

Клочан С.М.

## ОКЛЮЗІЙНО-АРТИКУЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА: ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ

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

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. Етіологічні фактори, які призводять до порушення оклюзійних взаємовідношень, такі:

- підвищене стирання твердих тканин зубів, втрата оклюзійної висоти, поява нестабільних оклюзійних контактів, супраконтактів при латеротрузійних, протрузійних рухах нижньої щелепи;
- деформація оклюзійної поверхні зубних рядів унаслідок

часткової втрати зубів, дефектів твердих тканин зубів;

- помилки ортопедичного лікування: неправильне формування оклюзійної поверхні штучних коронок і мостоподібних протезів, невивіреність оклюзійних співвідношень як у центричній, так і в ексцентричній оклюзіях, фіксації на протезах вимушеного положення нижньої щелепи;

- помилки ортодонтичного лікування, зокрема зміна оклюзійних взаємовідношень призводила до диспозицій нижньої щелепи і внутрішньосуглобних порушень.

Основні симптоми синдрому дисфункції СНЩС - це біль різної інтенсивності в привушно-жувальній ділянці, порушення рухів нижньої щелепи, шуми під час рухів нижньої щелепи, болюча пальпація жувальних м'язів.

Лікування таких хворих проводилось комплексно, поетапно й охоплювало медикаментозну терапію, фізіотерапію, ортопедичні методи: лікування релаксаційними, репозиційними, стабілізуючими капамі, вибіркове пришліфовування зубів і протезування раціональними конструкціями зубних протезів.

Коваль Є. А.

## КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИЙ АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ГРУПОВОЇ НАПРЯМНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ВІДТВОРЕННЯ ЇЇ В НЕЗМІННОМУ ЗУБНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Загальновідомо, що всі стоматологічні пацієнти мають різний ступінь змін функціонально-оклюзійних взаємовідношень, і тому пошук та відновлення функціонально гармонійної взаємодії елементів зубощелепного апарату - це принципове і найважливіше завдання ортопедичного лікування. Стабільна вертикальна і сагітальна взаємодія нижньої щелепи з верхньою забезпечується міжгорбковим контактом зубів-антагоністів. Зуби також утворюють напрямні площини для руху

нижньої щелепи в межах контактів між зубами.

Аналіз функціональної оклюзії в пацієнтів із часом не втрачає своєї актуальності, на що вказують численні наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів (В.В. Баданіна, 2000; В.А. Хватова, 1996).

За результатами досліджень, у фізіологічному прикусі в осіб віком 20-30 років з інтактними зубними рядами, ортогнатичним прикусом і без суглобних симптомів іклове ведення наявне у

22% випадках, групова напрямна (ікла, премоляри і моляри) - в 78% випадків (В. Klaiber, S. Scheiher, H. Geldreich, 1977). На думку інших авторів, іклове ведення зустрічається частіше (57%), ніж групова напрямна функція (16,3%) (Scaife Holt, 1969; Гросс М. Д., Метьюс Дж. Д., 1982).

Групова напрямна функція, на думку багатьох дослідників, вважається результатом втрати іклової напрямної. Стирання горбків іклів унаслідок парафункціональних звичок змінює робо-

## 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. С. Детаморе; L.G. Меркурі), 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