

**ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ОКЛЮЗІЙНО-  
АРТИКУЛЯЦІЙНИМ СИНДРОМОМ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-  
НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА**

**В.І. Біда, С.М. Клочан**

ІС Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П.Л.Шупика

**Резюме**

Представленные данные клинического обследования 26 больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) свидетельствуют, что у 30,8% из них причиной возникновения патологии является нарушение функциональной окклюзии. Лечение таких больных комплексное, поэтапное и включает медикаментозную терапию, физиотерапию, ортопедические методы: лечение капями, избирательное пришлифовывание зубов, рациональное протезирование.

**Ключевые слова:** дисфункции ВНЧС, функциональная окклюзия.

**Резюме**

Представлені в статті дані клінічного обстеження 26 хворих із синдромом больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) свідчать, що в 30,8% із них причиною виникнення патології є порушення функціональної оклюзії. Лікування таких хворих комплексне, поетапне й охоплює медикаментозну терапію, фізіотерапію, ортопедичні методи: лікування капями, вибіркоче пришліфовування зубів, раціональне протезування.

**Ключові слова:** дисфункції СНЩС, функціональна оклюзія.

**Summary**

The results of clinical examination of 26 patients with the syndrome of pain dysfunction of temporomandibular joint (TMJ) are presented in the article. They revealed that at 30,8% of the patients this pathology was caused by the disorders of functional occlusion. The treatment of such patients should be complex, stage-by-stage and should include medicine therapy, physiotherapy, and some orthopedic methods such as mouthpiece treatment, selective teeth lapping and rational prosthesis as well.

**Key words:** temporomandibular joint disorders, functional occlusion.

### **Література**

1. Хватова В.А. Оклюзионные шины (современное состояние проблемы) / Хватова В.А., Чикунов С.О. - М.: МИГ «Медицинская книга», 2010.-56 с.
2. Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы / [Лебедеко И.Ю., Арутюнов С.Д., Антоник М.М., Ступников А.А. ]- М.: «МЕДпресс-информ», 2006.-111с.

**Вступ.** Оклюзійним порушенням надається велике значення в етіології та патогенезі синдрому дисфункції СНЩС. СНЩС із інконгруентними суглобними поверхнями сполучення нестабільне. Стабілізуючим факторам поруч із внутрішньосуглобним диском, зв'язково-капсулярним апаратом, м'язовим корсетом є оклюзія – множинне, симетричне, точкове фісурно-горбкове змикання зубних рядів. А тому будь-які порушення функціональної оклюзії здатні призвести до негативних змін функціонального стану жувальних м'язів, диспозицій нижньої щелепи, порушень внутрішньосуглобних взаємовідношень та анатомічної цілості його елементів [1,2]. Очевидно, що поєднання ендокринної та психоемоційної патології, які впливають на рівень адаптаційних можливостей організму до несприятливих умов, із порушеннями функціональної оклюзії є пусковим механізмом розвитку синдрому больової дисфункції СНЩС.

**Мета дослідження:** спираючись на дані анамнезу та клініко-лабораторних досліджень хворих, установити причини, які призводять до появи оклюзійно-артикуляційного синдрому дисфункції СНЩС та окреслити комплекс ортопедичних стоматологічних заходів для лікування вищевказаної патології.

**Матеріал і методи дослідження.** Клінічне обстеження охоплювало збір скарг і анамнез, а також детальне функціональне обстеження - огляд обличчя, кефалометрію, перевірку рухомості нижньої щелепи, пальпацію жувальних м'язів, клінічне обстеження оклюзії. Для більш детального обстеження характеру змикання зубних рядів у положенні звичної оклюзії, передній та бокових, особливості артикуляції вивчали на діагностичних моделях щелеп у артикуляторі, налагодженому на індивідуальну роботу.

