

УДК 616.314.1/.2-02:616.724]-08

Ю. О. Риберт

АНАЛІЗ СТАНУ ЗУБОЩЕЛЕПНОГО КОМПЛЕКСУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ КОМБІНОВАНИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ І МЕТОДІВ ЇХ ЛІКУВАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ.

Взаємозв'язок між патологією зубощелепного комплексу і скронево-нижньощелепними розладами (СНР) натеper визнає значна частина вітчизняних і зарубіжних дослідників [1;4;6;9;11-13;15].

До них належать ортодонтична патологія і наслідки її незбалансованого лікування [8;10;14], неякісно виготовлені реставраційні та протезні конструкції [2;3], вторинні деформації зубних рядів, патологічне прорізування нижніх третіх молярів та їх обтяжене видалення [7;16] тощо.

Окклюзійні порушення викликають пропріоцептивні зміни, які рефлексорним шляхом приводять до напруження і спазму м'язів, прикріплених до нижньої щелепи, що і призводить до розвитку больової дисфункції СНЩС, провокує стійку дію сумарного вектора навантаження за типом компресії, викликає адаптаційне ремоделювання м'язово-сполучної тканини, створюючи умови для прогресування адаптаційних механізмів, а згодом призводить до змін у будові диска, суглобових поверхонь, внутрішньосуглобових зв'язок біламінарної зони, що веде до просторової зміни положення диска [5].

Лікування і реабілітація пацієнтів із дисфункцією СНЩС – складне завдання через недосконалість алгоритмів діагностики з оцінкою статичних і морфологічних характеристик зубощелепного апарату пацієнта і їх співвідношення з показниками функціональної оклюзії [14].

Мета дослідження.

Аналіз стану зубощелепного комплексу пацієнтів із комбінованими (суглобовими і міофасціальними) розладами скронево-нижньощелепних суглобів і методів їх лікування.

Матеріали і методи.

Із 121 пацієнта з діагностованими скронево-

нижньощелепними розладами (СНР) після їх детального клінічного і додаткових обстежень, які включали ортопантомографію, зонографію скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), ультразвукове дослідження СНЩС і жувальних м'язів, комп'ютерну томографію, МРТ-дослідження за показаннями та артрографію, виявлено 23 пацієнти (19,0%) із комбінованими розладами скронево-нижньощелепного суглоба, які включали як множинні розлади жувальних м'язів, м'язів шиї, м'язів плечей, так і суглобові розлади (компресія біламінарної зони, зміщення меніска, гіпермобільність, артрити) в різних їх комбінаціях із поєднанням з оклюзіопатіями різних нозологічних форм.

Лікування здійснювали залежно від стану зубощелепного комплексу із застосуванням різних варіантів оклюзійних шин, ортопедичних конструкцій та їх комбінацій.

Результати дослідження та їх обговорення.

Серед 23 пацієнтів із поєднаною м'язово-суглобовою дисфункцією та діагностованими оклюзіопатіями було 7 чоловіків (30,7%) і 16 жінок (69,6%), з переважанням жінок у два рази.

Клінічна та відсоткова характеристика обстежених пацієнтів із поєднаною патологією наведена в таблиці.

Серед обстежених із комбінованими суглобовими розладами значно переважали пацієнти, в яких виявлена ортодонтична патологія (43,4%), патологія прорізування третіх молярів (30,4%) і ятрогенна патологія (26,1%).

Вторинні деформації зубних рядів виявлені в 17,2% пацієнтів, множинні дефекти зубних рядів - у 13,0% і пародонтит I-II ступеня - також у 13,0%. Означені патології зубощелепного комплексу виявлялися як поодинокі нозологічні форми та в різних комбінаціях.

