

*Дрогомирецька М. С., Єзерська О.*

## Результати стоматологічного обстеження пацієнтів із патологією прикусу та головним болем

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Вступ.** В останні роки з'являється все більше відомостей про взаємозв'язок головного болю, скронево-нижньощелепних розладів, порушення оклюзії і краніо-цервікальних розладів у пацієнтів із патологією прикусу. Згідно з результатами досліджень більше 70% пацієнтів із оклюзійними порушеннями скаржаться на хронічний біль (головний біль, біль у ділянці шиї, скронево-нижньощелепного суглоба – СНЩС, очниць), інколи з іррадіацією в руку, дискомфорт та болючість м'язів тіла. Пошук ефективного рішення проблеми головного болю, патології прикусу і дисфункції СНЩС та краніо-цервікальних порушень є вкрай актуальною і невирішеною проблемою сучасної стоматології і має вирішуватися поєднанням ортодонтичного, ортопедичного та остеопатичного лікування.

**Мета.** Оцінка стоматологічного статусу 356 пацієнтів 24–60 років із патологією прикусу та головним болем.

**Методи дослідження.** Опитування, анкетування із використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ), первинний огляд, клінічний (в тому числі мануальна пальпація м'язів), стоматологічний та лабораторний (вивчення діагностичних моделей в артикуляторі), статистична обробка отриманих результатів.

**Результати.** При вертикальних аномаліях прикусу головний біль може локалізуватися в різних ділянках голови, у разі трансверзальних - переважно односторонній біль в тім'яних і скроневих ділянках. При мезіальному прикусі головний біль відмічали у більшості пацієнтів у скроневих ділянках голови, переважно з обох сторін, при дистальному - в тім'яній ділянці з обох сторін. У пацієнтів із патологією прикусу та головним болем функціональний здоровий стан СНЩС встановлено у 3,4%, підозру на дисфункцію СНЩС – у 37,9%, виражену м'язово-суглобову дисфункцію – у 58,7% обстежених.

**Висновки.** Вивчення кореляційних між патологією прикусу, дисфункцією СНЩС та краніо-цервікальною адаптацією у дорослих пацієнтів із головним болем дозволить виявити певні закономірності, що дозволять провести коректні профілактичні діагностичні і лікувальні заходи.

**Ключові слова:** головний біль, патологія прикусу, дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу

### Вступ

У 2020 році Міжнародною асоціацією з вивчення болю (International Association for the Study of Pain – IASP) вперше з 1979 року було оновлене загальне визначення болю та його розуміння. Згідно з IASP, біль - неприємне сенсорне й емоційне переживання, пов'язане або таке, що здається пов'язаним з дійсним або потенційним пошкодженням тканин [1].

Головний біль (ГБ) належить до найбільш актуальних проблем сучасної медицини зважаю-

чи на високу захворюваність, розповсюдженість серед осіб молодого, працездатного віку. Хронічні і періодичні головні болі не тільки приносять хворому страждання, але й знижують розумову і фізичну працездатність і погіршують якість життя.

Спеціальні дослідження показали, що головний біль зустрічається серед населення різних країн у 50–90 %. Реальні економічні втрати суспільства від ГБ важко підрахувати, оскільки, ті хворі, що не звертаються за лікарською допомогою

працюють менш продуктивно. Отже, головний біль являє собою важливу не тільки клінічну, але й медико-соціальну проблему.

Розрізняють 3 основні типи больових синдромів: – соматогенні (ноцицептивний біль); - нейрогенні (невропатичний біль); - психогенні (психогенний біль).

В стоматологічній практиці зазвичай біль виникає внаслідок ноцицептивного впливу, який може бути зумовлений травмою, захворюванням, порушенням прикусу, неправильними оклюзійними контактами, а також дисфункцією м'язів або скронево-нижньощелепного суглоба. В клінічній практиці з точки зору діагностики та подальшого лікування та ведення пацієнта больові синдроми в ділянці голови та порожнини рота поділяють на стоматологічні та невропатичні екстраоральні, за перебігом – гострі та хронічні, за локалізацією – одно- та двосторонні.

