

**Мирза А. И., Мозолюк Е. Ю.**  
**РОЛЬ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО ПРИШЛИФОВЫВАНИЯ**  
**ЗУБОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС**

Институт экологии и медицины, г. Киев

Дисфункция ВНЧС является одним из наиболее распространенных заболеваний, выявляемое при обращении больных с жалобами на боли, неприятные ощущения в виде похрустывания, щелчков при движении нижней челюсти, ограничение открывания рта и т. д.

Клиническое обследование данной категории больных констатирует у большинства из них нарушения окклюзии, связанные с патологией прикуса, нерациональным протезированием и ортодонтическим лечением, частичной потерей зубов, ошибками при формировании пломб из современных композитных материалов, обладающих низкой стираемостью.

При нарушении окклюзионных соотношений перестраиваются функции жевательных мышц для преодоления окклюзионных препятствий, формируется односторонний тип жевания, нижняя челюсть смещается в положение вынужденной окклюзии. При этом меняется топография элементов сустава справа и слева, что приводит к перерастяжению связочного аппарата и капсул сустава, нарушению кровообращения и иннервации. Лечение пациентов с дисфункцией ВНЧС наряду с медикаментозным, физиотерапевтическим методами должно включать нормализацию окклюзии, в том числе путем избирательного шлифования зубов.

Нами обследовано 18 больных, которым на основании данных клинического обследования, КТ и МРТ поставлен диагноз дисфункции ВНЧС. У всех пациентов выявлены окклюзионные нарушения, которые у 8 больных связаны с ошибками при проведении ортопедического и терапевтического лечения, у 4 являлись следствием незавершенного ортодонтического лечения, у 6 больных вызваны патологией прикуса, а также частичной потерей зубов.

Анализ окклюзионных контактов осуществляли на диагностических моделях челюстей с одновременным контролем в полости рта. Избирательное шлифование проводили на основе рекомендации Дженкельсона (1972) в 4 этапа с временным интервалом 7 дней между посещениями. Вмешательство осуществляли на скатах ведущих бугров: на верхней челюсти - на небных и щечных скатах небных бугров моляров и премоляров в дистальной и привычной окклюзии ( II-III класс по Дженкельсону); на нижней челюсти - на щечных скатах моляров и премоляров. Задача избирательного шлифования состояла в создании равномерных, оптимальных фиссурно - бугорковых контактов в области жевательных зубов и минимальных контактов по режущему краю нижних передних зубов.

Таким образом, избирательное шлифование зубов является наиболее щадящим и действенным методом нормализации окклюзионных соотношений при лечении дисфункции ВНЧС, что подтверждается данными функциональной диагностики; при этом уменьшается болевой синдром в проекции сустава, приостанавливается рецессия десневого края, находящегося в зоне окклюзионной травмы.

**Мирза А. И., Олещук С. П.**  
**СОСТОЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У**  
**СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ**  
**КЛИНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА**  
Институт экологии и медицины, г. Киев

Актуальность и научная новизна

Общеизвестно, что обучение студента-медика ежедневно связано с большим количеством стрессов. Постоянно присутствующий фактор психоэмоционального напряжения часто стимулирует развитие бруксизма и мышечно-суставных дисфункций, лечение которых связано с большими трудностями.

Раннее выявление и устранение причин, формирующих дисфункциональные нарушения, предполагает гармонизацию жевательного аппарата в целом. В связи с отсутствием точных данных о патогенезе дисфункциональных нарушений и полиэтиологичностью синдрома дисфункции височно-нижнечелюстных суставов данная проблема является актуальной и находится на этапе активного изучения.

В литературе последних лет представлены различные схемы диагностики функционального состояния зубочелюстной системы, формирующие цельное представление о характере и направлении развития повреждений.

Общеизвестно, что процент выявления мышечно-суставных нарушений (болевого синдрома) среди женщин выше, чем среди мужчин. При этом в литературе практически отсутствует информация о характере распространения данной патологии у лиц молодого возраста.

Целью нашего исследования был анализ функционального состояния компонентов жевательного аппарата у студентов стоматологического факультета. Нами обследовано 62 студента в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст - 24), 38 женщин и 24 мужчины.

**Методы исследования**

Всех студентов обследовали по общепринятой схеме с заполнением истории болезни. Методика обследования традиционна и включает выяснение жалоб, хронологии развития заболеваний, сбор анамнеза жизни, объективные физические и вспомогательные лабораторно-инструментальные методы исследования.

В процессе проведения субъективного исследования большое внимание уделялось жалобам и анамнезу. На втором этапе проводилась функциональная диагностика состояния зубочелюстной системы.

Для проведения функциональной диагностики использовали алгоритмы, базирующиеся на сокращенном «Гамбургском» коротком обследовании (Athlerts M. O., Jakstan H. A., 2000).

Оценка функций суставов по характеру движений нижней челюсти.

Оценка функций суставов по амплитуде открывания рта.

Определение внутрисуставных шумов.

Оценка состояния зубочелюстного аппарата.

Пальпация жевательных мышц и периартикулярных тканей.

Оценка окклюдодиаграммы (при помощи восковой пластинки).

В соответствии с предложенными схемами проведен анализ функции височно-нижнечелюстных суставов в статике и динамике с использованием изометрических тестов. Состояние мышц оценивали по результатам пальпации, а функциональную окклюзию анализировали по результатам окклюдзиограмм.

