

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

ШТЕФАН АНАТОЛІЙ ВАСИЛЬОВИЧ

УДК 616.314.26-06: [616.724+616.716.4+616.724]-008.6-089.23-084

**ОБГРУНТУВАННЯ ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНОГО ОРТОПЕДИЧНОГО
ЛІКУВАННЯ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-
НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА, ЩО ОБУМОВЛЕНА
ПОРУШЕННЯМ МІЖОКЛЮЗІЙНИХ СПІВВІДНОШЕНЬ ЗУБНИХ
РЯДІВ**

14.01.22. – стоматологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Полтава – 2016

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Приватному вищому навчальному закладі «Міжнародна академія екології та медицини», м. Київ.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Новіков Вадим Михайлович**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, м. Полтава, кафедра ортопедичної стоматології з імплантологією, професор.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Куцевляк Валерій Ісайович**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра стоматології дитячого віку, ортодонтії та імплантології, професор;

- доктор медичних наук, професор **Макєв Валентин Федорович**, кафедра ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, професор.

Захист відбудеться „___” _____ 2016 р. о ___ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д44.601.01 при Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України (36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України за адресою: м. Полтава, вул. Шевченка, 23.

Автореферат розісланий ”___” _____ 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.В. Гуржій

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є достатньо поширеними станами й займають одне з провідних місць в ряду стоматологічної патології, а також серед захворювань СНЩС. За даними клінічних обстежень 40-60% населення відзначають ті або інші симптоми порушення функції СНЩС (Газинский В.В., 2005; Онопа Е.Н., 2005; Сангулия С.Г., 2005; Лебеденко И.Ю. и соавт., 2006; Хватова В.А., 2006; Митченко В.М., 2013; Hayakawa Y. et al., 2007; Badel T. et al., 2008; Gigliotti Jordan et al., 2015).

Реабілітація пацієнтів з захворюваннями СНЩС є сьогодні однією з найактуальніших і складних проблем стоматології взагалі та ортопедичної стоматології зокрема (Біда В.І., 2002; Насыров М.М., 2005; Сёмкин В.А. и соавт., 2006; Борисова И.В. и соавт., 2013).

На протязі тривалого часу виникнення дисфункційних станів СНЩС пов'язували з аномаліями та деформаціями прикусу, порушенням цілісності зубних рядів, зміною оклюзійної висоти. Більшість дослідників, дотримуючись однієї з етіологічних концепцій, ігнорують або зменшують вплив інших (Бунина М.А., 2001; Мирза А.И., 2002; Горожанкина Е.А., 2005; Пантелеев В.Д., 2005; Савчук О.В. і співавт., 2005, Бугровецкая О.Г., 2006; Хауг Симон, 2007).

Дійсно, у клінічній практиці часто зустрічаються хворі з вираженими зубощелепними аномаліями, які не мають порушень у СНЩС, а також пацієнти з дисфункцією СНЩС без ознак наявної оклюзійної патології (Новіков В.М. і співавт., 2011; Новіков В.М., 2014; Badel T. et al., 2008).

Загальновідомо, що лікарі практичної охорони здоров'я не завжди аналізують роль взаємозв'язку анатомо-топографічних співвідношень суглобових компонентів з функцією скронево-нижньощелепних зчленувань, станом жувальних м'язів та роль функціональної оклюзії з функцією та характером зміщення нижньої щелепи. Це виключає можливість своєчасного діагностування, призводить до призначення неправильного лікування (Рязанцев Э.Я. и соавт., 2007; Shtefan A. et al., 2014).

Важливу роль у виникненні дисфункції СНЩС має неякісне зубне протезування або пломбування зубів, що призводить до помилок у відновленні висоти нижнього відділу обличчя, при моделюванні оклюзійних поверхонь ортопедичних конструкцій або терапевтичних реставрацій. Оклюзійна дисгармонія сприяє виникненню внутрішніх порушень СНЩС. Це підтверджується тим, що відновлення правильних оклюзійно-артикуляційних взаємозв'язків зубних рядів сприяє зникненню больового симптому та нормалізує функціональний стан компонентів суглоба (Гросс М.Д., 1986; Баданин В.В., 2003; Ивасенко П.И., 2007; Ленько Т.Н., 2008; Limchaichana N. et al., 2007; Yadav S. et al., 2011).

