

ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВА ХІРУРГІЯ ТА СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.724-007.272-07

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ОККЛЮЗІЙНОГО ГЕНЕЗУ

¹ В.М. Новіков, ² А.В. Штефан, ³ А.М. Лихота, ³ І.В. Борисова

¹ ВДУЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

² ВПУЗ «Міжнародна академія екології та медицини», м. Київ

³ ВДУЗ «Українська військово-медична академія», м. Київ

Резюме. Розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо лікування та реабілітації пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС. При лікуванні 93 пацієнтів із вказаною патологією виявлена висока ефективність (92%) запропонованих лікувально-профілактичних заходів, що зберігалася через рік після проведеного лікування.

Ключові слова: комплексне лікування пацієнтів із БСД СНЩС, оклюзія, супраконтакти, міжщелепні співвідношення.

Актуальність дослідження. Проблема лікування та реабілітації пацієнтів з больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС), а також розуміння патологічних процесів, що призводять до неї, залишається однією з найбільш розповсюджених та важливих проблем стоматології [1, 6, 7]. Існують досить різноманітні методи, які застосовують спеціалісти, для діагностики та лікування даної категорії хворих [2, 3, 8]. Методи лікування, що застосовуються не завжди приводять до позитивного результату. Не рідко пацієнти стають заложниками власного стану та вимушені впродовж тривалого часу звертатися за медичною допомогою до спеціалістів різного профілю, причому часто це не дає результату [4, 6, 11, 12].

Ця категорія хворих займає особливу частку в системі охорони здоров'я. Вони звертаються до спеціалістів різного фаху в пошуках вирішення власної проблеми, однак, найчастіше захворювання залишається не діагностованим, а пацієнт – не вилікованим. В зв'язку з цим, хворі не знаходять розуміння як з боку лікарів, які не знають даної нозології, так і з боку страхових компаній, які або заперечують існування цієї хвороби, або обмежують платіж для покриття розходів на лікування [5, 11].

Окклюзійні порушення які з'явилися внаслідок пломб, що підвищують прикус, зубних протезів, деформацій зубних рядів, аномалій прикусу, наявності феномена Годона-Попова, переміщення зубів мудрості у бік відсутніх антагоністів, препарування зубів під незнімні конструкції змінюють окклюзійні контакти, порушують міжокклюзійну висоту, що призводить до

виникнення передчасних контактів. В результаті, порушуються фізіологічні зубні контакти та рецепторне сприйняття від пародонту, змінюються рухи нижньої щелепи [9, 10, 13, 14]. З часом у пацієнта розвивається больовий синдром дисфункції СНЩС оклюзійного генезу.

Таким чином, пошук найбільш раціональних та ефективних методів лікування даної патології є актуальною задачею сучасної стоматології.

Мета дослідження – покращити ефективність лікування пацієнтів із больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу оклюзійного генезу.

Завдання дослідження:

Розробити комплекс лікувальних заходів для пацієнтів із больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу (БСД СНЩС) з урахуванням причино-наслідкових механізмів порушення оклюзії.

Запропонувати лікувально-профілактичні заходи для попередження ускладнень, що можуть виникнути у пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу.

Оцінити ефективність розробленого комплексу лікувально-профілактичних заходів у пацієнтів БСД СНЩС.

Впровадити розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів для пацієнтів с БСД СНЩС оклюзійного генезу в практику охорони здоров'я.

Матеріали та методи дослідження. Об'єктами клінічного обстеження були 93 особи (69 жінок і 24 чоловіка) у віці 16-73 років з клінічними ознаками БСД СНЩС. Розподіл пацієнтів за полом та віком представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за полом та віком

Вік	Чоловіки		Жінки		Загалом пацієнтів	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16-30	3	3,22	8	8,6	11	11,83
31-40	2	2,15	14	15,05	16	17,2
41-50	11	11,83	31	33,33	42	45,16
51 та більше	8	8,6	16	17,2	24	25,81
Усього	24	25,81	69	74,19	93	100%

Більшість пацієнтів зверталась зі скаргами на біль, клацання в одному або в обох СНЩС з іррадіацією болю в потилицю, шию, тім'яну, скроневу та підщелепну ділянки, на неможливість знайти «зручне» положення щелепи. З опитування

пацієнтів встановлені давня втрата зубів або нещодавнє втручання стоматологів (ортопедів або терапевтів), після чого і виникли симптоми, описані вище.