В останні роки з'являється все більше відомостей про взаємозв'язок та важливість оцінки під час дослідження пацієнтів із патологією прикусу, що мають потребу в стоматологічному лікуванні і ортодонтичній реабілітації, таких патологічних проявів, як головний біль, скронево-нижньощелепна патологія, порушення оклюзії і краніо-цервікальні розлади [2–5].

Згідно з результатами досліджень більше 70% пацієнтів з оклюзійними порушеннями скаржаться на хронічний біль (головний біль, біль у ділянці шиї, скронь, скроне-нижньощелепного суглоба – СНЩС, очниць), інколи з іррадіацією в руку, дискомфорт та болочість м'язів тіла. Краніо-постуральна адаптація у ортодонтичних пацієнтів [6].

Причиною виникнення головного болю у стоматологічних пацієнтів часто стають розлади скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС). Провідну роль у розвитку дисфункції СНЩС мають аномалії прикусу, частота виявлення яких складає від 34 до 87 % в структурі вказаної патології. Більшість авторів вважають, що розвиток аномалій співвідношення зубів обумовлений в меншій мірі морфологічними особливостями елементів суглобу, в більшій мірі – змінами внутрішньо-суглобових співвідношень [Yau et al., 2014; Vaad-Hansen, Benoliel, 2017, Kretschmer et al., 2019; Tkachenko et al., 2019]. Згідно проведеним дослід-

женням Cooper і Kleinberg, 79% із 4528 пацієнтів, що звернулися в клініку для лікування дисфункції СНЩС, виявляли скарги на головний біль.

Остеопати Palano D. (1994), Weber B. (1995), Marino (1999) звернули увагу на те, що часто причиною сколіозу у людей молодого віку є аномалія прикусу. Дрогомирецька, М., Білоус К. у своєму дослідженні визначили патогенетичний взаємозв'язок функціонального стану зубощелепної та постуральної систем у пацієнтів з трансверзальними аномаліями оклюзії.

В останні роки значного розвитку досягли стоматологічні технології ортодонтичної допомоги, в тому числі – лікуванні орофациального болю, скронево-нижньощелепової патології та порушення оклюзії [7–15].

**Мета** дослідження – оцінка стоматологічного статусу 356 пацієнтів 24-60 років із патологією прикусу та головним болем.

### Матеріали та методи дослідження

Нами обстежено 520 осіб із патологією прикусу віком від 25 до 60 років. В залежності від наявності в анамнезі головного болю пацієнти були поділені на 2 дослідні групи: I групу склали особи з патологією прикусу, в анамнезі яких були присутні головні болі (356 пацієнтів), II групу – 164 пацієнти з патологією прикусу без головних болей в анамнезі (група порівняння). 15 соматично здорових пацієнтів аналогічного віку із санованою порожниною рота без патології прикусу і без головного болю в анамнезі склали контрольну групу. З метою вивчення вікового фактору на розповсюдженість головного болю у пацієнтів із патологією прикусу згідно рекомендації ВООЗ пацієнти I групи були поділені нами додатково на підгрупи 1 і 2: до 1-ої підгрупи увійшли 65% пацієнтів віком від 24 до 44 років (молодий вік), а до 2-ої – 35 % пацієнтів середнього віку (44–60 років).

Основними методами дослідження були: анкетування, клінічний (в тому числі мануальна пальпація м'язів), стоматологічний, та лабораторний (вивчення діагностичних моделей в артикуляторі).

Особливу увагу звертали на наявність патології прикусу, СНЩС, та наявності постуральних розладів.

Стоматологічне обстеження пацієнтів проводили на базі кафедри ортодонції НУОЗ України імені П. Л. Шупика, та клініки естетичної стоматології Мирослави Дрогомирецької (м. Київ). Всім пацієнтам груп дослідження було повідомлено про алгоритм проведення процедури, та отримано їх повну згоду.