**Результати та їх обговорення.** На кафедру ортопедичної стоматології ІС НМАПО звернулися по медичну допомогу і були клінічно обстежені 26 хворих (18 жінок, 8 чоловіків) віком від 19 до 47 років із симптомами дисфункції СНЩС. Звернутися по допомогу хворих змушував больовий синдром різної потужності. Хворі скаржилися на постійний, стисний або такий, що просвердлює, одно- чи двобічний біль у привушно-жувальній ділянці з іррадіацією в скроні, щелепи, зуби, вилиці, головний біль, біль у вухах. Як правило, хворі були емоційно збуджені, шукаючи допомоги - нервували, плакали, емоційно змальовуючи свої відчуття.

На обстеженні 26 хворих на синдром больової дисфункції СНЩС у 8 осіб (30,8%) установлені порушення функціональної оклюзії з причин:

- підвищеного стирання твердих тканин зубів на фоні парафункціональної активності жувальних м'язів, що призвело до втрати оклюзійної висоти, появи нестабільних оклюзійних контактів у положенні центрального співвідношення, супраконтактів при латеротрузійних, протрузійних рухах нижньої щелепи;

- деформації оклюзійної поверхні зубних рядів унаслідок каріозних руйнувань і часткової втрати зубів. Порушення артикуляційної рівноваги призводило до переміщення зубів у бік наявних дефектів, а отже, до появи супраконтактів у центричній та ексцентричній оклюзіях;

- помилок у процесі ортопедичного лікування, а саме: фіксації на протезах попереднього звичного вимушеного положення щелеп, яке сформувалось унаслідок наявних до протезування порушень функціональної оклюзії та диспозиції нижньої щелепи; неправильне формування оклюзійної поверхні штучних коронок і мостоподібних протезів, появи нестабільної оклюзії, супраконтактів;

- помилок ортодонтичного лікування. Зміна оклюзійних взаємовідношень призводила до диспозицій нижньої щелепи і внутрішньосуглобних порушень.

Лікування хворих проводили за кілька етапів. На першому етапі усували больовий синдром шляхом створення умов для розслаблення жувальних м'язів. Для усунення больового синдрому застосовували комплекс лікувальних заходів: медикаментозний, фізіотерапію та лікування капами. Призначали нестероїдні протизапальні та знеболювальні засоби («Мелоксикам», «Кетанов»), у тому числі у вигляді мазевих пов'язок у привушно-жувальній ділянці на основі ібупрофену, бутадіону, 5% «Диклак гель». У складі комплексної терапії призначали препарати кальцію калію, заліза, вітаміни групи В, С («Нейровітан», «Аскорутин»), фолієву кислоту, які впливають на процеси метаболізму нервових та м'язових клітин, усувають ущільнення та болючість м'язів, знижують подразливість тригерних точок.

Для зняття психоемоційного напруження, покращення сну призначали седативні препарати рослинного походження (валеріана, «Новопасит», «Гліцисед», «Барбовал»).

Фізіотерапевтичні процедури охоплювали масаж, міогімнастику, імпульсний струм, електро-, ультрафонофорез упродовж 10-15 процедур.

Для розслаблення м'язів, депрограмування їх роботи на першому етапі застосовували релаксаційні пластинки з кламерною фіксацією та накушувальною площадкою позаду верхніх різців. Накушувальна площадка за верхніми різцями контактувала з нижніми різцями, створюючи дезоклюзію бокових зубів на 1-2 мм, що сприяло виключенню впливу супраконтактів контактів на вимушене положення нижньої щелепи, розслабленню м'язів та самоцентруванню суглобних голівок у суглобних ямках.

Рекомендували носити пластинку впродовж двох тижнів (для уникнення висунення бокових зубів), постійно, обов'язково вночі. Корекцію пластинки проводили через 1, 3 дні, 1, 2 тижні. Хворі вказували на слабшання болю та напруження в жувальних м'язах уже через кілька днів.

