

Клітинський Ю.В.

## 10-РІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО АЛГОРИТМУ В ДІАГНОСТИЦІ ТА КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ ЗУБОЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ДЛЯ ЇХ УСПІШНОЇ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м.Київ)

*Ключові слова:* функціональні розлади зубощелепно-лицевої ділянки, постуральні тести, мануальна корекція хребта, ультразвукова діагностика, протибольова терапія, дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба, голковколювання, пункції під ультразвуковим контролем, корекція оклюзії.

За період з 1994 по 2010 рік нами в клініці кафедри ортопедичної стоматології НМУ було обстежено 1482 пацієнтів зі скаргами та симптомами, що свідчили на функціональні розлади скронево-нижньощелепних суглобів, жувальних м'язів, порушення функціональної оклюзії, втрату центрального співвідношення щелеп, дисбаланс нервової регуляції жувального апарату та порушення адаптації.

Для успішної реалізації поставлених завдань ми співробітничали з лікарнею Феофанія (лікар Бубнов Ростислав, автор ідеї застосування «сухого» голковколювання триперних точок під ультразвуковим контролем), Інститутом прогресивних стоматологічних технологій (лікар Єремєєв Філіп, співавтор спільної методології оцінки ЗД томограм СНЩС на предмет виявлення функціональних розладів), Університетом Південної Каліфорнії, клінікою мануальної терапії хребта Олжена (лікар-вертебролог, невропатолог Шербак Олексій Іванович), зуботехнічною лабораторією Естетік-лаб (Пашинський Євгеній) і багатьма іншими медичними установами і Університетами.

З 1994 по 2000 рік кількість обстежених і отримавших лікування пацієнтів склала 285 осіб. Цей період наших досліджень, як ми розуміємо зараз, відрізнявся відносно невеликою кількістю пацієнтів, відповідно більшою кількістю часу для кожного з них.

Однак недоліком цього періоду був недостатній обсяг обстеження і комплексності лікування через відсутність на той час всього спектру обладнання і достатньої глибини ро-

зуміння етіології та патогенезу даної патології.

Тому цей період нашої роботи ми не зараховуємо до отримання досвіду міждисциплінарного алгоритму, хоча він багато додав в розумінні підходів і системності їх застосування. В подальшому значна кількість пацієнтів, що отримали лікування в цей період, склали контрольні групи для порівняння ефективності застосування різних комбінацій методів діагностики, обстеження і лікування.

З 2001 по 2010 рік кількість пацієнтів склала 1197 осіб. Цей період характеризується лавиноподібним збільшенням кількості пацієнтів і відповідно меншою кількістю часу для кожного пацієнта.

Тільки підвищення організації праці за рахунок чіткого розподілу функцій та точного і своєчасного їх виконання дозволило забезпечити достатній обсяг обстежень і комплексний мультидисциплінарний підхід в лікуванні.

Порівняння ефективності діагностики і результатів лікування в групах пацієнтів цього періоду з контрольними групами попереднього періоду достовірно свідчать про більший відсоток успіху.

Матеріали проведеного нами дослідження з узагальненням отриманих результатів були представлені на Симпозіумі з ортопедичної стоматології на 3-му Конгресі стоматологів Європи 9-11 грудня 2009 р.(м.Київ).

Ознаки оклюзійних порушень поєднані з функціональною патологією СНЩС були виявлені у пацієнтів вже на етапі попередньо-



го обстеження. Порушення взаємовідносин зубних рядів, співвідношення щелеп, деформації оклюзійних поверхонь та прикусу, зубощелепні аномалії та комбінації цих симптомів були основними причинами розвитку функціональних розладів.

Стани, що поєднували в собі різні варіанти комбінацій вищезазначених симптомів ми визначили як функціональні розлади зубощелепно-лицевої ділянки. Термін, який, на наш погляд, відображає всю різноманітність етіологічних факторів, патогенетичних процесів, клінічних проявів і вказує на потребу єдиного системного міждисциплінарного підходу в лікуванні.

М'язево-скелетний стан шийного відділу, разом із жувальною мускулатурою, є однією з основних причин болю в зубощелепно-лицевій ділянці, на що вказують наші багаторічні спостереження. Патологічні зміни стану шийного відділу хребта, часто супроводжуються болем в СНШС, обличчі, жувальній та шийній мускулатурі, та, відповідно присутні при м'язево-суглобовому дисфункціональному (МСД) синдромі. Ми розглядаємо цей стан, як одну з причин функціональних розладів зубощелепно-лицевої ділянки, що потребує діагностики і відповідної корекції хребта до початку стоматологічного етапу лікування.