Характер змикання зубних рядів оцінювали безпосередньо в ротовій порожнині та на діагностичних гіпсових моделях. Аналіз оклюзійних співвідношень зубів проводили в положенні центральної, передньої, бокової і динамічних оклюзіях. Вивчення біомеханіки нижньої щелепи проводили в трьох взаємно перпендикулярних напрямках: вертикальні, трансверзальні та сагітальні (мезіальні і дистальні) аномалії. В кожній групі діагностувалися як самостійні форми порушення прикусу, так і поєднані із іншими аномаліями і деформаціями ЗЩС.

Суб'єктивну вираженість головного болю оцінювали методом опитування та анкетування, в тому числі із використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ), яка дозволяє оцінити, вказавши її ступінь на прямій лінії довжиною 10 см, кінці якої відповідають крайнім ступеням інтенсивності болю («відсутність болю» на одному кінці, «нестерпний біль» – на іншому) [18].

Попереднє клінічне стоматологічне обстеження СНЩС проводилося за Гамбурзьким протоколом: 1 – біль при пальпації суглобів; 2 – біль при пальпації жувальних м'язів; 3 – наявність шумів у суглобах; 4 – порушення траєкторії відкривання рота; 5 – відкривання рота обмежене; 6 – ексцентрична оклюзія, передчасні контакти. При наявності лише однієї позитивної ознаки хворий визнавався як функціонально здоровий. Наявність двох позитивних ознак вказувало на ймовірність скронево-нижньощелепних розладів (з достовірністю менше 40,0 %) і це означало, що хворий підлягав більш детальному обстеженню. За наявності 3-х і більше позитивних ознак, ймовірність виявлення СНР зростає майже до 100,0%.

Функціональне клінічне обстеження СНЩС включало пальпаторну оцінку стану суглобових поверхонь, суглобової капсули і зв'язок, дослідження суглобових шумів. Особливу увагу приді-

ляли болючості маніпуляцій. Для об'єктивізації ступеня вираженості болювого синдрому була використана мануальна пальпація перикраніальних і шийних м'язів з обох сторін круговими рухами другого і третього пальців руки з легким натисканням, а також інтенсивною пресурою м'язів до збліднення нігтьової фаланги дослідника протягом 20 секунд у кожному місці за шкалою від 0 до 3 балів, де 0 – відсутність болючості та дискомфорту, 1 – дискомфорт та слабка болючість без видимої мимічної реакції, 2 – помірна болючість із видимою мимічною реакцією та 3 – виражена болючість із вираженою мимічною реакцією.

Результати дослідження. В ході проведення обстеження 511 пацієнтів віком 25–60 років, що звернулися з метою лікування патології прикусу, ми виявили такі результати. Серед усіх пацієнтів, що звернулися за стоматологічною допомогою, головний біль різної інтенсивності виявлений у 356 осіб (69,5%). 155 осіб (30,5%) із патологією прикусу таких скарг не виявляли. В той же час треба відмітити, що скарги на головний біль виявляла переважна кількість осіб молодого віку (231 особа, 64,9%), тоді як у пацієнтів середнього віку частота виявлення головного болю була значно меншою (125 осіб; 35,1%).

Результати аналізу проведення анкетування із використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ) засвідчили зменшення інтенсивності головного болю із збільшенням віку пацієнтів із патологією прикусу. Так, показники ВАШ становили 7–9 у осіб I вікової групи, що відповідає дуже



Рис. 1. Візуальна аналогова шкала інтенсивності оцінки болю

сильним проявам болю згідно шкали та 4–6 – у осіб II вікової групи (помірний та сильний біль) (Рис.1).

Звертаємо увагу, що на відміну від групи порівняння, в групі із проявами болю більше ніж у три рази жінки переважають над чоловіками (77 % жінок проти 23% чоловіків).

Крім скарг на головний біль, переважна більшість хворих із патологією прикусу виявляла

скарги на зниження висоти прикусу, ерозії та патологічну стертість твердих тканин зубів, бруксизм, болісність від хімічних та термічних подразників, клацання в суглобі, обмеження відкривання рота, хрускіт, зниження слуху.

Пацієнти, в анамнезі яких не було головних болей, виявляли скарги переважно на косметичний дефект, труднощі у пережовуванні та відкусюванні їжі.

