів проводився курс фізіотерапії, міогімнастики та міомасажу.

Результати дослідження та їх обговорення

Окклюзійні 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 ортогнатичний прикус і нормалізувати функцію жувальних м'язів. Ортопедичні конструкції ми рекомендували застосовувати на ніч протягом тривалого часу до зняття болю з обов'язковим застосуванням пращоподібної пов'язки.

Як ілюстрацію, наводимо фрагмент дослідження хворої з діагнозом: ревматоїдний артрит правого і лівого СНЩС. Хвора К., 54 років, звернулася в клініку ортопедичної стоматології за направленням хірурга-стоматолога. Хвора скаржилась на біль та хрускіт у правому СНЩС. Відмічає загострення в осінньо-весняний період. Неодноразово лікувалась у ревматолога за місцем проживання (м. Миргород).

При об'єктивному дослідженні встановлено: дефект зубного ряду верхньої щелепи - III клас за Кеннеді, дефект зубного ряду нижньої щелепи - II клас за Кеннеді. Глибоке різцеве перекриття. Мостоподібні протези, що були в порожнині рота, не відповідають клініко-лабораторним вимогам як за якістю виготовлення, так і за вибором конструкції. Пацієнтка була направлена на консультацію до ревматологічного відділення ПОКЛ, а в подальшому - і госпіталізована в це відділення.



Рис. 1. Ортопантомограма хворої К. до початку лікування.

Зараз індивідуальний підхід до вивчення положення головки у скронево-нижньощелепному суглобі можливий лише з використанням променевих методів діагностики. На ортопантомограмі виявлене дистальне зміщення суглобових голівок, нерівномірної товщина суглобової щілини. На стороні звичного жування й більшого навантаження мищелок більш великий з однорідною рентгенологічною щільністю. На протилежній стороні відмічаються витягнуті контури мищелка, на передній поверхні якого візуалізується осередок деструкції, що сягає $1/3$ рентгенологічної площі голівки.



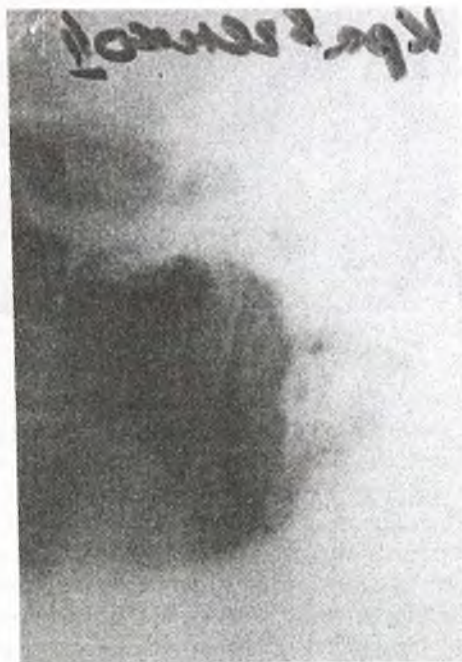
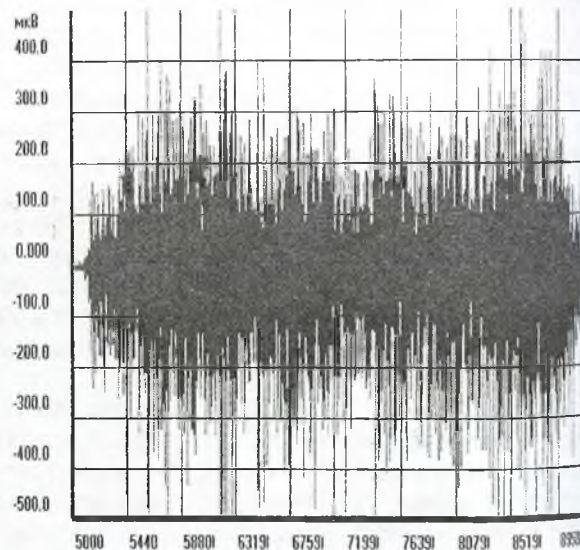
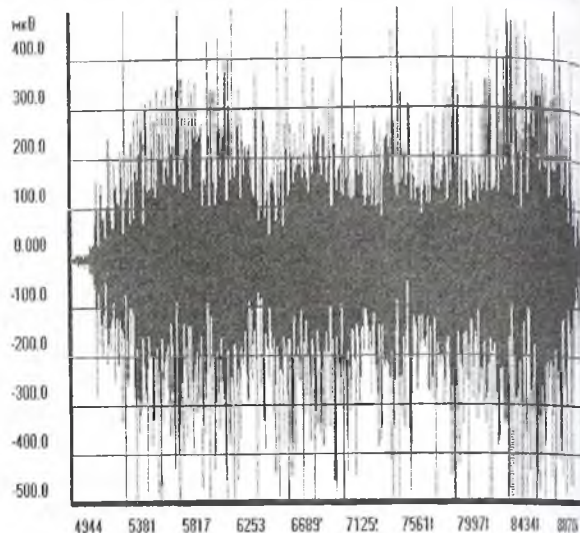


