

© Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., Магера Н. С.

УДК 616 742.71/.72]-08-036.8

Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., Магера Н. С.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ

Львівський національний медичний університет

ім. Данила Галицького (м. Львів)

kinash90@ukr.net

Дане дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапевтичної стоматології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Екологія та пародонт. Взаємозв'язок захворювань пародонта та загальносоматичної патології. Дисфункції скронево-нижньощелепового суглобу», № державної реєстрації 0114U000112; ІН.30.000.004.15.

Вступ. У своєму історичному розвитку методи лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС пройшли декілька етапів, так само, як і розвиток теорій щодо причини виникнення і розвитку патологічних процесів, що приводить до дисфункції СНЩС. Особливістю цих етапів було те, що принципи підходу і концепції лікування радикально відрізнялися один від одного на кожному з етапів, забувалися і втрачалися навички і досягнення попередніх. Появі нових способів лікування, як правило, передувала поява нових методів діагностики, що відкривають і пояснюють нові аспекти і ланки в патологічному процесі дисфункції СНЩС.

На сьогодні найбільшого поширення набуло консервативне комплексне лікування, яке включає в собі ортодонтичні, фізіотерапевтичні, медикаментозні методи лікування, а вибір методів консервативного лікування залежить від причин виникнення дисфункції СНЩС і патогенезу.

Приблизники оклюзійної теорії, для нормалізації артикуляційно-оклюзійних взаємовідносин у СНЩС, пропонували застосувати ортопедичні методи лікування [1,3,4,6,9,10,11,12].

У комплекс ортопедичних лікувальних заходів у вітчизняній і зарубіжній стоматології значне місце поруч з усуненням передчасних контактів, обмежень рухів нижньої щелепи і раціональним протезуванням, відводилося використанню міжоклюзійних ортопедичних пристосувань або назубних шин.

На тепер широкого застосування у лікуванні деформацій СНЩС набула «сплїнт-терапія» – використання спеціально виготовлених шин-кап із запрограмованою дією, які виготовляються із застосуванням індивідуально налаштованих артикуляторів за даними аксіографії [13,14,15,16].

Клітинський Ю.В. і співавт. [5,7] вважають, що досягти стійкої реабілітації положення нижньої щелепи можливо шляхом використання запропонованих діагностично-лікувальних параоклюзійних шин.

З метою комплексного лікування пацієнтів з середніми і великими дефектами зубних рядів авторами [2,8] розроблено конструкцію шини-каппи, яка призначена для лікування порушень функціональної оклюзії і може використовуватися для профілактики вторинних зубощелепних деформацій та лікування розладів скронево-нижньощелепного суглоба і жувальних м'язів.

Біда В.І. із співавт. [1] вважають за необхідне комплексний поетапний підхід до лікування дисфункції СНЩС, який складається з чотирьох етапів завершальним з яких, є ортопедичне відновлення, реконструкція і стабілізація функціональної оклюзії після оклюзійної терапії.

У світовій практиці спостерігається тенденція провідних шкіл і фахівців, що за останнє десятиліття склалося уявлення не про лікування пацієнта, а про управління патологічним процесом дисфункції СНЩС, обумовленою його складною кінематичною будовою, з баченням кінцевої картини реабілітації даної групи пацієнтів.

Метадослідження полягає в оцінці ефективності лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами зі застосуванням оклюзійних шин та, на завершальному етапі, різних варіантів ортопедичних конструкцій для стабілізації функціональної оклюзії.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження були діагностовані м'язові скронево-нижньощелепні розлади у 45 пацієнтів з різними варіантами оклюзійної патології до та після комплексного лікування.

Ефективність проведеного за запропонованими методиками лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами визначена шляхом порівняння показників аксіограм до та після лікування, які були отримані апаратом Denar Cadiax Compact 2 (Gamma Dental – Австрія) з їх статистичним опрацюванням.