Таблиця 1

**Локалізація головного болю у пацієнтів дослідних груп  
в залежності від виявленої патології прикусу**

I-1 група (24–44 роки) (n=231)					
Ділянка голови		Аномалії прикусу			
		Вертикальні (n=65)	Трансверзальні (n=79)	Сагітальні (n=87)	
				Дистальний (n=79)	Мезіальний (n=8)
Скронева	одна	47	68	12	-
	обидві	14	4	-	-
Тім'яна	одна	34	49	12	8
	обидві	5	11	65	-
Потилична		4	2	8	-
Продовжній шов		2	2	-	-
Лобна		3	11	3	-
I-2 група (45–60 років) (n=125)					
Ділянка голови		Аномалії прикусу			
		Вертикальні (n=51)	Трансверзальні (n=40)	Сагітальні (n=34)	
				Дистальний (n=29)	Мезіальний (n=5)
Скронева	одна	19	29	4	-
	обидві	24	2	3	4
Тім'яна	одна	15	22	6	-
	обидві	22	9	27	-
Потилична		3	4	1	1
Продовжній шов		3	3	-	-
Лобна		2	2	4	-

Аналіз оклюзійних співвідношень зубів в положенні центральної, передньої, бокової і динамічних оклюзіях у пацієнтів дослідних груп показав такі закономірності.

У пацієнтів із головним болем I-1 групи (24–44 роки, 231 особа) нами виявлені вертикальні аномалії прикусу у 65 (28,1%), трансверзальні – у 79 осіб (34,2%) та сагітальні – у 87 осіб (37,7%).

У осіб із головним болем I-2 групи (45–60 років, 125 осіб) вертикальні аномалії виявлені у 51 особи (40,8 %), трансверзальні – у 40 (32,0 %) та сагітальні – у 34 осіб (27,2 %) осіб.

В кожній групі діагностувалися як самостійні форми порушення прикусу, так і поєднані із іншими аномаліями і деформаціями ЗЩС.

В групі порівняння (пацієнти без головного болю) в 96% випадків діагностували лише сагітальні аномалії, а саме - мезіальний прикус. Зустрічали поодинокі випадки патології положення окремих груп зубів, скученість, діастеми та тріми.

Дослідження скарг хворих на головний біль виявило закономірності локалізації болю в залежності від виявленої патології прикусу (Табл. 1).

Нами виявлено, що у разі вертикальних аномалій прикусу (виражена патологічна стертість, бруксизм, зниження висоти прикусу) головний біль може локалізуватися в різних ділянках голови. У разі трансверзальних аномалій (перехресний одно- та двосторонній прикус) відмічали переважно односторонній біль в тім'яних і скроневих ділянках.

В той же час, при мезіальному прикусі (сагітальні аномалії) головний біль відмічали у скроневих ділянках голови, переважно з обох сторін. У разі дистального прикусу в основному відчували біль в тім'яній ділянці з обох сторін.

З отриманих даних видно, що локалізація головного болю в ділянці продовжнього шва і потиличної ділянки майже не залежить від типу аномалії прикусу.

У 100 % осіб контрольної групи та у 96% осіб групи порівняння (без головних болей в анамнезі) згідно проведеного Гамбурзького тесту визначено функціональний здоровий стан м'язово-суглобових структур. При проведенні тестування пацієнтів групи порівняння лише у декількох осіб спостерігали ознаки асиметричного відкриття рота, асинхронність оклюзійного звуку. Середній бал

для осіб контрольної групи склав 0,4, а для групи порівняння – 0,9. Функціональний здоровий стан СНЩС встановлено у 139 із 155 пацієнтів із аномаліями прикусу без головних болей в анамнезі. Найчастіше серед патологічних проявів визначали асинхронність оклюзійного звуку при змиканні зубних рядів (у 16 пацієнтів). Мануальна пальпація перикраніальних і шийних м'язів засвідчили відсутність болючості та дискомфорту у всіх пацієнтів контрольної групи. В групі порівняння аналогічно лише декілька осіб виявили скарги дискомфорт та слабку болючість під час проведення процедури (0–1 бал).

