

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

чу напрямну функцію на групову (С. Ф. Розенштил, М. Ф. Ленд, 2010).

Нами виявлено, що в процесі нераціонального лікування відбуваються виражені зміни функціонально-оклюзійних контактів із виникненням транзиторних або пролонгованих у часі точок переваження, тобто супраконтактів. У той же час лікар-ортопед часто нехтує принципами побудови функціональної оклюзії, посиляючись на брак часу і трудомісткість діагностичних процедур, однак частота ускладнень, пов'язаних із переваженням пародонта й елементів скронево-нижньощелепного суглоба (Е. Такака, М. S. Detamore; L.G. Mercuri), вказує на необхідність детального аналізу функціональної оклюзії на всіх етапах ортопедичного лікування.

Коли порушення оклюзії стають більш вираженими або коли стресова ситуація викликає підвищення м'язової активності, пов'язаної з проявом парафункцій, порушується функціональна гармонія і виникають симптоми краніомандибулярної дисфункції.

Дисгармонія оклюзії зумовлена наявністю таких контактів зубів, при яких порушується узгоджена функція суглобів і нервово-м'язового апарату. Це не тільки фізична дисгармонія, а й дисгармонія функціональної взаємодії та адаптації.

Використані методи виправлення оклюзії мають бути спрямовані на усунення її порушень і відновлення гармонії взаємодії елементів зубощелепної системи.

Тому метою нашого дослідження є підвищення ефективності лікування шляхом клініко-лабораторного обґрунтування, вдосконалення та уніфікації функціонального аналізу жувального апарату на підставі визначення робочих функцій, особливостей їх формування в різних вікових групах населення і перенесення отриманих даних при конструюванні незнімних зубних протезів.

Об'єкт дослідження - оклюзійні співвідношення зубних рядів у пацієнтів із груповою напрямною функцією.

Наукова новизна базується на обґрунтуванні клініко-лабораторного аналізу взаємозв'язку між статичними морфоструктурними компонентами жувальної системи та ступенем вираженості функціонально-оклюзійних взаємовідношень у пацієнтів із груповою напрямною функцією з метою покращення надання стоматологічної допомоги в клініці та вдосконалення загальних і спеціальних методів досліджень.

Уперше проведений критичний аналіз взаємозв'язку функціональних і структурних компонентів у пацієнтів із груповою напрямною функцією та вперше розроблений метод реабілітації потребують широкого і доступного впровадження в систему охорони здоров'я.

Використані засоби:

1. Рентгенологічне обладнання;
2. Артикулятор;
3. T-SCAN III;
4. Condylcomp LR3

на базі Стоматологічного медичного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.

КОРРЕКЦИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ГЛУБОКОМ РЕЗЦОВОМ ПЕРЕКРЫТИИ

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

В ряде работ отечественных учёных особое внимание в развитии симптоматики мышечно-суставных нарушений у больных с глубоким резцовым перекрытием уделяется функциональной нестабильности одного из компонентов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – суставной

головки нижней челюсти. Имеющиеся в литературе сведения по электромиографическому исследованию жевательного мышечного аппарата оцениваются как достаточно информативному, объективно отражающему характер его нарушений, что позволяет использовать электромиографию

(ЭМГ) как в диагностических, так и в целях оценки качества лечения различного рода дисфункций височно-нижнечелюстного сустава. Решение задач рационального клиничко-патогенетического лечения больных с анатомофункциональной нестабильностью ВНЧС при отдельных видах нарушений

окклюзии, в частности при глубоком резцовом перекрытии, в достаточной степени актуально.

Целью работы явилось определение эффективности коррекции биоэлектрической активности жевательных мышц у больных с функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти при глубоком резцовом перекрытии.

Объекты и методы исследования

Обследовано 52 пациента, страдающих функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти при наличии глубокого резцового перекрытия различной степени. Возраст больных - от 21 года до 48 лет. Женщин было 41, мужчин - 11. Всем больным проводилась в диагностических целях прицельная рентгенография ВНЧС при закрытом и открытом рте, ЭМГ собственно жевательных мышц как наиболее активных в перемещениях нижней челюсти, обеспечивающих функцию ВНЧС и наиболее доступных для наложения рабочих электродов, до начала лечения и через 3 месяца после его завершения. Для регистрации биопотенциалов мышц использовали электромиограф «Нейро-МВП».

Лечебные мероприятия начинали с восстановления анатомических взаимоотношений суставной головки и суставной впадины путем ручной репозиции смещённых головок в пра-

вильное положение. Больным назначали щадящий режим в виде ограничения открывания на срок 5 – 7 дней, массаж височных и собственно жевательных мышц два раза в день (утром и вечером) в течение 7 минут на протяжении 5 – 7 дней, который в последующие 7 дней заменялся вибромассажем. В это же время больным проводили электростимуляцию собственно жевательных мышц и мышц подподбородочного комплекса попеременно через день. Для этого использовали физиотерапевтический аппарат «Тонус-2» с режимом работы импульсов треугольной формы (тетанизирующие токи) силой 4 – 5 мА с продолжительностью воздействия 10 минут. Расположение электродов продольные, количество процедур – 10.

Результаты исследования

Визуальная оценка ЭМГ жевательных мышц у всех больных с функциональной нестабильностью суставной головки ВНЧС до начала лечения выявила выраженную в различной степени асимметрию графического изображения миограмм функционально нестабильной и симметричной стороны как по частоте заполнения, так и по максимальным и минимальным показателям в периоды волевого сжатия и жевания. Электромиограммы у этих больных при жевании были в большей степени неоднородны и характеризовались чередова-

нием разных по величине и активности с периодами неполного биоэлектрического покоя.

Результаты цифровой расшифровки ЭМГ у больных с глубоким резцовым перекрытием, сопровождающимся гипермобильностью головки ВНЧС, объективно отражали функциональные нарушения в деятельности жевательных мышц по сравнению со здоровыми лицами.

В ближайшие сроки по завершению основного курса лечения электромиограммы собственно жевательных мышц у большинства больных приближались как визуально, так и в цифровых выражениях к показателям у здоровых лиц. Все наблюдаемые больные как в ближайшие, так и отдалённые (до 3 месяцев) сроки по завершению лечения явлений функциональной нестабильности со стороны суставных головок нижней челюсти не отмечали.

Полученные данные подтверждают необходимость включать в план лечения больных с функциональной нестабильностью суставной головки нижней челюсти при наличии у них глубокого резцового перекрытия наряду с мерами непосредственного воздействия на компоненты ВНЧС меры, направленные на восстановление и активизацию мышечного жевательного аппарата с объективной оценкой результатов по данным электромиографии жевательных мышц.