Результати досліджень та їх обговорення. Із урахуванням поєданого характеру як різною за формою оклюзійною, так і міофасціальної патології лікування пацієнтів включало оклюзійну терапію, ортодонтичні заходи та, на завершальному етапі, різні варіанти ортопедичного лікування, спрямованого на підтримку досягнутих результатів.

Загалом у лікуванні 45 пацієнтів проведено оклюзіотерапію різними типами кап у 34 пацієнтів, сплїнтлайн терапію у 18 пацієнтів, здійснено

Таблиця 1.

Амплітуда рухів суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування

Патологія		Кількість	протрузія/ретрузія (N=8-12 мм)					медіотрузія (N=10-14 мм)					відкриття/закриття рота (N=10-14 мм)				
			1 бік		2 боки		N	1 бік		2 боки		N	1 бік		2 боки		N
			<N	>N	<N	>N		<N	>N	<N	>N		<N	>N	<N	>N	
До лікування	Міопатія	45	6	3	14	3	19	17	6	10	1	11	17	1	18	2	7
	(%) в цій групі		13,3	6,7	31,1	6,7	42,2	37,8	13,3	22,3	2,2	24,4	37,8	2,2	40,0	4,4	15,6
			20,0		37,8		42,2	51,1		24,5		24,4	40,0		44,4		15,6
			57,8					75,6					84,4				
Після лікування	Міопатія	18	1	0	2	1	14	4	1	2	1	10	5	0	5	0	8
	(%) в цій групі		5,6	0,0	11,0	5,6	77,8	22,1	5,6	11,1	5,6	55,6	27,8	0,0	27,8	0,0	44,4
			5,6		16,6		77,8	27,7		16,7		55,6	27,8		27,8		44,4
			22,2 #					44,4#					55,6#				

Примітка: порівняння з групою «до лікування» # — p < 0,05; ## — p < 0,01.

раціональне протезування різними типами ортопедичних конструкцій 11 пацієнтів.

П'яти пацієнтам, оклюзійні співвідношення, відновлені покривними протезами з фіксацією на телескопічних коронках.

Оклюзіотерапія у поєднанні з сплінтлайн терапією проведена у 15 пацієнтів, середній вік яких склав 26,1±41,1 роки: із них у одного пацієнта з ортодонтичною патологією, у двох з вторинними деформаціями, у 2-х з ятрогенною патологією, у одного з пародонтитом I-II ступеня.

Оклюзіотерапія у сполученні з наступним відновленням оклюзійних співвідношень покривними протезами на телескопічних коронках здійснена у одного пацієнта 56 років із множинними дефектами зубних рядів.

Оклюзіотерапія, сплінтлайнтерапія з наступним раціональним протезуванням здійснена 2-м пацієнтам, із них одному 56 років з вторинними деформаціями і ятрогенною патологією та одному пацієнту 19 років із ортодонтичною патологією.

Позитивних результатів лікування міофасціальної патології тільки протезними конструкціями

з фіксацією на телескопічних коронках з реконструкцією оклюзійних співвідношень під контролем аксіографії досягнуто у 3-ох пацієнтів з множинними дефектами зубних рядів і пародонтитом I-II ступеня.

Оклюзіотерапія з відновленням і стабілізацією оклюзії постійною оклюзійною шиною здійснена у одного пацієнта 36 років із ортодонтичною патологією.

На повторну аксіографію через 12 місяців після завершення повного курсу реабілітації з 45 первинних пацієнтів з'явилось 18 осіб.

Порівняльний аналіз показників рухів суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування наведений у таблиці 1.

У результаті проведених лікувальних заходів за результатами, наведеними у таблиці 1, кількість пацієнтів зі зміненими показниками руху «протрузія-ретрузія» зменшилася у 2,6 рази з 57,8% до 22,2% (p<0,05) і досягли нормативних показників у 77,8% проти 42,2% до лікування (p<0,05).

За показником «медіотрузія» від'ємні його показники в результаті проведеного лікування були

Таблиця 2.