В той же час, в основній групі спостереження (356 пацієнтів з головними болями в анамнезі) згідно проведеного тесту функціональний здоровий стан СНЩС встановлено у 12 із 356 пацієнтів із аномаліями прикусу (3,4 %), підозру на дисфункцію СНЩС встановлено у 135 пацієнтів (37,9%). Характерним у цієї групи осіб була комбінація ознак асинхронності оклюзійного звуку із болісною пальпацією жувальних м'язів чи травматичною ексцентричною оклюзією, середній бал тесту склав 2,3, що стало підставою для проведення більш ретельного обстеження пацієнтів. Мануальна пальпація перикраніальних і шийних засвідчила у більшості пацієнтів дискомфорт та слабку болючість без видимої мимічної реакції та помірну болючість із видимою мимічною реакцією (1–2 бали).

Виражену м'язово-суглобову дисфункцію зафіксовано у 209 пацієнтів із патологією прикусу (58,7 %). Поєднаний симптомокомплекс ознак дозволив встановити наявність дисфункції СНЩС, результату тесту склав 3–6 балів. Середній бал цієї групи пацієнтів за результатами тестування склав 3,9. Пальпація м'язів викликала помірну та виражену болючість із видимою мимічною реакцією (2–3 бали).

Отже, зважаючи на проведені нами дослідження, можна зробити висновок, що найбільш ефективним рішенням проблеми головного болю, патології прикусу і дисфункції СНЩС є поєднання ортодонтичного, ортопедичного та остеопатичного лікування. Міждисциплінарний підхід став практичною реальністю в умовах надання сучасної високотехнологічної стоматологічної допомоги і має бути активно використаний при лікуванні ортодонтичних пацієнтів із супутньою патологією.

## ПОСИЛАННЯ

1. Raja S.N., Carr D.B., Cohen M., et al. Presledovannaya Mezhdunarodnaya Association dlya issledovaniya yazvy definition bolest: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020. 161(9). 1976–1982. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939
2. Breivik H., Borchgrevink C., Allen S.M. et al. Assessment of pain // *Br. J. Anaesth.* – 2008. – 101(1). – R. 17–24. doi: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>.
3. Makeyev V.F., Telishevskaya V.D., Shibinskiy V.YA. i t.d. Visochno-nizhnechelyustnyye rasstroystva. L'vov: Kwart; 2018 g. 400 s
4. Romanenko YU.I., Hryhorova I.A., Romanenko I.V., Romanenko I.YU. Osoblyvosti bol'ovoho syndromu u patsiyentiv z epizodychnym i khronichnym holovnym bolem napruzheniya Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal, ISSN 2224-0713 (print), ISSN 2307-1419 (online) NN№ 2 (104), 2019. – S. 18-24.
5. Hulyuk S.A., Shnayder S.A., Korektsiya hipertonusu zhuval'nykh m'yaziv u khvorykh na miofatsial'nyy bol'ovyy syndrom oblychchya medical sciences / «Colloquium-journal» #26(113), 2021. – S. 44–49.
6. M.S. Drogomiretskaya, M.K. Belous Vzaimosvyaz' stomato-gnatcheskogo apparata pozvonochnika u kryv pri smodelirovannoy transversal'noy anomalii okklyuzii "Vestnik stomatologii", № 1, 2018. – S. 22–25
7. Svistil'nik R.V. Suchasni kontseptsii vynykennya bolyu ta mozhyvosti yoho podolannya v zahal'niy likars'kiy praktytsi «Mizhnarodnyy nevrolohichnyy zhurnal Tom 16, NN№ 7, 2020. – S. 61-69.
8. Yatsenko P.I. Vydys funktsional'nykh staniv skronevo-nyzhn'oshchepnogo suhloba za etiologiyeyu ta osoblyvostyamy yikh patohenezu (Ohlyad literatury) / P.I. Yatsenko // Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny. Visnyk Ukrayins'koyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi. – 2018. – T.18. – Vyp. 3(63). – S. 335–340.
9. Rybalov O. Effektivnost' Physical Factors v polozenii kompozitsii-raspolozheniya Disfunktsiya Tempomandibular Joint / O. Rybalov, P. Yatsenko, P. Moskalenko, O. Yatsenko, Yun. Lakhtin // *Georgian Medical News*, 2016. – № 2 (251). – R. 26 – 31
10. Issledovaniye funktsional'nogo sostoyaniya zhevatel'nykh myshts u patsiyentov raznykh vozrastov s sagittal'nymi anomaliyami prikusa / A.M. Doroshenko, K.M. Likhota, M.V. Doroshenko, A. V. Beda // *Sbornik nauchnykh trudov sotrudnikov NMAPO im. Shupika. Kiyev*, 2015. Vyp. 24, kn. 2. S. 58–64.
11. S.M.Klochan, O.M. Doroshenko, O.A. Omel yanenko Vzayemokhv'yazok mizh lateral'nym zmishchennyam nyzhn'oyi shchelypy ta porushennyam postavy u patsiyentiv z syndromom dysfunktsiyi skronevo-nyzhn'oshchepnogo suhlobu (na osnovi klinichnykh sposterezhen') // *Zbirnyk naukovykh prats' spivrobotnykiv NMAPO im. PL Shupyka.* – 2016. – Vyp. 25. – S. 473–480.
12. Dentist praktiki patterns and therapeutic confidence v dozirovku boltovnyya po vhdnoshennyu do temporomandibular disorders v dental practice-based research network / Kakudate N., Yokoyama Y., Sumida F., et al. // *J. Oral Facial Pain Headache*. 2017. Vol. 31, №2. P. 152–158. doi: 10.11607/ofph.1730.
13. Efekty praktiki terapii na melkoy temperaturno-individual'noy dissertatsii / Simada A., Ishigaki S., Matsuka Y., et al. // *J. Oral Rehabil*. 2019. Vol. 46, №5. P. 475–481. doi: 10.1111/joor.12770.
14. Headaches and myofascial temporomandibular disorders: overlapping entities, separate managements? / Conti P.C., Costa Y.M., Gonzalves D.A., Svensson P. // *J. Oral Rehabil*. 2016. Vol. 43, №9. P. 702–715. doi: 10.1111/joor.12410.
15. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Research. Facial pain. Available from <http://www.nidcr.nih.gov/DataStatistics/FindDataByTopic/FacialPain/>