Зокрема загальноприйнятих методів обстеження пацієнтів (з'ясування скарг, збору анамнезу життя і захворювання, об'єктивного обстеження порожнини рота та СНЩС) нами проводився геометричний аналіз моделей щелеп в артикуляторі з визначенням можливих супраконтактів, а також МРТ або КТ обстеження СНЩС.

Результати обстеження моделей щелеп 93 пацієнтів с БСД СНЩС окклюзійного генезу показали, що у переважній більшості випадків (64 пацієнта - 68,82%) виявлявся несиметричний латерально направляючий супраконтакт. Ці пацієнти склали І-у групу спостереження. У 2-у групу увійшли 12 (12,9%) пацієнтів з двобічним симетричним мезіально направляючим супраконтактом. 3-ю групу склали 17 (18,28%) пацієнтів із симетричним дистально направляючим супраконтактом. При виявлених гіпербалансуючих контактах (ексцентрична окклюдія), які виникали тільки при рухах нижньої щелепи, всі пацієнти увійшли в І-у групу, так як мали клінічні прояви та результати спеціальних методів дослідження подібні пацієнтам, які мали однобічний не симетричний латерально направляючий супраконтакт в центральній окклюдії.

Перед початком лікування зі всіма хворими, що погодилися на лікування (65 осіб), проводили бесіду, під час якої доступно пояснювали сутність захворювання. Переконавали хворих, що необхідно приймати активну участь у власному лікуванні та виконувати всі рекомендації лікаря.

На підставі отриманих даних складали план лікування, його етапи та їх послідовність.

Всім обстеженим пацієнтам проведено комплексне лікування, яке можна умовно розділити на три етапу. На першому етапу за допомогою медикаментозної терапії та фізіотерапевтичному лікуванню знімали больовий симптом. Другий етап заключався у нормалізації функціонального стану жувальної мускулатури і корекції анатомічних взаємовідношень елементів суглобу. На цьому етапі застосовували міогімнастику, масаж жувальних м'язів, компресію тригерних крапок, виготовляли окклюдійні шини. Останній етап включав методи, які були спрямовані на відновлення нормальних окклюдійних співвідношень щелеп. З цією метою (за показаннями) проводили окклюдійне редагування, шино-терапію, а на кінцевому етапу, протезування. Слід відмітити, що розподіл на етапи був умовним, тому що другий та третій етапи лікування по можливості проводили одночасно. Головним лімітуючим фактором у даному випадку був больовий симптом.

Ефективність лікувальних заходів оцінювали під час повторних оглядів, які проводили через місяць, 6 місяців та рік від початку лікування.

Лікувальний ефект був об'єктивізований шляхом вивчення характеру оклюзійних контактів зубних рядів, аналізу рухів нижньої щелепи та об'єму відкриття рота, характеру суглобового шуму, пальпацією жувальних м'язів, аналізу ортопантограм, зонограм, комп'ютерних томограм або МРТ СНЩС. Ефективність лікування оцінювали за критеріями:вилікувано, поліпшення стану, незначне поліпшення стану, без змін, погіршення стану хворого.