На другому етапі визначали і фіксували центральне співвідношення щелеп. Після знаття больового синдрому виникала можливість знайти і зафіксувати «лікувальне, комфортне» для СНЩС положення нижньої щелепи, яке не залежить від наявних оклюзійних контактів, а обмежене анатомічною формою СНЩС, його зв'язково-капсулярним апаратом. Для визначення центрального співвідношення застосовували мануальні прийоми, в тому числі орієнтацію нижньої щелепи при ковтальних рухах, уживання Р. Dawson. Для фіксації центрального співвідношення використовували накушувальні пластинки з тугоплавкого воску «Aluwax», термопластичні пластинки, оклюзійний А – силікон «Occlufast», а за відсутності великої кількості зубів - жорсткі базиси з восковими прикусними валиками.

На третьому етапі фіксували нижню щелепу в «лікувальному» положенні за допомогою стабілізуючих, репозиційних кап. Після

визначення і фіксації центрального співвідношення моделі щелеп ретельно вивчали в артикуляторі, планували і проводили вибіркове пришліфовування зубів, виготовляли капові конструкції. Стабілізуючі капи перекривали оклюзійну поверхню всіх зубів і забезпечували точковий контакт тільки опорних горбиків протилежної щелепи. Передні зуби контактували з капою лише при сильному стисненні зубів. У ділянці бокових зубів капа мала оклюзійну товщину 1,5-2 мм. На капі створювали «ведення іклів» при латеротрузійних, контакт різців при протрузійних рухах нижньої щелепи, виключаючи при цьому контакти бокових зубів. Такі конструкційні особливості стабілізуючих шин сприяли міорелаксації та самоцентруванню суглобних голівок у фізіологічне положення.

За цілості зубних рядів капи переважно виготовляли на нижню щелепу, оскільки вона мала переваги в естетиці, фонетиці, простіша у виготовленні. У разі відсутності зубів на одній щелепі капу встановлювали на щелепу з дефектами зубних рядів, при цьому вона набувала вигляду капи-протеза. Досить часто вибір щелепи для встановлення капи залежав від нахилу верхніх різців. За їх вестибулярного нахилу капу встановлювали на верхню щелепу, що давало можливість відтворити на капі функціональну поверхню і забезпечити ефективний сагітальний різцевий шлях із пологим початком руху нижніх різців по піднебінній поверхні верхніх та поступовою дезоклюзією бічних зубів. За прямовисного або ретрузійного положення верхніх різців капу встановлювали на нижню щелепу з обов'язковим пришліфовуванням вестибулярно-різального краю капи в ділянці нижніх різців для запобігання появі супраконтактів при протрузійних рухах нижньої щелепи. Термін користування капою залежав від покращення стану хворого, але в середньому становив від 2 до 6 місяців.

При диспозиціях нижньої щелепи використовували репозиційні капи з глибокими відбитками зубів-антагоністів на оклюзійній поверхні, що давало можливість утримати нижню щелепу в «лікувальному» положенні.

На четвертому етапі після ефективної терапії капами проводили заплановане протезування з відтворенням на протезах морфології оклюзійної поверхні зубних рядів та нормалізації оклюзійних взаємовідношень як у центричній, так і в ексцентричних оклюзіях. Нерідко остаточному протезуванню передували тимчасові конструкції, на яких корегували оклюзійні взаємовідношення. Протези виготовляли з використанням напіврегульованих артикуляторів, які давали можливість установити положення верхньої щелепи і відтворити рухи нижньої щелепи, ідентичні таким у пацієнта.

### **Висновки**

1. За нашими спостереженнями, приблизно в 30, 8% хворих на синдром больової дисфункції СНЩС установлені порушення функціональної оклюзії.

2. Причиною порушень оклюзійних взаємовідношень є патологічні процеси зубощелепної ділянки, їх морфологічні та функціональні ускладнення, а також ятрогенні фактори.

3. Порушення функціональної оклюзії на фоні ендокринної та психоемоційної патології призводять до виникнення синдрому больової дисфункції СНЩС.

4. Лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції СНЩС має бути комплексним, багатоетапним і охоплювати медикаментозну терапію, фізіотерапію, лікування капами для нормалізації оклюзійних взаємовідношень та функціонального стану жувальних м'язів, раціональне протезування.