

УДК:616.724 – 002.2 – 08

К. А. Семенов, к. мед. н.ГУ «Днепропетровская медицинская академия»
Министерства здравоохранения Украины**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКИМ
ТРАВМАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ
ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА**

Рассмотрен клинический пример лечения пациента с хроническим травматическим артритом, возникшим при нарушении окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей.

Лечение и наблюдение за пациентом проводилось на протяжении трех лет и включало в себя медикаментозные, хирургические, терапевтические, а также ортопедические этапы, которые способствовали устранению болевых ощущений в области височно-нижнечелюстных суставов и восстановлению окклюзионных взаимоотношений зубных рядов. Проведенные лечебные мероприятия были направлены на нормализацию функциональной активности зубочелюстного аппарата путем восстановления равномерности распределения окклюзионных нагрузок.

Ключевые слова: Пациент, лечение, хронический травматический артрит височно – нижнечелюстного сустава.

К. А. СеменовДЗ «Дніпропетровська медична академія»
Міністерства охорони здоров'я України**КЛІНІЧНИЙ ПРИКЛАД ЛІКУВАННЯ
ПАЦІЄНТА З ХРОНІЧНИМ
ТРАВМАТИЧНИМ АРТРИТОМ
СКРЕНЕВО– НИЖНЬОЩЕЛЄПНОГО
СУГЛОБА**

Розглянуто клінічний приклад лікування пацієнта з хронічним травматичним артритом, який виник при порушенні оклюзійних взаємовідносин зубів верхньої і нижньої щелеп.

Лікування і спостереження за пацієнтом проводилося протягом трьох років і включало в себе медикаментозні, хірургічні, терапевтичні та ортопедичні етапи, які сприяли усуненню болевих відчуттів у області скронево-нижньощелепних суглобів та відновленню оклюзійних взаємовідносин зубних рядів. Проведені лікувальні заходи були направлені на нормалізацію функціональної активності зубощелепного апарату шляхом відновлення рівномірного розподілу оклюзійних навантажень.

Ключові слова: Пацієнт, лікування, хронічний травматичний артрит скронево – нижньощелепного суглоба.

К. А. SemenovState Institution “Dnipropetrovsk Medical Academy
of Health Ministry of Ukraine”**CLINICAL EXAMPLE OF TREATING A
PATIENT HAVING CHRONIC TRAUMATIC
ARTHRITIS OF THE
TEMPOROMANDIBULAR JOINT****ABSTRACT***Clinical example of treating a patient having chronic traumatic*

arthritis of the temporomandibular joint that occurred as a result of disorder in occlusive interrelations of upper and lower jaw bones' teeth was considered.

Treatment and follow-up of a patient continued for three years and included drug treatment, surgical, therapeutic, and orthopedic stages, which helped to control the pain and renew the occlusive interrelations of upper and lower jaw bones' teeth. Remedial measures taken normalized the functional activity of the dentoalveolar apparatus through the renewal of even distribution of occlusive load in the dental arch.

Key words: patient, treatment, chronic traumatic arthritis of the temporomandibular joint.

В последние годы возросло количество пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Интерес у специалистов к этой патологии остаётся довольно высоким, т.к. многие аспекты данной проблемы до настоящего времени остаются спорными и недостаточно изученными. Наиболее частой патологией ВНЧС являются артриты, артрозы и мышечно-суставная дисфункция [Тимофеев А. А., Максимча С. В., Новинский В. П. 2012, Маргунская В. А., Людчик Т. Б. 2012] [6, 7].

Височно-нижнечелюстной сустав является парным и синхронно работающим. Неравномерная нагрузка двигательной части жевательного аппарата считается одним из основных факторов развития дисфункции ВНЧС.

Имеется много клинических, рентгенологических и миографических исследований, указывающих на то, что в этиологии данного нарушения значительную роль играют асимметричные контакты зубоантагонистов, которые приводят к асимметричной функции мышц жевательного аппарата и ВНЧС. [1, 4, 8].

Возникновение нарушений в ВНЧС редко происходит внезапно, за исключением острой травмы (удар в околосуставную область, падение на подбородок, резкое максимальное открытие рта). Существует определенная зависимость хронической перегрузки группы мышц при вынужденном одностороннем жевании, патологическом прикусе, частичной вторичной адентии, длительном термине прорезывания зубов мудрости. В результате на рабочей стороне возникает гипертрофия мышц, приводящая к стойкой дисфункции сустава. Основными симптомами при этом могут быть щелканье в ВНЧС, заклинивание при движении нижней челюсти, усталость мышц при жевании, невозможность откусывания, нарушение в смыкании зубов, артралгия [Аболмасов Н.Г., Рябоконе Е.Н., 2006; Й. Иде, Наказава К., Хватова В.А., 2001, Шувапов С.М., Силин А.В., Мирза Р.А., 2013; Михеева И.В. 2012; Wang Y. Edwin, Fleisher A. Kenneth, 2008] [5, 6, 7, 8].