Данні про проведені комплексні лікувальні заходи у 65 пацієнтів з больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

Лікувально-профілактичний комплекс, що застосований у пацієнтів з БСД СНЩС окклюзійного генезу

Перелік лікувально-профілактичних заходів	Всього (65 чел.)	1-гр. (44 чел.)	2-гр. (10 чел.)	3-гр. (11 чел.)
Медикаментозна терапія				
Ненаркотичні анальгетики:				
- Кетарол;	56	39	7	10
- Ібупрофен	1	0	0	0
Міорелаксанти - Мидокалм	17	7	1	3
Транквілізатори - Седуксен	4	3	0	1
Антидепресанти - Флувоксамин	2	2	0	0
Седативні препарати - Ново-Пассит	17	11	2	4
Лікувально-діагностична блокада пучків тричастого нерву (за Егоровим)	3	2	0	1
Фізіотерапія				
Масаж та самомасаж	65	44	10	11
Міогімнастика	65	44	10	11
Електростимуляція	51	36	8	7
Окклюзійне редагування				
Вибіркове пришліфовування пломб	14	8	3	3
Вибіркове пришліфовування зубів без депульпації	46	43	1	2
Вкорочення зубів з депульпацією	13	10	1	2
Видалення зубів	12	7	3	2
Корекція протезів (уточнення окклюзійних контактів)	22	15	3	4
Шино-терапія				
Шино-терапія (всього):	88	56	10	22
- роз'єднуюча шина	17	10	7	0
- міорелаксантина шина	27	22	0	5
- стабілізуючі шини	22	13	0	9
- репозиційні шини	7	2	0	5
- еластичні окклюзійні шини (трейнери)	15	9	3	3
Ортопедичне лікування				
Заміна коронок	22	15	3	4
Заміна незнімних протезів	53	35	10	8
Заміна часткових знімних пластинчатих протезів	9	7	0	2
Заміна бюгельних протезів	3	2	0	1
Заміна повних знімних пластинчатих протезів	4	3	0	1

Як видно з даних, наведених в таблиці 2, за основу визначення об'єму лікувально-профілактичних заходів обрана частота використання лікувальних методів, які незначно відрізнялися в групах спостереження. Водночас такі лікувальні методи, як електростимуляція, масаж, вибромасаж та міогімнастика показані усім хворим, у незалежності від чинників та напрямку зміщення нижньої щелепи.

Обговорення отриманих результатів. При огляді через місяць виявлені суттєві зміни в клінічній картині захворювання в більшості пацієнтів. Результати обстеження 65 пацієнтів через 1 місяць надані в таблиці 3.

Таблиця 3

Результати обстеження пацієнтів через 1 місяць

Клінічні симптоми	I група (44 особи)		II група (10 осіб)		III група (11 осіб)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Самовільний біль в ділянці жувальних м'язів	19	29,23	2	3,08	4	6,15
Самовільний біль в ділянці СНЦС	14	21,54	2	3,08	3	4,62
Біль при пальпації СНЦС	17	26,15	3	4,62	5	7,69
Біль при пальпації жувальних м'язів	19	29,23	5	7,69	7	10,77
Біль при рухах нижньої щелепи	9	13,85	2	3,08	3	4,62
Щільний окклюзійний контакт зубних рядів	21	32,31	2	3,08	4	6,15
Наявність супраконтактів	14	21,54	4	6,15	3	4,62
Відкриття рота у повному обсязі	31	47,69	5	7,69	8	12,31
Обмеження відкривання рота	10	15,38	4	6,15	3	4,62
Надмірне відкривання рота	3	4,62	1	1,54	0	0
Присутність суглобового шуму	19	29,23	3	4,62	7	10,77
Відсутність суглобового шуму	25	38,46	7	10,77	4	6,15
Девіація нижньої щелепи	21	32,31	2	3,57	5	8,93

Результати обстеження пацієнтів показали, що на фоні значного поліпшення перебігу захворювання все ж таки у 21 особи (32,3%) зберігались ті або інші симптоми захворювання. Також в ряді пацієнтів ще спостерігалися клацання в ділянці скронево-нижньощелепного суглобу та девіація нижньої щелепи при відкриванні рота.

Це свідчить про те, що патологічний стереотип рухів нижньої щелепи, пара функції жувальних м'язів важко нівелювати за такий нетривалий термін.