Аналіз розходження траєкторій руху суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування

Патологія		Кількість	протрузія/ретрузія			медіотрузія			відкриття/закриття рота		
			на 1 боці	з 2-х боків	N	на 1 боці	з 2-х боків	N	на 1 боці	з 2-х боків	N
			>N	>N		>N	>N		>N	>N	
До лікування	Міопатія	45	6	7	32	15	10	20	14	10	21
	(%) в цій групі		13,3	15,6	71,1	33,3	22,3	44,4	31,1	22,2	46,7
			28,9		71,1	55,6		44,4	53,3		46,7
Після лікування	Міопатія	18	1	0		17	1		3	14	
	(%) в цій групі		5,6	0,0	94,4#	5,6	16,6	77,8#	11,1	11,1	77,8#
			5,6#		94,4#	22,2#		77,8#	22,2#		77,8#

Примітка: порівняння з групою «до лікування» # — p < 0,05.

Таблиця 3.

Аналіз початку/кінця руху суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування (N<0,2)

Патологія		Кількість	протрузія/ретрузія			медіотрузія			відкривання/закривання рота		
			1 бік	2 боки	N	1 бік	2 боки	N	1 бік	2 боки	N
			>N	>N		>N	>N		>N	>N	
До лікування	Міопатія	45	4	26	15	17	17	11	6	28	11
	(%) в цій групі		8,9	57,8	33,3	37,8	37,8	24,4	13,3	62,3	24,4
			66,7			75,6			75,6		
Після лікування	Міопатія	18	0	7	11	4	4	10	1	6	11
	(%) в цій групі		0,0	38,9	61,1	22,2	22,2	55,6	5,6	33,3	61,1
			38,9#		#	44,4#		#	38,9#		#

Примітка: порівняння з групою «до лікування» # — $p < 0,05$.

знижені у 2,3 рази з 75,6% до лікування до 44,4% після лікування ($p < 0,05$), досягнувши, відповідно, позитивного результату у 55,6% пацієнтів проти 24,4% до лікування ($p < 0,05$).

Відбулися, але в меншій мірі, позитивні зміни за показником «відкривання-закривання рота». Так, за цією функцією від'ємний показник у 84,4% пацієнтів до лікування, виявлений у 55,6% осіб після лікування ($p < 0,05$), що, відповідно, збільшило кількість пацієнтів з нормативним його показником до 44,4% після лікування проти 15,6% осіб до лікування ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз показників розходження траєкторій руху суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування наведений у таблиці 2.

Результати дослідження, представлені у таблиці 2, засвідчують, що в результаті проведеного дослідження за показником «протрузія-ретрузія» вдалося досягти його нормативного показника у 94,4% пацієнтів проти 71,1%, що мали нормативні показники до лікування ($p < 0,05$), знизивши кількість осіб з негативним показником у 5,1 рази з 28,9% осіб до 5,6% осіб ($p < 0,05$). Показником «медіотрузія» число пацієнтів з його негативною величиною в результаті проведеного лікування була знижена у 2,5 рази з 55,6% до лікування до 22,2% після лікування ($p < 0,05$), відповідно досягнувши позитивних показників за цим параметром у 77,8% проти 44,4% до лікування ($p < 0,05$).

У результаті проведеного лікування функція «відкривання-закривання рота» за показниками аксіограм зафіксована у 77,8% пацієнтів проти 46,7% пацієнтів до лікування ($p < 0,05$), що знизило кількість осіб з від'ємними показниками з 53,3% до лікування до 22,2% після лікування у 2,4 рази ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз показників «початку-кінця» руху суглобових голівок нижньої щелепи у пацієнтів з міопатіями до і після лікування наведений у таблиці 3.

За результати проведеної порівняльної оцінки показників «протрузія-ретрузія» у пацієнтів з міопатіями до лікування і після лікування виявлено, що кількість пацієнтів з нормативними показниками

після лікування сягнула 61,18% проти 33,3% до лікування ($p < 0,05$), тобто кількість пацієнтів зі зміненим показником – 66,7% знизилася до 38,98% ($p < 0,05$) у 1,7 рази.