Таблиця
Кількісна і відсоткова характеристика пацієнтів із поєднаною патологією (оклюзіопатія + міофасціальна патологія + артропатія)

Стать (загальна кількість пацієнтів)	Окклюзіопатія												Міофасціальна Патологія						Артропатія									
	ортодонтична патологія		патологічне прорізування 3-х молярів		множинні дефекти зубного ряду		вторинна деформація		ятрогенна патологія		патологічна стертість		пародонтит I та II ступеня		жувальні м'язи	м'язи шиї	м'язи плечей	компресія біламінарної зони		зміщення меніска		Гіпермобільність		артрити				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Ч (7)	5	21,7	1	4,3	-	-	2	8,6	-	-	-	-	-	-	7	30,4	4	17,4	-	-	2	8,6	5	21,7	1	4,3	-	-
Ж (16)	5	21,7	6	26,1	3	13,0	2	8,6	6	26,1	-	-	3	13,0	16	69,6	12	52,1	1	4,3	6	26,1	13	56,5	1	4,3	2	8,6
У	10	43,4	7	30,4	3	13,0	4	17,2	6	26,1	-	-	3	13,0	23	100,0	16	69,5	1	4,3	8	34,7	18	78,2	2	8,6	2	8,6

Так, ортодонтична патологія як поодинокі форми виявлена в 7 пацієнтів (30,4%) віком 19-34 роки; патологічне прорізування 3 молярів - у 3 пацієнтів (13,0%); множинні дефекти зубних рядів - у одного (4,3%); вторинні деформації - також у одного (4,3%), ятрогенна патологія - у двох (8,6%).

Загалом поодинокі форми зубощелепної патології при комбінованих скронево-нижньощелепних розладах виявлені тільки в 60,6 % обстежених. В інших 39,4% пацієнтів із комбінованими СНР виявлялася зубощелепна патологія в різних поєднаннях: «патологічне прорізування третіх молярів + вторинні деформації», «ортодонтична патологія + патологічне прорізування третіх молярів», «ортодонтична патологія + патологічне прорізування третіх молярів + ятрогенна патологія», «вторинні деформації + ятрогенна патологія» тощо. Для комбінованих зубощелепних патологій характерним є повне переважання пацієнтів жіночої статі – із дев'яти осіб тільки один чоловік.

При аналізі міофасціальної складової комбінованих скронево-нижньощелепних розладів виявлено, що у всіх обстежених у процес залучені жувальні м'язи, в 16 (69,5%) - м'язи шиї, і тільки в одного - м'язи плечей (4,3%).

Суглобова складова комбінованих СНР включала значне переважання зміщення суглобового меніска (78,2%) та компресію біламінарної зони – 34,7%. Гіпермобільність та артрит діагностовано у 8,6% пацієнтів відповідно.

Патологічні стани СНЩС виявлялися і як поодинокі форми, і як їх поєднання. Так, компресія біламінарної зони як окрема форма діагностована в 13,0% обстежених, зміщення меніска - в 52,2%, гіпермобільність - у 4,3%.

У інших 30,5% обстежених суглобова складова комбінованих СНР була комбінованою і включала такі поєднання як «компресія біламінарної зони + зміщення меніска», «зміщення меніска + артрит», «компресія біламінарної зони + зміщення меніска + гіпермобільність».

Обрання плану лікування таких пацієнтів суто індивідуальне і базується на ретельному клінічному аналізі, оцінці додаткових методів обстеження та аналізі функціональної оклюзії в артикуляторі, налаштованому на індивідуальну функцію, та індивідуальному підході до вибору оклюзійної шини, з наступним, за необхідності, ортопедичним лікуванням із метою відновлення центрального співвідношення і функціональної оклюзії.

Отже, в лікуванні пацієнтів із комбінованими СНР оклюзіотерапія різними типами оклюзійних шин була застосована в семи пацієнтів (30,5%); оклюзіотерапія + сплїнтлайнтерапія - у восьми пацієнтів (34,8%); оклюзіотерапія + раціональне протезування різними видами ортопедичних конструкцій - у п'яти пацієнтів (21,8%); оклюзіотерапія + сплїнтлайнтерапія + раціональне протезування - у двох пацієнтів (8,6%) і оклюзіотерапія з пожиттєвою капою - в одного пацієнта (4,3%).