Для цього потрібно більше часу, ретельна корекція окклюзійно-артикуляційних співвідношень та, без сумніву, активна участь пацієнта у співпраці з лікарем.

На наш погляд, виявлені остаточні симптоми пов'язані з наявністю окклюзійно-артикуляційних порушень, які не можливо було ліквідувати за цей проміжок часу в зв'язку з наявністю у деяких пацієнтів вираженого больового симптому.

На 6-му місяці лікування обстежено 56 пацієнтів (86,15%), які мали клінічні прояви синдрому больової дисфункції СНЩС у всіх трьох групах приблизно ідентичного характеру. Нами відмічена позитивна динаміка в ході лікування, яку можна пояснити тим, що в цей період було завершено комплексне лікування хворих. Всім пацієнтам проведені заплановані методи лікування, які були направлені на усунення больового симптому, відновлення внутрішніх суглобових співвідношень, корекцію окклюзійних порушень. Але, у деяких пацієнтів зберігалися окремі ознаки захворювання.

Результати обстеження 56 пацієнтів через 6 місяців наведені у таблиці 4.

Таблиця 4

Результати обстеження пацієнтів через 6 місяців

Клінічні симптоми	I гр.(39 осіб)		II гр.(8 осіб)		III гр.(9 осіб)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Самовільний біль в ділянці жувальних м'язів	7	12,5	0	0	2	3,57
Самовільний біль в ділянці СНЩС	9	16,07	0	0	2	3,57
Біль при пальпації СНЩС	9	16,07	2	3,57	5	8,93
Біль при пальпації жувальних м'язів	12	44,64	1	1,79	7	12,5
Біль при рухах нижньої щелепи	4	7,14	0	0	3	5,36
Щільний окклюзійний контакт зубних рядів	49	87,5	7	3,57	8	7,14
Наявність супраконтактів	7	12,5	1	1,79	1	1,79
Відкривання рота у повному обсязі	49	87,5	5	8,93	8	14,29
Обмеження відкривання рота	4	7,14	2	3,57	1	1,79
Надмірне відкривання рота	3	5,36	1	1,79	0	0
Присутність суглобового шуму	11	19,64	1	1,79	1	12,5
Відсутність суглобового шуму	45	8,36	7	12,5	8	14,29
Девіація нижньої щелепи	13	23,21	1	1,79	2	3,57

При повторному огляді через рік після лікування обстежено 47 пацієнтів (72,3%). Серед обстежених клінічне одужання або значне поліпшення стану

спостерігалось у 40 осіб (85,1%), у 2-х пацієнтів (4,26%) розвився рецидив захворювання, у 5 осіб (10,6%) зберігалось клацання у СНЩС та девіація нижньої щелепи при відкриванні рота.

Результати обстеження 47 пацієнтів через 1 рік представлені в таблиці 5.

Таблиця 5

Результати обстеження пацієнтів через 1 рік

Клінічні симптоми	I гр. (34 особи)		II гр. (6 осіб)		III гр. (7 осіб)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Самовільний біль в ділянці жувальних м'язів	4	8,51	0	0	1	2,13
Самовільний біль в ділянці СНЩС	3	6,38	0	0	1	2,13
Біль при пальпації СНЩС	4	8,51	0	0	1	2,13
Біль при пальпації жувальних м'язів	5	10,64	0	0	2	4,26
Біль при рухах нижньої щелепи	4	8,51	0	0	1	2,13
Щільний окклюзійний контакт зубних рядів	34	72,34	6	12,77	7	14,89
Наявність супраконтактів	0	0	0	0	0	0
Відкривання рота у повному обсязі	31	65,96	5	10,64	6	12,77
Обмеження відкривання рота	1	2,13	0	0	1	2,13
Надмірне відкривання рота	2	4,26	0	0	0	0
Присутність суглобового шуму	2	4,26	0	0	1	2,13
Відсутність суглобового шуму	32	68,09	6	12,77	6	12,77
Девіація нижньої щелепи	3	6,38	0	0	1	2,13

Завдяки індивідуальному та комплексному підходу нам вдалося швидко та стійко зняти больовий синдром, встановити нижню щелепу у правильне терапевтичне положення за допомогою шино-терапії та завершити лікування пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС раціональним реставруванням або протезуванням зубів та зубних рядів.