Рис. 2. Рентгенограми правого (п) і лівого (л) СНЦС хворої К. (укладка за Парма).



Рис. 3. Ортопантомограма хворої К. в процесі лікування.

Електроміографічні дослідження, в яких ми наводимо якісну та кількісну характеристику при виконанні функціональних проб вольового стиснення щелеп і довільного жування, характеризуються наступними закономірностями: вольове 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 свідченням координаційних порушень мязової діяльності (рис. 4).



Украинская медицинская стоматологическая академия
 Результаты анализа миограмм
 Дата
 Группа 1
 Ф.И.О. Кравченко
 Адрес: г.Полтава
 Место работы: г.Полтава
 Заметки: 01-1
 Левый канал
 Число жевательных движений 2
 Коэффициент активности 165.16

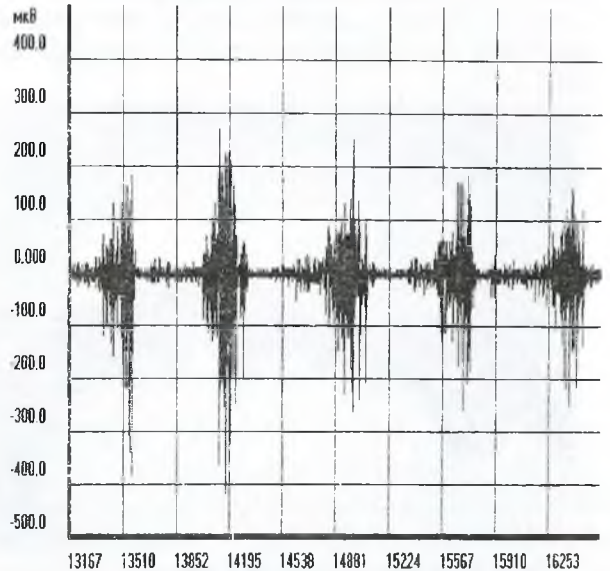
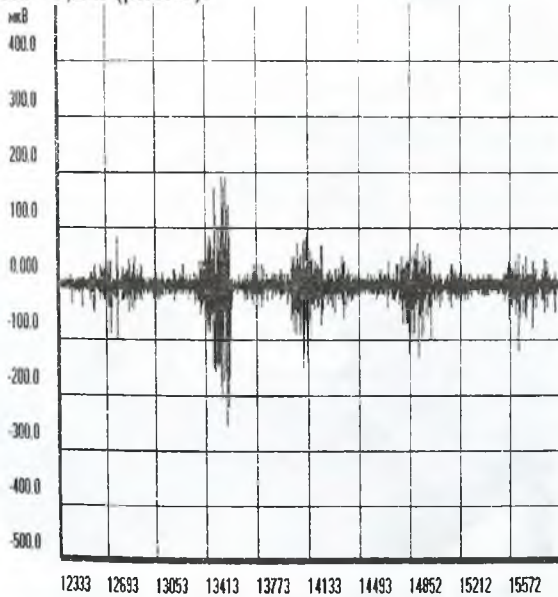
Украинская медицинская стоматологическая академия
 Результаты анализа миограмм
 Дата
 Группа 1
 Ф.И.О. Кравченко
 Адрес: г.Полтава
 Место работы: г.Полтава
 Заметки: 01-1
 Правый канал
 Число жевательных движений 3
 Коэффициент активности 61.84