## Results of dental examination of patients with bite pathology and headache

*Drogomyretska M., Yezerska O.*

**Introduction.** In recent years, there is more and more information about the relationship between headache, temporomandibular disorders, occlusion disorders and craniocervical disorders in patients with bite pathology. According to research results, more than 70% of patients with occlusal disorders complain of chronic pain (headache, pain in the neck, temples, temporomandibular joint – TMJ, eyeballs), sometimes with radiation to the hand, discomfort and soreness of body muscles. Finding an effective solution to the problem of headache, bite pathology and TMJ dysfunction and cranio-cervical disorders is an extremely urgent and unsolved problem of modern dentistry and should be solved by a combination of orthodontic, orthopedic and osteopathic treatment.

**Goal.** Evaluation of the dental status of 356 patients aged 24–60 years with bite pathology and headache.

**Research methods.** Survey, questionnaire using visual analog scale (VAS), primary examination, clinical (including manual muscle palpation), dental and laboratory (study of diagnostic models in the articulator), statistical processing of the results.

**The results.** With vertical anomalies of the bite, the headache can be localized in different parts of the head, in the case of transversal - mainly one-sided pain in the parietal and temporal regions. With a mesial bite, a headache was noted in most patients in the temporal areas of the head, mainly on both sides, with a distal bite - in the parietal area on both sides. In patients with bite pathology and headache, a functionally healthy condition of the TMJ was established in 3.4%, suspicion of TMJ dysfunction in 37.9%, pronounced muscle and joint dysfunction in 58.7% of the examined

**Conclusions.** The study of correlations between occlusion pathology, TMJ dysfunction and cranio-cervical adaptation in adult patients with headache will reveal certain regularities that will allow correct preventive diagnostic and therapeutic measures to be taken.