Данні щодо ефективності комплексного лікування 39 пацієнтів (по групах) через 3 роки після лікування наведені у таблиці 6.

Таким чином, слід зазначити, що при відсутності необхідних профілактичних заходів та своєчасній кваліфікованій стоматологічній, особливо ортопедичній, допомоги виникає необхідність в проведенні дорого вартісної діагностики та наданні спеціалізованої допомоги з тривалими термінами реабілітації, які неможливо отримати у більшості стоматологічних клінік.

Результати лікування пацієнтів через 3 роки

Клінічні результати	I гр.	II гр.	III гр.	Усього	%
Одужання	14	3	4	21	53,85
Покращення стану	9	2	4	15	38,46
Незначне покращення стану	1	0	1	2	5,13
Без змін	1	0	0	1	2,56
Погіршення стану	0	0	0	0	0

Недостатнє розуміння цієї патології клініцистами призводить до невиправданих витрат пацієнтів та конфліктам зі страховими компаніями.

Висновки

Наш досвід свідчить про те, що для успішного лікування БСД СНЩС окклюзійного генезу необхідно встановити та усунути причину, що приводить до больових відчуттів. При цьому нормалізується об'єм суглобового простору, усувається адгезивно-спайковий процес в суглобовому сполученні, відновлюється фізіологічні рухи диску та амортизаційна функція.

Аналіз безпосередніх та віддалених результатів застосованих методів комплексного лікування пацієнтів з больовим синдромом дисфункції СНЩС показав їх фізіологічність та високу ефективність (92%).

Покращення клінічної картини в процесі лікування пояснюється впливом на всі ланки патогенезу БСД СНЩС, тому що ми нормалізуємо положення нижньої щелепи та оптимізуємо просторове співвідношення елементів СНЩС, відновлюється біологічна активність жувальної мускулатури, усувається її перевантаження при функціональних рухах.

Допомога пацієнтам з БСД СНЩС повинна надаватися у спеціалізованих стоматологічних відділеннях лікарями-стоматологами із спеціальною підготовкою та поглибленим вивченням цієї проблеми. При обстеженні та лікуванні пацієнтів з БСД СНЩС необхідно ретельно проводити всі етапи діагностики, індивідуалізованого комплексного лікування та реабілітації.

Література

1. Грачев Ю.В., Шмырев В.Н. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артрогенная) лицевая боль // Боль.- 2007.- Т. 14, № 5.- С. 2-12.
2. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии. — М.: Медицина, 1986. - 287 с.
3. Макеев В.Ф., Кулінченко Р.В. Особливості обстеження хворих на скронево-нижньощелепні розлади. – 2006. - № 1. – С 53.
4. Мирза А.И., Штефан А.В., Мирза Р.А. Дисфункциональные

состояния, обусловленные дистальным смещением нижней челюсти// Современная стоматология. – 2007. - №2(38) - С.126-130.

5. Мірза О.І., Штефан А. В. Збільшення міжальвеолярної висоти як провокуючий фактор синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу. // Матеріали ІІІ (Х) з'їзду Асоціації стоматологів України. Полтава. – 2008. С – 412.

6. Новіков В.М. Морфометричні особливості функціонально-діючих елементів зубощелепної системи за даними МР-томографії. // Український стоматологічний альманах. №4. – 2006. – С 42-44.

7. Сагатбаев Д.С. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. // Казахстанский стоматологический журнал.- 2003.- №1.- С. 26-30.

8. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. – Нижний Новгород, 1996. – 275 с.

9. Мирза А.И., Мозолюк Е.Ю., Штефан А.В. Этиология и патогенез дисфункциональных состояний нижней челюсти и жевательных мышц. Обзор литературы. // Современная стоматология. – 2009. - №1(45) - С.102-106.