Время активности (мс) 2081.05
 Время покоя (мс) 12.60
 Частота заполнения (Гц) 307.74
 Максимальное значение (мкВ) 488.52
 Минимальное значение (мкВ) -981.92
 Настройки для автоматического анализа
 Порог (мкВ) 25.000
 Интервал (мс) 10.000
 Точки 10

Время активности (мс) 1391.37
 Время покоя (мс) 22.50
 Частота заполнения (Гц) 320.24
 Максимальное значение (мкВ) 669.27
 Минимальное значение (мкВ) -864.68
 Настройки для автоматического анализа
 Порог (мкВ) 25.000
 Интервал (мс) 10.000
 Точки 10

Рис 4. Электромиограмма левого та правого жевательных м'язів при вольвовому стисненні щелеп.

При довольному жуванні визначаються окремі спалахи високоамплітудної активності, більш притаманні «ушкодженій» стороні. Структура запису відрізняється не лише чітким розчленуванням на періоди активності і гальмування, але і значним зниженням амплітуди сплесків, достовірним зменшенням часу активності й відносним зменшенням часу спокою. Коефіцієнт активності на стороні жування – 0,52, на балансуєчій стороні - 0,24. (рис. 5).



Украинская медицинская стоматологическая академия
 Результаты анализа миограмм
 Дата
 Группа 1
 Ф.И.О. Кравченко
 Адрес: г.Полтава
 Место работы: г.Полтава
 Заметки: 01-2
 Левый канал
 Число жевательных движений 33
 Коэффициент активности 0.24
 Время активности (мс) 19.49
 Время покоя (мс) 80.92
 Частота заполнения (Гц) 276.14

Украинская медицинская стоматологическая академия
 Результаты анализа миограмм
 Дата
 Группа 1
 Ф.И.О. Кравченко
 Адрес: г.Полтава
 Место работы: г.Полтава
 Заметки: 01-2
 Правый канал
 Число жевательных движений 23
 Коэффициент активности 0.52
 Время активности (мс) 48.44
 Время покоя (мс) 92.47
 Частота заполнения (Гц) 278.62

Максимальное значение (мкВ) 190.52	Максимальное значение (мкВ) 268.69
Минимальное значение (мкВ) -254.03	Минимальное значение (мкВ) -420.13
Настройки для автоматического анализа	Настройки для автоматического анализа
Порог (мкВ) 25.000	Порог (мкВ) 25.000
Интервал (мс) 10.000	Интервал (мс) 10.000
Точки 10	Точки 10

Рис. 5. ЕМГ лівого та правого жувальних м'язів при виконанні довільного жування.

На підставі проведених досліджень хворій К. підтверджений діагноз «хронічний ревматоїдний артрит правого СНЩС, дистрофічний артроз правого СНЩС», у зв'язку з чим їй призначена і виконана конструкція тимчасової оклюзійної шини.



Рис. 6. Визначення висоти центруючої оклюзійної шини хворій К.



Рис. 7. Хвора К. з тимчасовою оклюзійною шиною.

Спостереження в динаміці користування оклюзійною шиною дозволили відзначити стабільну тенденцію до нормалізації функції СНЩС. Про це свідчать і суб'єктивні відчуття хворої, у якої зникли суглобові болі, відновилися рухи нижньої щелепи. За період стаціонарного лікування були виготовлені бюгельні протези з урахуванням нових оклюзійних та суглобових співвідношень.

