

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;

2) виконується пряма дія безпосередньо на причину ускладнень при бруксизмі (усунення підвищеного тону м'язів, що піднімають нижню щелепу);

3) застосування цього методу дозволило уникнути участі зуботехнічної лабораторії, так як це необхідно для виготовлення традиційних (роз'єднуючих прикус) кап та ін. ;

4) при проведенні релаксації м'язів електростимуляційна дія відбувається дозовано, а також із подальшою оцінкою об'єктивних критеріїв. Усе вищезгадане відкриває перспективи для подальшого використання розробленого нами нового методу лікування та профілактики ускладнень бруксизму.

Рубаненко В. В., Баля Г. М.
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ОКЛЮЗІЇ ПРИ
УСКЛАДНЕНІЙ ФОРМІ ПАТОЛОГІЧНОГО СТИРАН-
НЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

Кількість хворих із патологічним стиранням займає значний сегмент серед осіб, які звертаються по спеціалізовану ортопедичну допомогу. Окрему групу при цьому складають клінічні випадки, коли патологічне стирання твердих тканин зубів ускладнюється порушенням безперервності зубних рядів і зубощелепними деформаціями різних ступенів. Тому в ортопедичній реабілітації таких пацієнтів дуже важливим є індивідуальний підхід до побудови тактичних дій лікаря і складання плану лікування.

На підставі вищевказаного **метою роботи** визначено відновлення оклюзійної норми у випадках патологічного стирання твердих тканин зубів, що ускладнене дефектами та деформаціями зубних рядів.

Об'єкти та методи дослідження. До сформованої нами клінічної групи ввійшли 9 хворих, у яких генералізована форма патологічного стирання була ускладнена змінами положення зубів, що обмежують дефект, або у вигляді вакантної гіпертрофії частини альвеолярного відростка. Використані клінічні та електроміографічні методи на різних етапах спостережень.

Результати обговорення. При вивченні особливостей клінічного перебігу патологічного стану встановлено, що основні скарги зводяться до косметичних незручностей, обумовлених зміною кольору і форми зубів, укороченням нижньої третини лицьового відділу, різкою вираженістю носо-губних складок, опусканням кутів рота. Практично всі пацієнти скаржилися на біль, відчуття оскоми та інші неприємні відчуття, пов'язані з дією температурних, хімічних і тактильних подразників. Декілька пацієнтів указували на утворення заїд і мацерацій кутів рота, травму слизової оболонки протилежної щелепи і тканин язика гострими краями стертих зубів, болі в скронево-нижньощелепному суглобі, болючість і швидку стомлюваність м'язів; ускладнене вживання їжі.

Пальпаторно в 4 пацієнтів визначався підвищений тонус жувальних м'язів із незначною болючістю їх у 5 пацієнтів.

На об'єктивному огляді пацієнтів виявлені дефекти зубних рядів у бічних відділах щелеп різної протяжності (від 1 до 4 зубів) і частіше – дистально необмежені. У трьох пацієнтів виявлена деформація зубних дуг у вигляді нахилу окремих зубів у бік дефекту. У 6 осіб зубощелепна деформація локалізувалася у фронтальній ділянці нижньої щелепи і мала вигляд різних ступенів гіпертрофії альвеолярного відростка.

Коронкові частини бокових зубів мали типову для патології форму з кратероподібними заглибленнями, гострими краями. Глибина ураження в різних обстежуваних складала від 1/3 частини коронки до майже повного її ураження.

Із загальної кількості пацієнтів горизонтальна форма патологічного стирання твердих тканин зубів діагностована у двох осіб. У шести випадках (і це все випадки з вираженою вакантною гіпертрофією переднього відділу альвеолярного відростка нижньої щелепи) визначена вертикальна форма патологічного стирання. В одному випадку процес стирання ми охарактеризували як змішану форму.

У більшості пацієнтів (7 осіб із 9) наявні ознаки прикусу, що знижується.

При стисненні щелеп у двох пацієнтів виявлений щільний контакт різальних поверхонь фронтальних зубів і слизовою оболонкою твердого піднебіння, у зв'язку з чим на ній помітні відбитки нижніх зубів, а сама слизова оболонка мала характерні ознаки хронічного запалення.

Характеризуючи оклюзійні взаємозв'язки, слід зважати на форму патологічного стирання, ступінь ураження, стадію процесу. Оклюзійні криві в досліджуваних пацієнтів виражені незначно й оклюзійна площина майже пряма. Лише в одного пацієнта сагітальна і трансверзальна оклюзійні криві були помірно виражені.

Ускладнені дефектами та деформаціями зубних рядів форми патологічного стирання зубів супроводжуються також значними морфо-функціональними змінами в жувальному апараті, що в електроміографічних дослідженнях відбилося на всіх показниках електричної активності жувальних м'язів. Значно знизилася амплітуда біопотенціалів (595–615 мкВ) на фоні підвищення частоти їх коливань (335–370 Гц). Суттєві зміни спостерігали в тривалості збудливих і гальмівних процесів (465–480 мсек складав час активності, 215–225 мсек – час спокою). Вищевказане позначилося на показнику їх співвідношення – коефіцієнті «К» (2,12–2,27 при нормі 1,1–1,2).

Реконструкцію та відновлення морфофункціональних структур зубощелепної системи при тяжких формах патологічного стирання при частковій втраті зубів за умови наявності здорових і саніруваних коренів ми здійснили за допомогою модифікованої конструкції покривного протеза з фіксацією на альвеолярних відростках та додатковою ретенцією у вигляді інтраденціальних атакменів власної конструкції. Функціональна й естетична повноцінність запропонованої нами тех-