З'ясування ролі порушення міжоклюзійних співвідношень зубних рядів в

розумінні етіології і патогенезу у виникненні дисфункційних станів СНЩС викликає значні труднощі. При різноманітності методів обстеження не розроблені чіткі критерії встановлення діагнозу, а результати обстежень, що представлені в літературних джерелах різними авторами, неоднозначні і навіть суперечливі (Онопа Е.Н., 2005; Трезубов В.Н. и соавт., 2005; Куцевляк В.И. и соавт., 2005; Булычева Е.А., 2006).

Складність у діагностиці та лікуванні, недостатня професійна орієнтація лікарів вказують на актуальність даної проблеми та на необхідність її подальшого вивчення (Макеев В.Ф., 2006; Пелехан Л.И. и соавт., 2008).

Зв'язок роботи з науковими програмами. Робота є фрагментом наукового дослідження кафедри стоматології Приватного вищого навчального закладу «Міжнародна академія екології та медицини» на тему «Вплив антропогенних факторів зовнішнього середовища на населення великого міста» (державний реєстраційний номер № 0107U002291, перезатверджено 22.04.2013 згідно з планом Приватного вищого навчального закладу «Міжнародна академія екології та медицини» та Університетом новітніх технологій).

Мета дослідження. Підвищення ефективності діагностики та лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС з позиції уточнення нових ланок патогенезу методом корекції оклюзії та шляхом нормалізації функції оклюзії та СНЩС.

Для досягнення поставленої мети необхідно було вирішити наступні **завдання:**

1. Визначити причини, що призводять до порушення міжоклюзійного простору та їхній вплив на виникнення дисфункції СНЩС оклюзійного генезу.
2. Доповнити алгоритм обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС, що обумовлена порушенням міжоклюзійних співвідношень зубних рядів.
3. Систематизувати клінічні прояви дисфункції СНЩС оклюзійного генезу, що обумовлені порушенням міжоклюзійних співвідношень зубних рядів.
4. Систематизувати типи міжгорбкових контактів у пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу.
5. Запропонувати комплекс діагностичних і лікувальних заходів для пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу та впровадити його в практичну медицину.

Об'єкт обстеження – особливості оклюзійних контактів зубів і зубних рядів в осіб з дисфункцією СНЩС та його стан в динаміці ортопедичного лікування.

Предмет обстеження – ефективність клінічних та лікувальних заходів при дисфункції СНЩС на фоні порушення міжоклюзійних співвідношень зубних рядів.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в роботі був використаний наступний комплекс обстежень:

- загальноклінічні;
- спеціальні (просторовий аналіз моделей щелеп, променеві методи обстеження СНЩС, МРТ СНЩС);
- статистичні методи.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше встановлений взаємозв'язок порушення міжоклюзійного простору з характером зміщення суглобових голівок при рухах нижньої щелепи в залежності від направляючих суперконтактів, що призводять до виникнення дисфункції СНЩС.

Вдосконалено метод, який дозволяє проводити ефективне лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС, що ускладнена бруксизмом — «Спосіб лікування бруксизму» (пат. № 39903U, опубл. 10. 03. 2009, Бюл. № 8).

Систематизовано алгоритм діагностики методів обстеження, що пропонувались раніше, який в комплексі дозволяє робити висновки щодо причин та патогенезу дисфункції СНЩС, що супроводжується порушенням оклюзійних взаємозв'язків.

Проведено порівняльну оцінку різних видів оклюзійних шин з обґрунтуванням раціональності їх використання для лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу.

Практичне значення одержаних результатів. Впровадження результатів роботи в практичну медицину зберігає час лікаря на етапі діагностики, дозволяє обґрунтувати необхідність проведення додаткових досліджень та консультацій у спеціалістів суміжних дисциплін. Запропонований комплекс загально-клінічних та спеціальних методів обстеження є простим, доступним та ефективним для діагностики функціональних порушень жувальної системи в цілому, що суттєво впливає на якість лікування.