Враховуючи вищезазначене, ще одним завданням дослідження було вивчити можливість і ефективність використання «сухого»

голковколювання тригерних точок під ультразвуковим контролем в лікуванні функціональних розладів зубощелепно-лицевої ділянки, підвищити доказовість пункційного лікування за допомогою візуальної верифікації.

Для цього на певному етапі був проведений огляд сучасних і традиційних підходів до лікування міофасціального болю, який є невідкладною складовою основних синдромів.

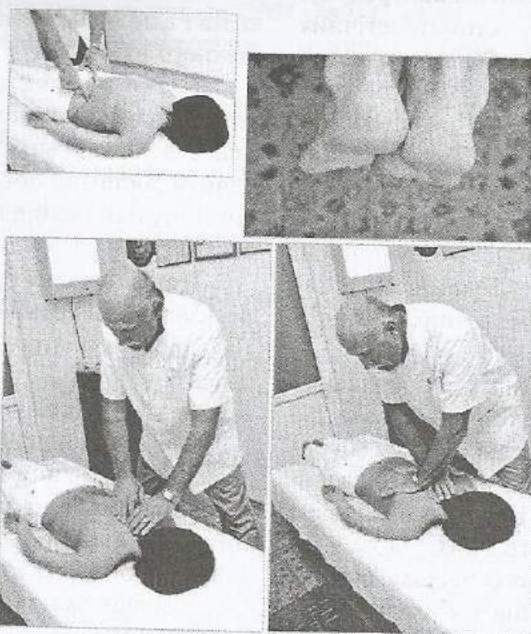
В процесі дослідження вперше було візуалізовано за допомогою ультразвукового (УЗ) дослідження тригерну точку і відповідно проведена пункційна терапія м'язів голови і шиї під ультразвуковим контролем.

Первинний досвід було впроваджено в клінічну практику.

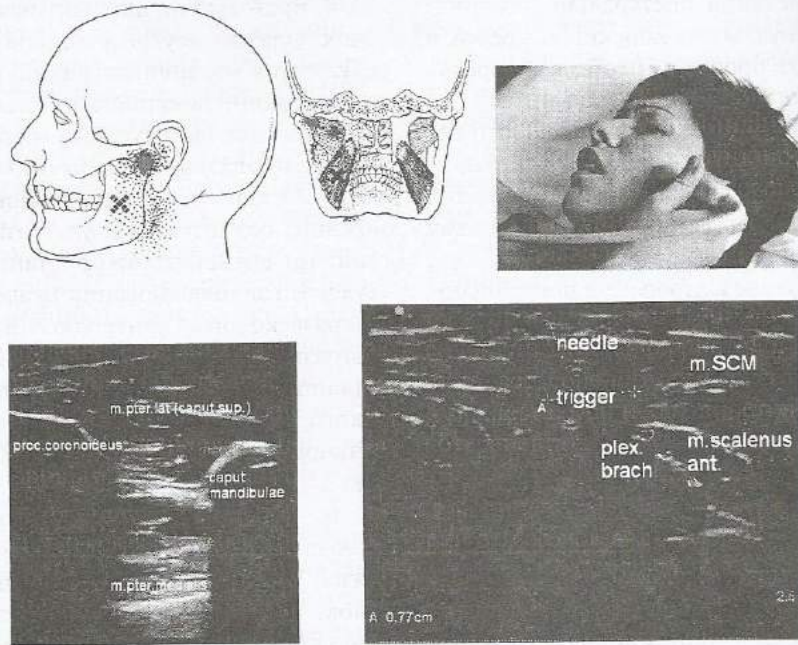
Використання методики ультразвукової візуалізації тригера дозволило значно підвищити точність виявлення і специфічність верифікації тригерних точок, як причин міофасціального болю, а також проводити динамічний контроль ефективності їх лікування.

За попередніми результатами роботи ми вважаємо доцільним спільне використання міофасціального релізу та «сухого» голковколювання під ультразвуковим контролем перед наступною ортопедичною корекцією оклюзії при функціональних розладах зубощелепно-лицевої ділянки.

Інактивація тригерних точок шляхом «сухого» голковколювання є результатом механічного впливу голки, тому ми успіш-







но здійснювали її без застосування місцевих анестетиків та інших фармацевтичних препаратів.

Використання ультразвукового контролю дозволило значно підвищити ефективність і безпечність глибокого «сухого» голковколуювання як оптимального методу інактивації тригерних точок. Вважаємо використання глибокого «сухого» голковколуювання неадекватним без ультразвукового контролю, тому що точна пункція окремих м'язів неможлива без допомоги ультразвукової навігації.