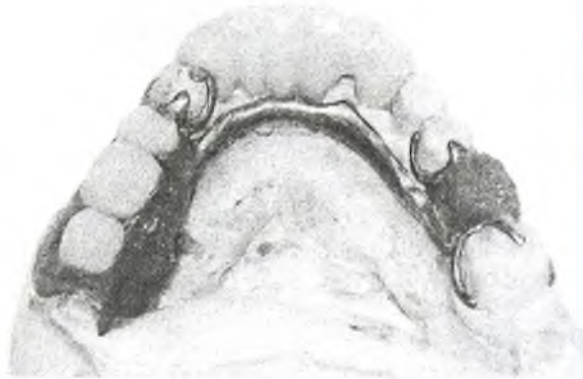


Рис. 8. Бюгельний протез верхньої щелепи хворої К.



Рис. 9. Бюгельний протез нижньої щелепи хворої К.



Рис. 10. Хвора К. після ортопедичного лікування.

Однак, ми вважаємо, що пропонувати лише ортопедичну корекцію стану СНЩС при всіх фо-

рмах суглобових розладів або захворювань неможливо. В кожній окремій клінічній ситуації слід обирати індивідуальні методи відновлення стану м'язово-суглобового апарату в комплексі загальносоматичного лікування. У зв'язку з цим ми

пропонуємо методіку підбору оклюзійних шин, які рекомендуємо застосовувати при неспецифічних запальних і дистрофічних захворюваннях СНЦС.

Таблиця 1

Тип шини	Мета застосування	Конструктивні особливості
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 СНЦС дає позитивні наслідки лише при урахуванні стану оклюзії та загальносоматичного лікування.

Література

1. Morris S. Clark, D.D.S., Carrie Britton, B.S. Bilateral Temporomandibular Joint Dysfunction With Arthrosis. <http://attorneysmedicalservices.doereport.com>

2. Картавцева Н.Г., Каливрадзян Э.С., Пшеничников И.А., Хондкарян Т.В.. Особенности окклюзионных взаимоотношений зубных рядов при диагностике заболеваний височно-нижнечелюстных суставов. Каф. ортопедической стоматологии ВГМА им. Н.Н.Бурденко
3. В.А.Хватова. Функциональная окклюзия в норме и патологии. – М., 1993. – С. 107-146.

Реферат

ОККЛЮЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС

Новиков В.Н.

Ключевые слова: окклюзионная коррекция, дистрофические заболевания, ВНЧС.

В статье предлагается анализ перестройки окклюзионных взаимоотношений при хронических дистрофических процессах в височно-нижнечелюстном суставе. Выбор шины должен проводиться только после комплексного исследования состояния ВНЧС с учетом суставных, мышечных и окклюзионных факторов, а также общесоматической патологии.

Summary

OCCCLUSAL CORRECTION UNDER CHRONIC DYSTROPHIC DISEASES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Novikov V.N.

Key words: occlusal correction, dystrophic disease, temporomandibular joint.

The paper centered around the reconstruction of occlusal interrelation under dystrophic processes in temporomandibular joint. A splint should be matched after the complex examination of temporomandibular joint condition taking into account articular, muscular and occlusal factors as well as the presence of systemic pathology.

УДК 616. 314 -76 -77

МЕТОД ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ЗНАЧНІЙ АБО ПОВНІЙ РУЙНАЦІЇ КОРОНКОВОЇ ЧАСТИНИ БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБІВ

Рибась О.В.

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

В статті автором представлена проблема відновлення коронкової частини багатокореневих зубів. Ця проблема є дискусійною і актуальною на сьогодні. У літературних джерелах запропоновано багато варіантів вирішення проблеми дивергенції каналів коренів але в кожному з них є свої недоліки. Методом, запропонованим автором, було проведено лікування 12 творих з частковою або повною руйнацією коронок багатокореневих зубів, і в жодному випадку ускладнень після протезування не виявлено. Результатом лікування було досягнення доброї фіксації покривної конструкції, структура кукової вкладки передбачала перерозподіл жузального тиску на всі корені, що є більш природнім.

Ключові слова: багатокореневі зуби, кукова вкладка, дивергенція.

При значній руйнації коронкової частини зубів, коли неможливе їхнє відновлення пломбуванням, використанням вкладок або напівкоро-

нок, застосовуються різні конструкції незнімних протезів, які фіксуються в каналі кореня за допомогою штифта. Про виготовлення та застосу-