Эмоциональное, физическое напряжение и окклюзионная дисгармония – это главные причины, от которых зависит нарушение функционального баланса жевательной системы и адаптационной способности организма.

В результате появляются такие клинические симптомы, как боль, напряженность и усталость мышц, пощелкивание и ограничение подвижности в

височно-нижнечелюстном суставе, болевые симптомы в области ушей, истирание, разрушение зубов и выраженная нагрузка на периодонт [1, 3, 4].

Лечение дисфункции двигательной части жевательного аппарата состоит в восстановлении нормальной его функциональности, а также в избавлении пациента от боли и прочих симптомов. Для достижения этой цели необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Воспроизведение правильных внутрисуставных взаимоотношений в ВНЧС, т.е. восстановление правильного положения суставных головок нижней челюсти и суставных дисков ВНЧС в максимальном межбугорковом контакте зубов.

2. Восстановление нормальной или адаптированной окклюзии, а также ее стабилизация путем воспроизведения непрерывности зубных рядов.

3. Восстановление правильной функции мышц жевательного аппарата. [4]

Цель нашей работы. Рассмотреть клинический пример лечения пациента с хроническим травматиче-

ским (окклюзионным) артритом височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы исследования. Пациентка Г. 1983 г. (33 года) обратилась с жалобами на боль в правом ВНЧС и затруднение открывания рта. Боль усиливалась в правом ВНЧС при пережевывании пищи. Беспокойства со стороны сустава появились полгода назад и вначале носили периодический характер. В настоящее время ограничение движения челюсти и дискомфорт при употреблении пищи стали постоянными.

Пациентке Г. провели визуальный осмотр, при котором было выявлено наличие асимметрии лица за счет увеличения объема жевательной мышцы слева. Проведение осмотра полости рта было затруднительным за счет ограничения движений нижней челюсти - амплитуда открывания рта составляла около полутора сантиметров. При пальпации области ВНЧС справа у больной возникали дискомфорт в состоянии покоя и болезненные явления при движении нижней челюсти.

Пациентки Г. рекомендовали выполнить «2D исследование» - панорамную рентгенографию (рис. 1).



Рис. 1. Панорамная рентгенография пациентки Г. до начала лечения.

При анализе панорамной рентгенографии обнаружено следующее: включенный дефект нижней челюсти в области 45-48 зубов., хронический периодонтит и полное разрушение коронковой части 45 зуба, дистопия и ретенция 48 зуба, скученности зубов фронтального участка нижней челюсти, отсутствие 13 зуба, нарушение окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей; а также сужение суставной щели справа, несимметричное расположение головок суставов левой и правой сторон, разница анатомического объема головок ВНЧС слева и справа.

На основании жалоб и анализа панорамной рентгенографии пациентке Г. был установлен диагноз - хронический травматический (окклюзионный) артрит ВНЧС справа.

Для снятия болевого синдрома и восстановления движений нижней челюсти назначено следующее:

1. **Синарта или (Дона)** по 1 амп.+ прилагаемый растворитель, в/м (внутримышечно), 3 раза в неделю на протяжении 4 недель, утром после еды;

2. **Инцина** по 10 капель 3 раза в день, через 1

час после еды, 30 дней;

3. **Хондроксид** (гель) Смазывать кожные покровы в обл. суставов 2 раза в день, 30 дней;

4. **Персен** по 1 таб. 2 раза в день, 30 дней. (Деньга О.В., Семенов К.А. Спосіб комплексного лікування хронічного травматичного артриту скронево – нижньощелепного суглоба: Патент UA 109997 У публікація відомостей про видачу патенту-26.09.2016. - бюл. №18.)

Рациональное питание:

Техника внесения пищи в ротовую полость при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава заключается в следующем: пациенту разрешается употреблять привычную для него еду, но при этом закладывать её в полость рта небольшими равномерными кусочками, чтобы не перенапрягать связочный аппарат сустава при открывании рта. Обязательное условие – пользоваться в процессе не рабочей рукой. К примеру: если человек «правша», то левой рукой, а если «левша» - правой рукой. В этот момент на помощь приходят нож и вилка: ножом создаются ма-