Таким чином ми отримали можливість проводити ортопедичну корекцію оклюзії при повній відсутності спазму м'язів, при інактивації існуючих тригерних точок, що впливають на функцію СНЩС, відповідно змінювали і співвідношення щелеп.

За отриманими нами результатами оцінки «якості життя» пацієнтів з функціональними розладами зубо-щелепної ділянки, було виявлено суттєве зниження цього показника за цілим рядом параметрів. При порівнянні показників якості життя пацієнтів з функціональними розладами зубо-щелепної ділянки і пацієнтів контрольної групи встановлено достовірно більш низькі показники, що стосуються фізичної сфери: фізичне здоров'я, фізичне функціонування, обумовлене фізичним станом, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом. Все це свідчить, що у цієї групи пацієнтів більш виражені проблеми пов'язані з фізичним здоров'ям. Хоча емоційний фак-

тор також відіграє свою певну роль в обмеженні їх повсякденної діяльності. Показник «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» знижений майже в 2 рази. Відмічено також зниження показників інтенсивності болю та життєвої активності, що свідчить про суб'єктивне посилення акценту на данному аспекті життя (певна «зацикленість» на своєму патологічному стані навіть при значному покращенні клінічної ситуації в результаті проведеного лікування). Зниження показника соціального функціонування свідчить про пролонговану дію психоемоційно травмуючого фактору та зміну внутрішнього сприйняття свого соціального статусу.

Ми здобули унікальний багаторічний досвід узагальнення віддалених результатів протезування різних категорій пацієнтів, в тому числі з функціональними розладами зубощелепно-лицевої ділянки.

В клініці кафедри з 1999 року (протягом 10 років) успішно застосовується запропонований нами міждисциплінарний алгоритм лікування пацієнтів з функціональними розладами зубощелепно-лицевої ділянки, який поєднує наступні етапи:

- детальна функціональна діагностика стану зубощелепно-лицевої ділянки та стану здоров'я пацієнта в цілому (консультації ендокринолога, невропатолога, ЛОР спеціаліста, вертебролога, рефлексотерапевта, фізіотерапевта, при необхідності психолога, психотерапевта).



- використання постуральних тестів з наступною мануальною корекцією хребта в співпраці з вертебрологом необхідна передумова стоматологічного етапу лікування

- використання міофасціального релізу і сухого голковколювання під ультразвуковим контролем для інактивації тригерних точок і досягнення повної відсутності спазму м'язів

- обов'язкове відтворення центрального співвідношення щелеп і внутрішньсуглобових співвідношень СНЩС шляхом оклюзійної корекції та шинотерапії, виготовлення центрального регістру пацієнта.

- ортодонтична підготовка зубощелепно-лицевої ділянки: створення максимальних оклюзійних контактів ортодонтичними засобами у відтвореному і зафіксованому оклюзійними накладками на окремі зуби центральному співвідношенні щелеп, вирівнювання оклюзійних кривих, створення групової направляючої функції.

- ортопедична підготовка зубощелепного апарату: протезування оклюзійних поверхонь вітальних зубів, що знаходяться в дезоклюзії у встановленому центральному співвідношенні щелеп, вкладками, вінірами виготовленими непрямим лабораторним способом в артикуляторі

- як завершальний етап - протезування дефектів зубних рядів ортопедичними конструкціями при стабільних оклюзійних контактах власних зубів в стабілізованому центральному співвідношенні щелеп без симптомів функціональних розладів.

#### Висновки:

1. Необхідна мануальна корекція хребта вертебрологом за результатами постуральних тестів перед початком стоматологічного етапу лікування.

2. Доцільне спільне використання міофасціального релізу і сухого голковколювання під ультразвуковим контролем з наступною ортопедичною корекцією оклюзії при функціональних розладах зубощелепно-лицевої ділянки. Досягнута вперше можливість візуалізувати тригерну точку, дозволила ефективно використовувати ультразвуковий контроль для пункційної терапії м'язів голови та шиї.

3. Використання методики ультразвукової візуалізації тригера дозволило значно збільшити точність виявлення і специфічність верифікації тригерних точок, як причин міофасціального болю, а також проводити динамічний контроль ефективності лікування.

4. Враховуючи, що інактивації тригерних точок шляхом «сухого» голковколювання є результатом механічного впливу голки, ми досягли успішно використання запропонованої методики без застосування місцевих анестетиків та інших фармакологічних препаратів.