10. Борисова И.В., Штефан А.В. Методологические подходы при планировании и реконструкции окклюзионных соотношений зубов и зубных рядов. //Проблеми військової охорони здоров'я / Збірник наукових праць УВМА. - 2013.- Вип.40.- С.445- 453.

11. Ховат А.П., Капп Н.Д., Барретт Н.В.Д. Окклюзия и патология окклюзии.- М.: Изд."Азбука".- 2005.- 235с.

12. Lytle J.D. Occlusal disease revisited: Part II // J. Periodontics Restorative Dent 2001; 21: 273-279.

13. Miller L. Symbiosis of esthetics and occlusion: Thoughts and opinions of a master of esthetic dentistry// J. Esthet Dent 1999; 11:155-165.

14. Ratdif F. S., Becker I.M., Quinn L. Type and incidence of cracks in posterior teeth // J. Prosthet. Dent 2001; 86: 168-172.

Резюме. *Разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий для пациентов с болевой дисфункцией ВНЧС. При лечении 93 пациентов с указанной патологией выявлена высокая эффективность (92%) предложенных лечебно-профилактических мероприятий, которая сохранялась через год после проведенного лечения.*

Ключевые слова: *комплексное лечение пациентов с БСД ВНЧС, окклюзия, супраконтакты, межжелюстные соотношения.*

Summary. *We developed a complex of treatment and prophylactic methods for patients with pain of dysfunction's syndrome of the temporal lower jaw joint. We had 93 patients with such a problem. The results kept a year after a treatment. The effect of our treatment was 92%.*

Key words: *complex treatment of patients with pain of dysfunction's syndrome of the temporal lower jaw joint, the occlusion, premaxillary ratio.*

УДК 616.314.17-089.23

ІММОБІЛІЗАЦІЯ ЗУБІВ ПІД ЧАС КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ

А.М. Лихота, В.В. Коваленко, В.М. Волошина, І.А. Лихота

Українська військово-медична академія

Резюме. У статті проаналізовані результати лікування 112 хворих віком від 35 до 65 років на генералізованій пародонтит. Діагностика проводилася з використанням системи Флорида Проуб, для усунення пародонтопатогенної мікрофлори – модернізована ультразвукова система «Vektor». Імобілізація досягалась тимчасовим шинуванням композитними матеріалами, а також хірургічними втручаннями – спрямованою тканинною регенерацією, що дало змогу стабілізувати деструктивні зміни в пародонті.

Ключові слова: *генералізований пародонтит, комп'ютерна система Флорида Проуб, модернізована ультразвукова система «Vektor», спрямована тканинна регенерація.*

Вступ. Превентивне лікування ранніх стадій пародонтиту в стоматології займає одне з провідних місць [3, 4, 7], однак, при недостатній організації диспансеризації та санації порожнини рота населення звернення хворих за допомогою буває дуже пізнім.

Виникає необхідність спланувати лікування таким чином, щоб в найкоротші строки надати хворому найефективнішу допомогу. Для досягнення цих цілей необхідно використати сучасні методики для стабілізації процесу [1, 5, 6, 8], тобто скласти і здійснити комплексне лікування генералізованого пародонтиту.

Метою нашого дослідження став аналіз результатів комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит з використанням самих ефективних на сьогоднішній день методик.

Матеріали та методи. Ми проаналізували результати лікування 112 хворих на генералізований пародонтит віком від 35 до 65 років на клінічних базах Української військово-медичної академії і медичного інституту асоціації народної медицини.

В комплекс лікування входило – обстеження хворих з використанням комп'ютерної системи Флорида Проуб (Floride Probe). Ця система дозволяє реєструвати клінічні прояви патології (глибину пародонтальних кишень, наявність крово- та гноетечі, рухомість зубів, рецесію ясен, наявність зубних відкладень, відсутність окремих зубів). Повне рентгенологічне обстеження