Розроблено карту обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС як спеціальне доповнення до стандартної амбулаторної карти (форма 043), що дозволяє удосконалити та уніфікувати діагностичний процес, систематизувати план лікувальних заходів.

Проведений аналіз ефективності використання оклюзійних шин при дисфункції СНЩС оклюзійного генезу значно полегшує вибір лікарем необхідної ортопедичної конструкції.

На основі результатів загальноклінічних і спеціальних методів обстеження хворих запропоновано патогенетично обґрунтований алгоритм комплексного лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС, який дозволяє скоротити тривалість лікування і підвищити його ефективність.

Рекомендації, що основані на матеріалах дисертації, впроваджені в навчальний процес на кафедрі стоматології ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини», в лікувальний процес Київської міської клінічної лікарні №1, стоматологічної поліклініки Бориспільської центральної районної лікарні,

стоматологічної поліклініки Української військово-медичної академії, стоматологічного центру «Дентал-сіті» (м. Київ).

Особистий внесок пошукувача. Автором проведено патентно-інформаційний пошук, проаналізована наукова література, викладено результати досліджень та сформовано основні положення й висновки у відповідності до мети і задач дослідження. Автором самостійно проведено обстеження та лікування хворих, обробка отриманих результатів та їх аналіз, написано розділи роботи, разом із науковим керівником сформульовані висновки і практичні рекомендації.

В наукових працях, що видані в співавторстві, дисертанту належить участь в аналізі та узагальненні результатів клінічних та спеціальних методів діагностики, визначення ефективності лікування та написання фрагментів тексту статей.

Апробація результатів дисертації. Матеріали досліджень доповідалися та обговорювалися на науково-практичній конференції «Проблеми екології та медицини» (Полтава, 2011); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Клінічні та теоретичні аспекти артикуляції та оклюзії в ортопедичній стоматології» (Полтава, 2012); V-й міжнародній стоматологічній конференції студентів і молодих вчених «Актуальні питання науково-практичної стоматології» (Ужгород, 2016).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 13 наукових праць, із них 7 статей у наукових фахових виданнях України та 1 стаття в закордонному журналі, тези у 4 збірках матеріалів конференцій, 1 патент України на корисну модель.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена російською мовою на 167 сторінках принтерного тексту і складається з переліку умовних скорочень, вступу, аналітичного огляду літератури, опису об'єктів та методів дослідження, двох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, трьох додатків, списку використаних літературних джерел, який містить 227 джерел (з яких 161 – кирилицею, 66 – латиницею).

Робота ілюстрована 17 таблицями та 40 рисунками, витягами з історій хвороб пацієнтів.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Об'єкти і методи досліджень. Поставлені завдання обумовили необхідність вибору адекватних методів дослідження і кількості спостережень у клінічних групах.

Контингент обстежуваних був сформований в кількості 93-х осіб (69 жінок і 24 чоловіки) у віці від 18 до 80 років з клінічними ознаками дисфункції СНЩС оклюзійного генезу.

Згідно з отриманими даними, 62,37% хворих були у віці від 31 до 50 років, при цьому з усієї вибірки кількість жінок була майже в 3 рази більше, ніж чоловіків.

За результатами обстеження всі пацієнти з дисфункцією СНЩС були розділені на 3 групи. Критерієм для такого поділу послужило місце розташування суперконтактів, що спричинило динамічне роз'єднання міжжюкюзійних співвідношень зі зміщенням НЩ в тому чи іншому напрямку:

I група – 64 особи (47 жінок та 17 чоловіків), які мали симетричні латеральноспрямовуючі суперконтакти;

II група – 12 осіб (9 жінок та 3 чоловіків), які мали двосторонні симетричні мезіальноспрямовуючі суперконтакти;

III група – 17 осіб (13 жінок та 4 чоловіків), які мали симетричні дистальноспрямовуючі суперконтакти.