За показником «медіотрузія» нормативні показники аксіограм виявлені у 55,6% пацієнтів, які пройшли комплексне лікування, проти 24,4% осіб до лікування ($p < 0,05$). Отже, порушення медіотрузії за цим показником аксіограми виявлені у 75,6% пацієнтів після лікування проти 44,4% осіб до лікування ($p < 0,05$), тобто, в 1,7 рази.

Порушення показників нормативів медіотрузії при аналізі «початок-кінець руху» за аксіографією виявлені у 75,6% пацієнтів з міопатіями до лікування. Після здійснення комплексних заходів лікування кількість пацієнтів зі зміненими нормативами цього показника зменшилася до 38,9% ($p < 0,05$). Відповідно кількість пацієнтів з нормативними показниками за цією ознакою аксіографії після лікування склала 61,14% проти 24,4% до лікування, тобто у 2,5 рази ($p < 0,05$).

Порівняльний аналіз показників кута сагітального суглобового шляху та кута трансверзального суглобового шляху у пацієнтів з міопатіями до і після лікування наведений у таблиці 4.

За результатами дослідження, які наведені у таблиці 4, виявлено, що якщо кут сагітального суглобового шляху (КССШ) в межах нормативних показників був діагностований у 71,1% пацієнтів з міопатіями до лікування, то після лікування його нормативні показники виявлені у 94,4% осіб ($p < 0,05$). Тобто у результаті комплексних лікувальних заходів кількість пацієнтів зі зміненими параметрами цього показника, яка складала 28,9% зменшилася до 5,6% осіб, у 5,2 рази.

Нормативні показники кута трансверзального суглобового шляху (КТСШ) при «протрузії-ретрузії» за даними аксіографії взагалі не були визначені ні в одного з пацієнтів з міофасціальними розладами.

У результаті проведеного комплексного лікування досягти нормативних показників за «протрузією-ретрузією» вдалося у 38,9% пацієнтів ($p < 0,01$), тобто знизити від'ємні показники за цією ознакою в 1,6 рази зі 100,0% до 61,1% ($p < 0,01$).

Таблиця 4.

Аналіз кута сагітального суглобового шляху (КССШ) та кута трансверзального суглобового шляху (КТСШ) у пацієнтів з міопатіями до і після лікування

Патологія	Кількість	КТСШ N=(5-20°)																			
		КССШ N=(25-55°)					протрузія/ретрузія					медіотрузія					відкриття/закриття рота				
		1 бік		2 боки		N	1 бік		2 боки		N	1 бік		2 боки		N	1 бік		2 боки		N
		<N	>N	<N	>N		<N	>N	<N	>N		<N	>N	<N	>N		<N	>N	<N	>N	
До лікування	Міопатія	1	8	4	0	32	24	1	20	0	0	25	3	4	0	13	21	3	21	0	0
	(%)	2,2	17,8	8,9	0,0	53,4	2,2	44,4	0,0	55,5	6,7	8,9	0,0	46,7	6,6	46,7	0,0				
	в цій групі	20,0		8,9		71,1	55,6		44,4		0,0	62,2		8,9		28,9	53,3		46,7		0,0
		28,9					100,0					71,1					100,0				
Після лікування	Міопатія	0	1	0	0	17	5	0	6	0	7	4	1	1	0	12	5	0	6	0	7
	(%)	0,0	5,6	0,0	0,0	27,8	0,0	33,3	0,0	38,9	22,1	5,6	5,6	0,0	66,7#	27,8	0,0	33,3	0,0	38,9##	
	в цій групі	5,6		0,0		#	27,8		33,3		##	27,7		5,6		66,7#	27,8		33,3		##
		5,6#					61,1##					33,3#					61,1##				

Примітка: порівняння з групою «до лікування» # — p < 0,05; ## — p < 0,01.