#### **Результаты проведенного исследования**

Оценка жалоб студентов:

дискомфорт в мышцах - 52%;

боли и ограничение открывания рта - 2%;

хруст, щелчки - 9%.

Из них мужчин – 8%, женщин – 12%.

Анализ окклюзии по общепринятой схеме показал: гигиена + адентии - 21%;

аномалии прикуса, скученность зубов - 42%.

Результаты функционального клинического анализа позволили выявить девиации и дефлексии (29%), щелчки в начале открывания и в конце закрывания рта (2%), хруст (9%). Пальпация мышц показала напряжение и уплотнение в жевательных мышцах, неприятные ощущения и болезненность при пальпации латеральной крыловидной мышцы (на 41% больше, чем жалоб на боль).

#### **Выводы**

Клиническая функциональная диагностика мышц и ВНЧС должна стать неотъемлемой частью обследования пациентов молодого возраста в целях раннего выявления и профилактики функциональных нарушений параллельно с выявлением и лечением патологии твердых тканей зубов, аномалий и деформаций прикуса.

### **О. І. Мирза, А. В. Штефан, І. В. Міхеєва АВТОРСЬКИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА БРУКСИЗМ, ТА ПРОФІЛАКТИКА ОККЛЮЗІЙНИХ ПОРУШЕНЬ**

Інститут екології та медицини, м. Київ

#### **Актуальність**

Жування становить собою складну координацію умовних і безумовних рухових рефлексів, які визначають почергове і зрівноважене скорочення жувальних та м'язів. Відповіддю на внутрішні та зовнішні подразники є умовно-рефлекторна реакція, при цьому збуджувальні та гальмівні процеси вкладаються в певну функціональну систему і закріплюються у вигляді динамічного стереотипу. Кореляція діяльності жувальних м'язів у нормі виконується постійною складною рефлекторною діяльністю, де джерелом рефлекторних імпульсів є сенсорні нервові закінчення, закладені в тканинах пародонта, м'язах, сухожиллях, капсулі та зв'язках СНЩС.

За допомогою рефлекторних дуг, що складають численні сенсорно-моторні системи, виконуються рефлекс розтягнення і реципрокна іннервація жувальних м'язів, тобто почергове розслаблення і скорочення м'язів, які піднімають і опускають нижню щелепу.

Патологічні зміни в цьому регуляторному механізмі призводять до різноманітних морфологічних і функціональних порушень у всій зубощелепно-лицевій системі.

#### **Методи і результати дослідження**

Під нашим спостереженням перебували 210 пацієнтів із наявністю бруксизму. Ми встановили, що провокуючим фактором у виникненні цього захворювання є психоемоційне напруження (61% спостережень).

Серед хворих даної групи з ускладненнями бруксизму (132 людини) 107 були відібрані для подальшого поглибленого обстеження. У хворих цієї групи на момент первинного обстеження не спостерігався стан фізіологічного спокою нижньої щелепи, тобто була відсутня міжоклюзійна відстань.

Уже в процесі обстеження цієї категорії хворих було поставлене завдання зменшити шкідливий вплив функціонального навантаження м'язового компонента на пародонт зубів і скронево-нижньощелепні суглоби, тим самим запобігти подальшому руйнуванню жувального апарату і розвитку ускладнень бруксизму.

#### **Наукова новизна роботи**

Нами був запропонований спосіб лікування бруксизму та профілактики його ускладнень (отриманий патент №200814824 від 23. 12. 08), що базується на відомому в фізіології явищі реципрокності, внаслідок чого досягалася релаксація м'язів, що піднімають нижню щелепу, за принципом розгинального рефлексу. Суть його полягає в тому, що під вольовою або електростимульованою дією під час опускання нижньої щелепи скорочуються м'язи, які формують дно порожнини рота (щелепно-під'язиковий, підборідно-під'язиковий, двочеревцевий та ін. ), унаслідок чого рефлекторно знижується тонус м'язів, що піднімають нижню щелепу (власне жувальні, скроневі та внутрішньокрилоподібні м'язи).

#### **Висновки**

При спостереженні за групою хворих (107 людей) із початковими проявами ускладнень, обумовлених бруксизмом (патологічна стертість, пародонтит, синдром больової дисфункції СНЩС, асиметрія обличчя за рахунок гіпертрофії жувального та скроневого м'язів, м'язові контрактири нижньої щелепи, відколи кераміки), виявлена виражена лікувально-профілактична дія запропонованого способу профілактики ускладнень бруксизму. Вона проявилась в усуненні напруження в жувальних м'язах (за показниками суб'єктивних відчуттів і об'єктивних даних термографії, імпедансометрії, електроміографії) та нормалізації клінічної картини.

1. Запропонований спосіб запобігає ускладненням бруксизму за рахунок зниження чи усунення травматичної дії на тверді тканини зубів і зубощелепну систему в цілому.

2. Застосування цього методу дозволяє в 96% випадків отримати стійкий терапевтичний ефект.

3. Запропонований новий спосіб лікування і профілактики ускладнень бруксизму, що полягає в регульованій електростимуляції м'язів, які опускають нижню щелепу, має низку переваг, а саме:

1) ця методика неінвазивна, неболісна, нешкідлива для пацієнтів і легка в застосуванні;