При обстеженні пацієнтів, які страждають на дисфункцію СНЩС, застосовували клінічні основні і додаткові (спеціальні) методи обстеження, які представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Таблиця методів обстеження

Найменування методу	Обсяг обстежень
Клінічне обстеження	93 особи
Просторовий аналіз моделей щелеп	93 особи
Променеві методи дослідження:	
Ортопантомограма	22 особи
Зонографія СНЩС	36 осіб
3D КТ СНЩС	20 осіб
МРТ СНЩС	15 осіб

Методики клінічного обстеження. Клінічне обстеження проводилося за загальноприйнятою методикою і складалося із заповнення медичної карти (форма 043), яке включало оформлення паспортної частини, аналізу висунутих пацієнтами скарг, збору анамнезу життя і захворювання, внутрішньо- і позаротового спеціального огляду, постановку попереднього діагнозу, згідно з методиками, рекомендованими багатьма авторами (Хватова В.А., 2005; Клинберг И и соавт., 2006; Сёмкин В.А. и соавт., 2007; Макеев В.Ф., 2012; Новиков В.М. и соавт., 2014).

При зовнішньому огляді пацієнта зверталася увага на симетрію обличчя, пропорційність частин обличчя по вертикалі, вираженість носо-губних і підборідної борозен. Проводився огляд губ, здійснювалася пальпація зон проекції СНЩС, визначалась наявність болю в СНЩС при рухах нижньої

щелепи, характер суглобового шуму і час його виникнення, сторона і стадія прояву.

При оцінці рухів НЩ визначався характер її кінетики в горизонтальній, сагітальній і вертикальній площинах, обсяг активного відкриття рота і висунення НЩ, в тому числі і її обсяг бічних рухів. Наступним етапом клінічного обстеження була пальпація жувальних м'язів для визначення їх тону, виявлення "тригерних" точок, симетричності скорочення. Пальпацію СНЩС проводили через шкіру попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу за методикою Гросс і Мет'юс (Гросс М.Д. и соавт., 1986).

Характер суглобових звуків вивчали за допомогою фонендоскопа, прослуховуючи звуки в області проекції СНЩС (кляцання, крепітація, хрускіт), а також пальпаторно кінчиками вказівних пальців через передню стінку зовнішнього слухового проходу. Визначали сторону і час появи звуків (в початковій третині фази відкриття рота, в серединній третині і в кінцевій третині фази відкриття рота), а потім у зворотньому порядку: на початку, в середині, в кінці закривання рота.

За характером зміщення підборіддя встановлювали обсяг, плавність і траєкторію руху нижньої щелепи під час відкриття і закривання рота.

При огляді порожнини рота оцінювали наявність, стан, цілісність зубів і їх стійкість, зони стертості з урахуванням ступеня, форми, локалізації, пов'язували їх з встановленими видами руху НЩ і гіпертонусом ЖМ.

Оцінювали дефекти зубних рядів за протяжністю, локалізацією та термінами виникнення, визначали наявність, відсутність і якість наявних зубних протезів, особливості конструкції і час користування ними.

Виявляли зуби і (або) зубні протези, які могли б стати причиною виникнення суперконтактів і формування патологічних рухів НЩ у вертикальному, сагітальному і трансверзальному напрямках при змиканні зубів, що могло перепрограмувати роботу ЖМ і СНЩС. Оцінювали оклюзійну площину, оклюзійні криві (Шпее і Вілсона), наявність і величину міжоклюзійного простору. Зіставляли положення НЩ в центральній оклюзії і при центральному співвідношенні щелеп, а також характер і число контактів премолярів, молярів, співвідношення фронтальних зубів в положенні центральної, передньої і бічних оклюзій, які визначали за допомогою оклюзійного (копіювального) паперу, стрічки, пластинок воску (оклюзіограм).

Проводився аналіз оклюзії шляхом виявлення деформацій зубних рядів та оклюзійної площини в бічних і фронтальних відділах щелеп у вертикальній, сагітальній і трансверзальній площинах. Аналіз динамічної оклюзії проводився при виконанні рухів НЩ, що дозволяло оцінити контакти зубів-антагоністів.