Нормативні показники КТCSШ при медіотрузії у пацієнтів до лікування були виявлені у 28,0% осіб, а після лікування число пацієнтів з нормативними показниками сягнуло 66,7% (p < 0,05), тобто вдалося зменшити число пацієнтів зі зміненим показником з 71,1% до лікування до 33,3% після лікування, тобто у 2,1 рази (p < 0,05).

За даними показників КТCSШ при «відкритті-закритті рота» не виявлено жодного пацієнта з його нормативними величинами.

У результаті комплексного лікування привести цей показник до нормативних величин вдалося у 38,9% пацієнтів, тобто прояв цих відхилень, які виявлені у 100,0% пацієнтів знизити до 61,1% осіб після їх лікування в 1,5 рази (p < 0,05). Порівняльний аналіз якісної оцінки аксіограм у пацієнтів з міопатіями до і після лікування наведений у таблиці 5.

За результатами проведеного дослідження виявлено, що якщо кількість пацієнтів при міопатіях з оптимальною якістю аксіограм до лікування склали всього 6,7%, то після комплексного лікування їх кількість склали 44,4% (p < 0,01). Кількість пацієнтів з середньою якістю аксіограм майже не змінилася і склали 68,9% до лікування і 50,0% після лікування (p < 0,05). У той же час число пацієнтів з поганою якістю аксіограм значно зменшилося з 24,4% до лікування до 5,6% після лікування (p < 0,05), тобто у 4,5 рази.

За нашими спостереженнями це відбулося за рахунок «переміщення» частини пацієнтів із групи з «середньою якістю» у групу з «оптимальною якістю», а з групи «поганої якості» у групу «середньої якості» як результат проведеного комплексного лікування.

Висновки. У лікуванні хворих з міофасціальною патологією є ефективним застосування комплексного лікування, а саме: оклюзіотерапія різними

за типами дії оклюзійними шинами з відновленням центрального співвідношення щелеп і міорелаксуючої дії, сплінтлайн терапія оригінальним апаратом одночасної дії як оклюзійної шини так і ортодонтичного апарата. Після завершення функціонального періоду лікування для підтримки досягнутих результатів та відновлення функціональної оклюзії після її реконструкції здійснено ортопедичне лікування пацієнтів різними видами ортопедичних конструкцій, в тому числі покривними протезами з фіксацією та телескопічних коронках.

За результатами аналізу аксіограм до і після лікування пацієнтів з м'язовими розладами визначено статистично підтвержене покращення динаміки рухів суглобових головок нижньої щелепи за всіма показниками, що підтверджує позитивні результати обраної тактики лікування.

Перспективи подальших досліджень. Провести аналогічний аналіз результатів лікування пацієнтів з суглобовими скронево-нижньощелепними розладами.

Таблиця 5.

Якість аксіограм у пацієнтів з міопатіями до і після лікування

Патологія	Кількість	Якість		
		Оптимальна	Середня	Погана
До лікування	Міопатія	3	31	11
	(%) в цій групі	6,7	68,9	24,4
Після лікування	Міопатія	8	9	1
	(%) в цій групі	44,4##	50	5,6#

Примітка: порівняння з групою «до лікування» # — p < 0,05; ## — p < 0,01.