Зазначимо, що сплїнтлайнтерапія в поєднанні з оклюзіотерапією застосована в 10 пацієнтів (43,5%), із них у чотирьох пацієнтів (17,5%) - тільки

з ортодонтичною патологією, в чотирьох пацієнтів (17,5%) - з ортодонтичною патологією і патологією 3-х молярів після їх видалення та у двох пацієнтів (8,6%) - із патологією прорізування третіх молярів також після їх видалення.

Після завершення оклюзіотерапії, в деяких випадках сплїнтлайнтерапії відновлення центрального співвідношення і функціональної оклюзії здійснено ортопедичними конструкціями під контролем аксіографії в 7 пацієнтів віком 32-61 рік (30,4%) із різними варіантами поєднання патологічних станів як зубощелепного комплексу, так і скронево-нижньощелепних розладів.

Висновки.

У всіх пацієнтів із комбінованими скронево-нижньощелепними розладами виявлені різні за нозологічною формою патологічні стани зубощелепного комплексу, які призвели до порушення функціональної оклюзії з переважанням ортодонтичного чинника, патології прорізування 3-х молярів та ятрогенного фактора. Серед інших чинників виступали множинні дефекти зубних рядів і пародонтит. Ці нозологічні форми були як поодинокі, так в різних їх поєднаннях.

Для комбінованої форми СНР характерне стовідсоткове залучення в патологічний процес жувальних м'язів при всіх формах суглобових розладів.

Лікування пацієнтів із комбінованими розладами СНЩС потребує ретельного їх обстеження і виваженого підходу до методів лікування із залученням як оклюзіопатії та сплїнтлайнтерапії комбінованими оклюзійними шинами, виготовленими в артикуляторі, налаштованому на індивідуальну функцію, так і, за показаннями, ортопедичної корекції оклюзійних співвідношень.

Література

1. Біда В.І. Ортопедичне лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В. І. Біда, С. М. Ключан // Український стоматологічний альманах. – 2012. - № 3. – С. 22-24.
2. Кордіяк А. Ю. Прояви скронево-нижньощелепної дисфункції при застосуванні суцільнолитих зубних протезів / А.Ю. Кордіяк, Р.В. Куліченко // Український стоматологічний альманах. – 2002. - №5. – С. 43-46.
3. Король М.Д. Функционально-неврологические симптомы со стороны височно-нижнечелюстных суставов при нарушении окклюзии после пломбирования и реставрации зубов: материалы науч.-практ. конф. «Социальные аспекты современной Российской стоматологии: опыт, проблемы, пути решения» / М. Д. Король, О. В. Рыбалов, О.И. Яценко. – Тверь, 2011. – С. 120 – 121.
4. Макеєв В.Ф. Особливості розподілу силових навантажень на суглобові головки нижньої щелепи під дією жувального навантаження в модельному експерименті / В.Ф.Макеєв, В.Я. Шибінський // Новини стоматології. – 2007. - № 2. – С. 40-47.
5. Макеєв В.Ф. Оклюзійно-артикуляційна концепція розвитку синдрому м'язово-суглобової дисфункції в пацієнтів з патологією оклюзії / Макеєв В.Ф., Ри-