ленькие комфортные кусочки пищи, а вилкой вносят их в полость рта согласно нормам этикета. При подношении вилки не рабочей рукой к полости рта срабатывает безусловный рефлекс, благодаря которому рот открывается параллельно срединной линии тела и тем самым происходит более равномерное распределение нагрузки на мышечный и связочный компонент височно-нижнечелюстного сустава. Координация движений в организме человека осуществляется за счет согласованной деятельности коры больших полушарий головного мозга, мозжечка, вестибулярного аппарата. Ведущим органом координации движений является мозжечок, который регулирует и мышечный тонус. [2] При подношении кусочка пищи не рабочей рукой происходит синхронизация мышечного компонента зубочелюстного аппарата, так как рука стремится к кончику носа (пальценосовая проба) [2]. Если принимается жидкая пища, то необходимо использовать десертную ложку, которую вносят в полость рта обычным привычным способом, но при этом стараться не сильно открывать рот. При употреблении пищи, вносимой в рот руками (хлеб, фрукты, кусочки овощей, семечки, орехи и т.д.), необходимо создать небольшие комфортные кусочки и вносить не рабочей рукой стараясь равномерно распределять их при пережевывании по левой и правой сторонам зубочелюстного аппарата.

Через месяц после проведенного симптоматического лечения и выполнения рекомендаций по способу употребления пищи пациентке Г. рекомендован повторный осмотр для изготовления диагностической

модели и планирования стоматологического лечения по поводу восстановления целостности зубного ряда и создания условий для равномерного распределения жевательного давления в зубочелюстном аппарате.

Результаты и их обсуждение. Через месяц после проведенного симптоматического лечения и соблюдения рекомендаций по поводу особенностей питания состояние пациентки Г. нормализовалось, болевые приступы в области ВНЧС стали появляться реже и с меньшей интенсивностью проявления, амплитуда открывания рта составляла 3 см, страх перед употреблением жёсткой пищи исчез.

Для анализа окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей была изготовлена диагностическая модель.

Пациентке Г. рекомендовали провести стоматологическую санацию полости рта, включающую хирургические, терапевтические и ортопедические аспекты, направленные на восстановление целостности зубных рядов и стабилизацию высоты прикуса. А именно: удаление дистопированного и ретенированного 48 зуба, удаление разрушенного с хроническим периодонтитом 45 зуба, постановка имплантатов в области 45 – 47 зубов; эндодонтическую подготовку 16, 25, 26, 35, 36, 37 зубов для последующего их использования в ортопедической нормализации окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей со стабилизацией высоты прикуса. После проведенного лечения рекомендованы выполнение панорамной рентгенографии (рис. 2) и плановые осмотры 2 раза в год.



Рис. 2. Панорама пациентки Г. после стоматологического лечения.

На данный момент пациентка Г. чувствует себя удовлетворительно, жалоб со стороны ВНЧС не предъявляет, приём пищи и движение нижней челюсти при разговоре и жевании не вызывают появления болевых ощущений и дискомфорта.

Пациентка предупреждена, что при максимальном раскрытии полости рта могут появиться болевые ощущения и нарушение функции ВНЧС. Поэтому ей рекомендовано открывание рта на комфортное расстояние, при котором нет ни каких болевых ощущений.

Универсального метода лечения или идеальной схемы, применяемой при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава, пока нет. Комплексный подход к проблеме патологии височно-нижнечелюстного сус-

тава с учетом всех факторов, способствующих нарушению функциональной работы сустава, позволяет добиться стабилизации в развитии данной патологии и облегчения состояния пациента в периоды обострения.

Выводы. 1. Постановка точного диагноза с учетом этиологических факторов при патологии височно-нижнечелюстного сустава позволяет выбрать наиболее рациональный метод лечения и способствует длительной ремиссии заболевания.

2. Выявление нарушений и нормализация окклюзионных взаимоотношений зубов в зубочелюстной системе является главной задачей при лечении патологий височно-нижнечелюстного сустава.

Список літератури

1. Гросс М. Д. Нормализация окклюзии / М. Д. Гросс, Дж. Д. Мэтьюс. - М.: Медицина. - 1986. - 286с.
2. Гусев Е. И. Учебное пособие по неврологии и нейрохирургии / Гусев Е. И., Бурд Г. С., Коновалов А. Н. - Ростов-на-Дону: Издательство Феникс. - 2006. - 692 с.
3. Корж Н. А. Остеоартроз / Корж Н. А., Хвисьюк А. Н., Дедух Н. В. - Харьков: Золотые страницы. - 2007. - 424 с.
4. Кляйпрок М. Функциональные нарушения двигательной части жевательного аппарата / М. Кляйпрок. - Львов: «ГалДент». - 2015. - 256 с.
5. Ральф Е. Стоматология детей и подростков / Е. Ральф, Мак-Дональд, Дейвида Р. Эйвери. - М.: Медицинское стоматологическое агентство. - 2003. - 766 с.
6. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А.. - Киев: ООО "Червона Рута-Тур". - 2004. - 1062с.: ил.
7. Тимофеев О. О. Щелепно-лицева хірургія: [підручник] / Тимофеев О. О. - К.: ВСВ «Медицина». - 2011. - 512с.
8. Хватова В. А. Клиническая гнатология / Хватова В. А. - М: Медицина. - 2005. - 312с.