Література

1. Біда В.І. Ортопедичне лікування хворих із оклюзійно-артикуляційним синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / В.І. Біда, С.М. Клочан // Український стоматологічний альманах. – 2012. – № 3. – С. 22-24.
2. Дмитренко І.А. Методика використання шини-капи у хворих із середніми і великими дефектами зубних рядів / І.А. Дмитренко, З.Р. Ожоган // Український стоматологічний альманах. – 2009. – № 5. – С. 28-30.
3. Дмитренко І.А. Особливості діагностики та лікування хворих з дефектами зубних рядів частковими знімними протезами з урахуванням функціонального стану скронево-нижньощелепних суглобів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / І.А. Дмитренко. – Київ, 2013. – 18 с.
4. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / П.И. Ивасенко, Р.К. Савченко, М.И. Мискевич [и др.]. – М.: Медицинская книга, 2009. – 116 с.
5. Кордіяк А.Ю. Прояви скронево-нижньощелепної дисфункції при застосуванні суцільнолітих зубних протезів / А.Ю. Кордіяк, Р.В. Кулінченко // Український стоматологічний альманах. – 2002. – № 5. – С. 43-46.
6. Неспрядько В.П. Корекція оклюзії в комплексному лікуванні дисфункціональних станів скронево-нижньощелепного суглоба / В.П. Неспрядько, В.В. Лось, Ю.В. Клітинський // Новини стоматології. – 1999. – № 2 (19). – С. 10-12.
7. Пат. 20076 Україна, № А61 С19/05 UA А. Пристрій діагностування та лікування стійких функціональних зміщень нижньої щелепи / Клітинський Ю.В., Лось В.В.; заявл. 27.06.97; опубл. 25.12.97. Бюл. № 6.
8. Пат. 32692 Україна, А61С 7/00. Шина-каппа для лікування порушень функціональної оклюзії / Ожоган З.Р., Дмитренко І.А., Обілляк В.З. — № u200800578; заявл. 17.01.08; опубл. 26.05.08, Бюл. № 10.
9. Петросов Ю.А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов. – Краснодар: Советская кубань, 2007. – 304 с.
10. Семкин В.А. Аксиография как метод диагностики у пациентов с функциональными нарушениями нижнечелюстного сустава ВНЧС: материалы VIII ежегодного научного форума «Стоматология – 2006» / В.А. Семкин, Д.В. Кравченко. – М., 2006. – 236 с.
11. Хватова В.А. Окклюзионные шины (современное состояние проблемы) / В.А. Хватова, С.О. Чукунов. – М.: МИГ «Медицинская книга», 2010. – 56 с.
12. Шибінський В.Я. Вплив оклюзійних порушень на внутрішні розлади скронево-нижньощелепних суглобів та їх диференційна діагностика з допомогою магнітно-резонансної томографії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22. «Стоматологія» / В.Я. Шибінський. – Львів, 2009. – 20 с.
13. A method for fabricating an occlusal splint for a patient with limited mouth opening / H. Maeda, T. Tsugawa, M. Furusawa [et al.] // J. Prosthet. Dent. – 2005. Vol. 94, № 4. – P. 398-400.
14. Positional changes of temporomandibular joint disk and condyle with insertion of anterior repositioning splint / H.M. Chen, K.Y. Fu, Y.M. Li [et al.] // West China journal of stomatology. — 2009. – Vol. 27, № 4. – P. 408-412.
15. Warunek S.P. Computer-based fabrication of occlusal splints for treatment of bruxism and TMD / S.P. Warunek, M. Lauren // J. Clin. Orthod. – 2008. – Vol. 42, № 4. – P. 227-232.
16. Williamson E.H. Temporomandibular dysfunction and repositioning splint therapy / E.H. Williamson // Prog. Orthod. – 2005. – Vol. 6, № 2. – P. 206-213.

УДК 616 742.71/.72]-08-036.8

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З М'ЯЗОВИМИ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИМИ РОЗЛАДАМИ

Риберт Ю. О., Кінаш Ю. О., Магера Н. С.

Резюме. Дослідження присвячено оцінці та аналізу ефективності лікування пацієнтів з м'язовими скронево-нижньощелепними розладами. Після діагностичного підтвердження м'язового розладу СНЩС у лікувальному процесі були застосовані: оклюзійна терапія з використанням різних варіантів оклюзійних шин, ортодонтична підготовка за допомогою сплінтлайн терапії, і, на завершальному етапі, різні типи ортопедичних конструкцій з метою відновлення та стабілізації функціональної оклюзії.

Виготовлення шин і ортопедичних конструкцій здійснювалося під контролем аксіографічних даних отриманих на апараті Denar Cadiax Compact 2 (Gamma Dental — Австрія) в індивідуально налаштованому артикуляторі.