- берт Ю.О., Кінаш Ю.О. // Український стоматологічний альманах. – 2014. - № 4. – С. 70 – 75.
6. Манфредіні Д. Височно-нижньочелюстне расстройство. Современные концепции диагностики и лечения / Д. Манфредіні; [пер. с англ. А. Островский и др.] ; научн. ред. М. Антоник и др. – (London, Berlin, Chicago, Tokyo, Barselona, Istanbul, Milan, Moscow, New Delhi, Paris, Prague, Fao Paulo, Seoul, Warsaw // Guintessence, 2013. – 500 p.). – М., Спб, К., Алмааты, Вильнюс: изд. дом «Азбука», 2013. – 500 с.
 7. Москаленко П. Л. Стоматологическая манипуляция – одна из причин развития анатомо-функциональных нарушений компонентов височно-нижньочелюстного сустава / П. А. Москаленко, О. И. Яценко, О. В. Рыбалов // Вісник стоматології. – 2008. - № 1. – С. 151-152.
 8. Неспрядко В.П. Суглобовий фактор при ортодонтичному лікуванні: матеріали міжнар. конф. «Актуальні проблеми ортодонції» / В.П. Неспрядко, М.С. Дрогомерецька, Ю.В. Клітинський. – Львів: ДООО, 2010. – С. 48-50.
 9. Новіков В. М. Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В. М. Новіков, Ю. С. Лунькова // Проблеми екології та медицини. – 2011. - № 15 (3-4). – С. 120 – 122.
 10. Рыбалов О. В. Виникнення нестабільності СНЩС під час ортодонтичного лікування зубощелепних аномалій / О.В. Рыбалов, Л. В. Смаглюк // Український стоматологічний альманах. – 2005. - №3. – С. 68-70.
 11. Шейко А. П. Взаємозв'язок оклюзійних порушень і синдрому больової дисфункції / А. П. Шейко // Український стоматологічний альманах. – 2012. - №2. – С. 124.
 12. Dental occlusion and subjective temporomandibular joint symptoms in men and women / D. Gesch, O. Bernhardt, F. Mack [et al.] // Results of the Study of Health in Pomerania. Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2004. – Vol. 114, №6. – P. 573-580.
 13. Dodic S. The relationship of occlusal disharmonies and symptoms of temporomandibular disorders / S. Dodic, D. Stanisic-Sinobad, M. Vukadinovic // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2006. – Vol. 134, № 9. – P. 380-385.
 14. Garino F. The role of mandibular repositioning splint in the orthodontic treatment of patients with TMJ dysfunction / F. Garino // Prog. Orthod. – 2004. – Vol. 5, № 1. – P. 44 - 53.
 15. Okeson J. P. Management of Temporomandibular Disorders and occlusion / J. P. Okeson. – St. Louis, Missouri: Mosby, 2003. – 671 p.
 16. The relationship between jaw injury, third molar removal, and orthodontic treatment and TMD symptoms in university students in Japan Text. / R. Akhter, N. M. Hassan, R. Ohkubo [et al.] // J. Orofac. Pain. – 2008. – Vol. 22, № 1. – P. 50 - 56.

**Стаття надійшла
26.02.2016 р.**

Резюме

Проведений аналіз стану зубощелепного комплексу пацієнтів із комбінованими ураженнями скронево-нижньощелепних суглобів.

Вторинні деформації зубних рядів виявлені в 17,2% пацієнтів, множинні дефекти зубних рядів - у 13,0% і пародонтит I-II ступеня - також у 13,0%.

У всіх обстежених у процес залучені жувальні м'язи, в 69,5% - м'язи шиї і тільки в одного - м'язи плечей (4,3%).

Зміщення суглобового меніска виявлено в 78,2% та компресію біламінарної зони – в 34,7%. Гіпермобільність і артрит діагностовано у 8,6% пацієнтів відповідно.

У лікуванні пацієнтів із комбінованими СНР оклюзіотерапія різними типами оклюзійних шин застосована в 30,5%; оклюзіотерапія + сплінтлайнтерапія - в 34,8%; оклюзіотерапія + раціональне протезування різними видами ортопедичних конструкцій - у 21,8%; оклюзіотерапія + сплінтлайнтерапія + раціональне протезування - у 8,6% і оклюзіотерапія з пожиттєвою капою - в 4,3%.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні розлади, патологія зубощелепного комплексу, лікування.