REFERENCES

1. Gross M. D., Met'yus Dzh. D. Normalizatsiya okklyuzii [Normalization occlusion]. Moskva. Meditsina; 1986:286.
2. Gusev E. I., Burd G. S., Kononov A. N. Uchebnoe posobie po nevrologii i neyrokhirurgii [Textbook of Neurology and Neurosurgery] Rostov-na-Donu: Izdatel'stvo Feniks. 2006:692.
3. Korzh N. A., Khvisyuk A. N., Dedukh N. V. Osteoartroz [Osteoarthritis] Khar'kov: Zolotyie straniysy. 2007:424.
4. Klyaynrok M. Funktsional'nye narusheniya dvigatel'noy chasti zhevatel'nogo apparata [Functional disorders of the motor of the masticatory apparatus] L'vov: «GalDent». 2015:256.
5. Ral'f E., Mak-Donal'd, Deyvida R. Stomatologiya detey i podrostkov. Eyveri. [Dentistry children and adolescents. Avery]. Moskva. Meditsinskoe stomatologicheskoe agentstvo. 2003:766.
6. Timofeev A. A. Rukovodstvo po chelyustno-litsevoy khirurgii i khirurgicheskoy stomatologii [Guidelines for oral and maxillofacial surgery and surgical dentistry]. Kiev: OOO "Chervona Ruta-Turs". 2004":1062.
7. Tymofejev O. O. Shhelepno-lyceva hirurgija: [pidruchnyk] [Oral and Maxillofacial Surgery: [textbook]] Kuiv. VSV «Medycyna». 2011:512.
8. Khvatova V. A. Klinicheskaya gnatologiya [Clinical gnathology]. Moskva. Meditsina. 2005:312.

Поступила 17.11.16



УДК: [616.716+617.52]-089.843+615.46:678.742.3

**В. О. Маланчук, д. мед. н., В. М. Єфисько,
Н. А. Єфисько**

Національний медичний університет імені
О.О. Богомольця

**БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ
ВИКОРИСТАННЯ ПОЛІПРОПІЛЕНОВИХ
СІТЧАСТИХ ЕНДОПРОТЕЗІВ
В ЩЕЛІПНО-ЛИЦЕВІЙ ХІРУРГІЇ**

В статті показано результати використання поліпропіленової сітки в практиці щелепно-лицевої хірургії, а саме застосування їх для ізоляції жирового комка Біша від просвіту верхньощелепного синуса при травматичному пошкодженні задньо-латеральної стінки. Вказано недоліки та

переваги застосування поліпропіленової сітки в порівнянні з марлевою тампонадою верхньощелепного синуса.

Ключові слова: щелепно-лицева хірургія, переломи, дефекти.

В. А. Маланчук, В. Н. Єфисько, Н. А. Єфисько

Національний медичний університет
імені А.А. Богомольця

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СЕТЧАТЫХ
ЭНДОПРОТЕЗОВ ПОЛИПРОПИЛЕНА
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ**

В статье показаны результаты использования полипропиленовой сетки в практике челюстно-лицевой хирургии, а именно применение для изоляции жирового комка Биша от просвета верхнечелюстного синуса при травматическом повреждении задней-латеральной стенки. Указано недостатки и преимущества применения полипропиленовой сетки по сравнению с марлевой тампонадой верхнечелюстного синуса.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, переломы, дефекты.

V.O. Malanchuk, V.M. Efisko, N.A. Efisko

National Medical University named after
Bogomolets A. A.

**THE DIRECT RESULTS OF THE
APPLICATION OF POLYPROPYLENE
RETICULAR ENDOPROSTHESES
IN MAXILLO-FACIAL SURGERY**

ABSTRACT

In the article shows the results of using polypropylene mesh in practice maxillofacial surgery, namely the use of fat for insulation lump of Bisha maxillary sinus lumen at traumatic damage to the posterior-lateral wall. Deficiencies and advantages of polypropylene mesh compared with gauze tamponade maxillary sinus.

Key words: Maxillofacial Surgery, fractures, faults.

Актуальність дослідження. В останні часи набуває переваг використання в хірургії поліпропіленових сітчастих протезів для хірургічного лікування гриж, при пластиці передньої черевної стінки, для надійної фіксації внутрішніх органів тощо. Сітчасті ендопротези володіють такими властивостями, як еластичність (не викликають пролежні суміжних тканин), стійкість до інфікування та впливу тканинних рідин, пористістю для проникнення макрофагів, фібробластів, кровоносних судин в пори, механічною міцністю на протязі тривалого часу, не володіють канцерогенністю. Сітка добре закріплює та фіксує м'які тканини