У дослідженні задіяно 45 пацієнтів з м'язовими розладами СНЩС, 18 з яких з'явилися через рік після завершення лікування на контрольний огляд і повторну аксіографію, результати якої були співставлені за п'ятьма параметрами з первинним обстеженням.

За результатами аналізу аксіограм до і після лікування пацієнтів з м'язовими розладами визначено статистично підтвержене покращення динаміки рухів суглобових головок нижньої щелепи за всіма показниками, що підтверджує позитивні результати обраної тактики лікування.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, м'язові розлади, аксіографія, лікування.

УДК 616 742.71/.72]-08-036.8

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНЫМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Риберт Ю. А., Кінаш Ю. А., Магера Н. С.

Резюме. Исследование посвящено оценке и анализу эффективности лечения пациентов с мышечными височно-нижнечелюстными расстройствами. После диагностического подтверждения мышечного расстройства ВНЧС в лечебном процессе были применены: окклюзионная терапия с использованием различных вариантов окклюзионных шин, ортодонтическая подготовка при помощи сплинтлайн терапии и,

на завершающем этапе, различные типы ортопедических конструкций с целью восстановления и стабилизации функциональной окклюзии.

Изготовление шин и ортопедических конструкций осуществлялось под контролем аксиографических данных, полученных на аппарате Denar Cadiax Compact 2 (Gamma Dental — Австрия) в индивидуально настроенном артикуляторе.

В исследовании задействовано 45 пациентов с мышечными расстройствами ВНЧС, 18 из которых появились через год после завершения лечения на контрольный осмотр и повторную аксиографию, результаты которой были сопоставлены по пяти параметрам с первичным обследованием.

По результатам анализа аксиограмм до и после лечения пациентов с мышечными расстройствами статистически подтверждено улучшение динамики движений суставных головок нижней челюсти по всем показателям, что подтверждает положительные результаты выбранной тактики лечения.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, мышечные расстройства, аксиография, лечение.

UDC 616.742.71/72] – 08 – 036.8

ANALYSIS OF TREATMENT EFFICACY OF PATIENTS WITH MUSCULAR TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

Rybert Yu. O., Kinash Yu. O., Magera N. S.

Abstract. The study is dedicated to assessment and analysis of treatment efficacy of patients with muscular temporomandibular disorders.

The objective of the study is to assess the treatment efficacy of patients with muscular temporomandibular disorders using occlusal splints and, at the final stage, various types of orthopedic restorations to stabilize functional occlusion.

The object of the study was muscular temporomandibular disorders diagnosed in 45 patients with various types of occlusal pathology before and after the treatment.

The efficacy of treatment of patients conducted by the suggested treatment approaches to patients with muscular temporomandibular disorders was defined by axiogram comparison before and after the treatment, obtained with the device Denar Cadiax Compact 2 (by Gamma Dental — Austria) with its statistical processing.

Taking into account the combined character of both different in shape occlusal and myofascial pathology the treatment of patients included occlusal therapy, orthodontic approaches and, at the final stage, various types of orthopedic treatment to restore and stabilize the functional occlusion.

In general, occlusal therapy was performed in 45 patients, with different types of splints – in 34 patients, splintline therapy – in 18 patients, and relevant prosthetics with various kinds of orthopaedic restorations was carried out in 11 patients.

Production of splints and orthopedic restorations was controlled with axiographic data obtained with the device Denar Cadiax Compact 2 in individually configured articulator.

Out of 45 patients with muscular TMJ disorders who underwent treatment, a year after completion of the treatment 18 patients came for checkup and repeat axiography, the results of which were matched with the primary axiography using five parameters.

The results of comparative analysis of axiograms before and after the treatment of patients with muscular and occlusal disorders determined the statistically confirmed improvement in the dynamics of mandibular condyle movements in all parameters, confirming the positive results of the chosen treatment approaches.

Keywords: temporomandibular joint, muscular disorders, axiography, treatment.

Рецензент — проф. Новіков В. М.

Стаття надійшла 17.09.2016 року