Резюме

Проведен анализ состояния зубочелюстного комплекса пациентов с комбинированными поражениями височно-нижньочелюстного сустава.

Вторичные деформации зубных рядов выявлены в 17,2% пациентов, множественные дефекты зубных рядов - в 13,0% и пародонтит I-II степени - также в 13,0%.

У всех обследованных в процессе задействованы жевательные мышцы, в 69,5% - мышцы шеи и только у одного - мышцы плеч (4,3%).

Смещения суставного мениска выявлено у 78,2% и компрессию биламинарной зоны - у 34,7%. Гипермобильность и артрит диагностированы у 8,6% пациентов соответственно.

В лечении пациентов с комбинированными ВНР окклюзиотерапия различными типами окклюзионных шин была применена в 30,5%; окклюзиотерапия + сплинтлайнтерапия - в 34,8%; окклюзиотерапия + рациональное протезирование различными видами ортопедических конструкций - в 21,8%; окклюзиотерапия + сплинтлайнтерапия + рациональное протезирование - в 8,6% и окклюзиотерапия с пожизненной каппой - в 4,3%.

Ключевые слова: височно-нижньочелюстные расстройства, патология зубочелюстного комплекса, лечение.

UDC 616.314.1/.2-02:616.724]-08

ANALYSIS OF DENTOFACIAL COMPLEX OF PATIENTS WITH COMBINED TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS AND TREATMENT APPROACHES

Yu.O. Rybert

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University.

Summaru

The analysis of dentofacial complex of patients with combined disorders of temporomandibular joint that affect muscles (chewing muscles, neck muscles, shoulder muscles) and specifically joints (compression of bilaminar region, displacement of meniscus, hypermobility, arthritis) was conducted.

Patients with orthodontic pathology (43.4%), defective eruption of third molars (30.4%) and iatrogenic pathology (26.1%) significantly exceeded among the patients with combined articular disorders.

Secondary abnormality of dentition was detected in 17.2% of patients, multiple dental defects – in 13.0%, and periodontitis of I-II degree – in 13.0% as well. The specified abnormalities of dentofacial complex were manifested as both single clinical entities and in various combinations.

Rare forms of dental pathology combined with temporomandibular joint disorder were found only in 60.6% of patients. The other 39.4% of patients with combined TMJ disorders presented dentofacial pathologies in various combinations with significant predominance of female patients.

Analysis of the myofascial component of combined temporomandibular disorders revealed that chewing muscles were involved in the process of all the patients, the neck muscles – in 69.5% and shoulder muscles – in only one patient (4.3%).

Articular component of combined TMJ disorders involved significant predominance in the displacement of meniscus in 78.2% and compression of bilaminar region – in 34.7%. Hypermobility and arthritis were diagnosed in 8.6% of patients respectively.

Compression of bilaminar region as a separate entity was diagnosed in 13.0% of the patients, the displacement of meniscus – in 52.2%, and hypermobility – in 4.3%.

Articular component of TMJ disorders in the other 30.5% of the patients occurred in conjunction and included such combinations as "compression of bilaminar region + displacement of meniscus", "displacement of meniscus + arthritis", "compression of bilaminar region + displacement of meniscus + hypermobility".

In patients with combined TMJ disorders occlusal therapy with occlusal splints of different types of action was performed in 30.5%, occlusal therapy + splintline therapy in 34.8%, occlusal therapy + relevant prosthetics with various kinds of orthopaedic restorations in 21.8%, occlusal therapy + splintline therapy + relevant prosthetics in 8.6%, occlusal therapy with lifetime occlusal splint in 4.3%.

Therapeutic decision for such patients is highly individual and it is based on thorough clinical analysis, evaluating additional methods of examination and analysis of functional occlusion in the articulator configured for individual function by patient's condylography and individual approach to the choice of occlusal splints, if necessary, followed by an orthopedic treatment to restore centric relation and functional occlusion.

Keywords: temporomandibular joint disorders, pathology of dentofacial complex, treatment.