5. Оскільки пункція певних м'язів неможлива без візуальної ультразвукової навігації, ми вважаємо використання глибокого «сухого» голковколювання неадекватним без ультразвукового контролю. Використання ультразвукового контролю дозволяє значно підвищити ефективність та безпечність глибокого «сухого» голковколювання як оптимального методу інактивації тригерних точок.

6. Здійснювати ортопедичну корекцію оклюзії слід за повної відсутності спазму м'язів, при інактивації існуючих тригерних точок, що впливаючи на функцію СНЩС, відповідно змінювали і співвідношення щелеп.

7. Якість життя пацієнтів з функціональними розладами зубо-щелепно-лицевої ділянки значно нижча ніж в осіб без цієї патології. Достовірні відмінності виявлені по більшості показників.

8. Виявлено чітку закономірність покращення показників «якості життя» в результаті комплексного консервативного лікування розладів зубощелепно-лицевої ділянки.

9. Відсутня чітка кореляція між покращенням показників «якості життя» та показників окремих методів діагностики, таких як електроміографія та комп'ютерна томографія скронево-нижньощелепних суглобів, що свідчить про значний вплив психоемоційних аспектів сприйняття свого стану пацієнтами на процес виздоровлення в результаті отриманого лікування.

10. Оцінка «якості життя» є провідним, об'єктивним, універсальним критерієм ефективності лікування пацієнтів з функціональними розладами зубо-щелепно-лицевої ділянки, особливо в частині подолання больового синдрому.

11. Необхідно в комплексній реабілітації пацієнтів з функціональними розладами зубощелепно-лицевої ділянки поєднувати традиційні стоматологічні засоби і психоемоційно-соціальну реабілітацію за індивідуальною програмою за участю фахівців суміжних спеціальностей.

Таким чином, складний комплекс порушень, який ми об'єднали терміном функціональні розлади зубощелепно-лицевої ділянки,



містить в собі таку кількість і різноманітність патофізіологічних і морфологічних змін з боку жувальних м'язів, зубних рядів ( оклюзії, прикусу, деформацій і аномалій ), СНЩС, нервової системи та психоемоційної сфери, що потребує участі багатьох фахівців для його діагностики, усвідомлення і лікування.

Наш досвід лікування пацієнтів з функціональними розладами зубощелепно-лищевої ділянки та їх подальшої ортопедичної реабілітації однозначно засвідчив, що в таких складних клінічних ситуаціях абсолютно недостатньо лише спільних консультацій вертебролога, рефлексотерапевта, психолога, ортопеда, ортодонта для прийняття рішення про план лікування і вибір конструкції протезування.

Необхідна тісна співпраця вищеперерахованих фахівців на всіх етапах лікування, яка передбачає єдину ідеологію, почергові маніпуляції для створення передумов для наступ-

них етапів лікування і контролю ефективності попередніх етапів, спільні очікування і єдине бачення бажаного результату. Все це необхідно для забезпечення послідовності, раціональності та ефективності лікування і є єдиним шляхом, що дозволить досягнути повноцінної стабільної довготривалої ортопедичної реабілітації пацієнтів з функціональними розладами зубощелепно-лищевої ділянки.

#### THE 10-YEARS EXPERIENCE USING OF INTERDISCIPLINARY ALGORITHM IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF MAXILLO-FACIAL REGION FOR THEIR SUCCESSFUL PROSTHETIC REHABILITATION

Klitinsky Y.V.

*Abstract.* During the period from 1994 till 2009 years in Prosthetic Department of National O. Bogomolets Dental School 1482 patients were examined. Symptoms and complaints manifested functional disorders of temporomandibular joints (TMJs), muscles of mastication, functional occlusion, centric relation lost, nervous regulation imbalance and violation of adaptation. Violation of dental rows and jaws interrelation, occlusal surfaces and plane deformation, malocclusion and this symptoms combination results in functional disorders. Statuses, which combine different variants of above symptoms we determined as functional disorders of maxillo-facial region. This term, on our opinion, reflects all variety of etiological factors, pathological processes, clinical manifestations and indicates the necessity of unified system interdisciplinary approach in treatment.

Our experience of treatment patients with functional disorders of maxillo-facial region and their next rehabilitation by prosthesis shows that only consultations of prosthetic dentists, orthodontist are absolutely not enough for making decision about choice of prosthetic construction.

Working partnership of prosthetic dentists, orthodontist is necessary on all treatment stages, which foresees standard ideology, alternate manipulations for making conditions for next stages of treatment and control of efficiency of previous stages, collective expectations and the same seeing of desired result. All of this are necessary for providing of consistent, rational and effective treatment and are the single way for, that allow to get stable long-term rehabilitation by prosthesis.