**Key words:** headache, bite pathology, temporomandibular joint dysfunction

## Результаты стоматологического обследования пациентов с патологией прикуса и головной болью

*Дрогомирецька М.С., Езерська О.*

**Введение.** В последние годы появляется все больше сведений о взаимосвязи головных болей, височно-нижнечелюстных расстройств, нарушениях окклюзии и кранио-цервикальных расстройств у пациентов с патологией прикуса. Согласно результатам исследований более 70% пациентов с окклюзионными нарушениями жалуются на хроническую боль (головную боль, боль в области шеи, висков, височно-нижнечелюстного сустава – ВНЧС, глазниц), иногда с иррадиацией в руку, дискомфорт и болезненность мышц. Поиск эффективного решения проблемы головной боли, патологии прикуса и дисфункции ВНЧС и краниоцервикальных нарушений является крайне актуальной и нерешенной проблемой современной стоматологии и должно решаться сочетанием ортодонтического, ортопедического и остеопатического лечения.

**Цель.** Оценка стоматологического статуса 356 пациентов 24–60 лет с патологией прикуса и головной болью.

**Методы исследования.** Опрос, анкетирование с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), первичный осмотр, клинический (в том числе мануальная пальпация мышц), стоматологический и лабораторный (изучение диагностических моделей в артикуляторе), статистическая обработка полученных результатов.

**Результаты.** При вертикальных аномалиях прикуса головная боль может локализоваться в разных участках головы, в случае трансверзальных – преимущественно односторонне в теменных и височных участках. При мезиальном прикусе головную боль отмечали у большинства пациентов в височных участках головы, преимущественно с обеих сторон, при дистальном – в теменном участке с обеих сторон. У пациентов с патологией прикуса и головной болью функционально здоровое состояние ВНЧС выявлено у 3,4%, подозрение на дисфункцию ВНЧС – у 37,9%, выраженную мышечно-суставную дисфункцию – у 58,7% обследованных.

**Выводы.** Изучение корреляционных между патологией прикуса, дисфункцией ВНЧС и краниоцервикальной адаптацией у взрослых пациентов с головной болью позволит выявить определенные закономерности, позволяющие провести корректные профилактические диагностические и лечебные мероприятия.

**Ключевые слова:** головная боль, патология прикуса, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

*Дрогомирецька Мирослава Стефанівна – професор, доктор медичних наук,  
завідувачка кафедри ортодонції НУОЗ України імені П. Л. Шупика,  
тел.: 050-982-02-70*

*Езерська Оріся – аспірант кафедри ортодонції НУОЗ України імені П. Л. Шупика,  
тел.: 050-982-02-70,*

4-6  
ЖОВТНЯ  
2023



International  
Dental  
Forum

Міжнародна виставка стоматологічного обладнання та матеріалів  
і серія науково-практичних та бізнес заходів



## ВСЕ ДЛЯ СТОМАТОЛОГА

### Заходи в рамках виставки:

- Семінар Реконструктивна хірургія голови та шиї та сучасна реабілітація
- Семінар Стоматологічна наука і практика в екстремальних умовах: виклики та шляхи подолання
- Тренінг Функціональний підхід при дентальному протезуванні. Natural Concept
- Семінар Від профілактики до лікування: доказова, практична, доступна стоматологія
- Тренінг Біоміметична методика реставрування та досягнення «невидимих» реставрацій з підбором відтінків залежно від віку пацієнта
- Семінар Управління медичним закладом
- Семінар Введення в обіг медичних виробів для легальної реалізації
- Українська Школа Медсестринства
- Тренінг Basic Life Support та інші.

Читайте  
повну програму  
на сайті  
[dentalforum.com.ua](http://dentalforum.com.ua)



або скануйте  
QR-код

ОРГАНІЗАТОРИ:

**PREMIER**  
EXPO  
[www.pe.com.ua](http://www.pe.com.ua)

**ВА ІВСП**  
Українська асоціація стоматологів  
і лікарів стоматологічної допомоги  
[www.imdp.in.ua](http://www.imdp.in.ua)

ПРОХОДИТЬ ОДНОЧАСНО:



Міжнародна медична виставка  
PUBLIC HEALTH



Безкоштовний квиток на сайті  
[www.dentalforum.com.ua](http://www.dentalforum.com.ua)  
або скануйте QR-код

Ваш промокод  
**ACTUALDENT**