Клінічний огляд та пальпацію доповнювали вимірами ступеня відкриття

рота, який вимірювали штангенциркулем або лінійкою між ріжучими краями фронтальних верхніх і нижніх різців, величину бічного зсуву (тип зміщення) НЩ - по серединній точці між центральними різцями верхньої і нижньої щелепи.

Результати клінічних і спеціальних обстежень заносили в карту обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС, запропоновану автором.

Просторовий аналіз моделей щелеп і вивчення міжщелепних взаємин проводився за методикою Н. Gelb. Після клінічного обстеження знімали відбитки і виготовляли контрольно-діагностичні моделі обох зубних рядів з супергіпса, що дозволило вивчити оклюзійні контакти між зубами у всіх положеннях НЩ позаротовими методами.

Позаротове обстеження оклюзійних взаємин зубних рядів проводили за допомогою напіврегульованого артикулятора «Bio-Art 4000». Реєстрацію положення щелеп по відношенню до СНЩС виконували за допомогою професійної лицевої дуги бразильської компанії «Bio-Art». За отриманими оклюзійними силіконовими блоками «Occlufast» налаштовували артикулятор в центральній, передній і бічних оклюзіях. Аналіз оклюзійних контактів проводили в центральній і ексцентричній оклюзіях і виявляли суперконтакти, які перешкоджали змиканню зубів або вільним рухам НЩ за Гросс і Мет'юс (Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д., 1986).

Променеві методи обстеження СНЩС. Ортопантомограми (ОПТГ) виконувалися на ортопантомографах фірми «Granex Excel Serph», «Planmeca». Для візуалізації СНЩС використовувалася функціональна панорамна зонографія в положеннях НЩ в центральній або звичній оклюзії і при максимально відкритому роті, яка проводилася на рентгенапараті «Granex excel serph» в режимі 77 кВ, 10 мА, 20 с. Для визначення лінійних характеристик переднього, верхнього і заднього відділів суглобової щілини СНЩС при проведенні панорамної зонографії використовували методику Н.А. Рабухіної (1966).

При проведенні сагітальних і панорамних зонографій СНЩС за В.А. Хватовою визначали стан кісткових елементів і їх положення, форму суглобової западини, висоту суглобового горбка, ширину і форму суглобової щілини в передній, середній, задній третині. Також визначали положення суглобової головки і її відношення до глазерової щілини, суглобового горбка і западини, обсяг зсуву при відкриванні рота в одній (сагітальній) площині (Хватова В.А., 1999).

У напрямку зміщення проекційної точки шарнірної кінематичної осі в дорзальному і краніальному напрямку виявляли не тільки напрямок зсуву, а й компресію диска, а також кількісні характеристики зміщення суглобової головки.

Комп'ютерна томографія СНЩС проводилася в Київському центрі

щелепно-лищевої діагностики «Planmеса» на 3D томографі «Planmеса» в режимі 84 кВ, 10 мА, 24 с. При обстеженні в 3D режимі визначали положення суглобових головок по відношенню до суглобових ямок в трьох взаємно перпендикулярних площинах (сагітальній, фронтальній і горизонтальній), аналізували розміри суглобових щілин за допомогою спеціальних комп'ютерних програм відповідно до методики В.М. Мітченка (Митченко В.М., 2013).

Магнітно-резонансна томографія СНЩС. МРТ-обстеження проводилося на апараті Easy Vision 5.2 фірми «Philips» (Німеччина), в режимі T1 і T2 в фазах відкривання рота. Застосовували косу сагітальну, перпендикулярну голівкам НЩ і коронарну проекції з закритим ротом, косу сагітальну проекцію з відкритим ротом. При вивченні МР-томограм керувалися методикою В.М. Новікова (Новіков В.М., 2007).

Отримані результати досліджень обробляли загальноприйнятими статистичними методами з визначенням критерію вірогідності відмінностей із використанням t-критерію Ст'юдента-Фішера. Відмінність вважали за вірогідну при $p \leq 0,05$. Статистичну обробку результатів клінічних досліджень проводили з використанням програмного забезпечення «Microsoft Office Excel» на РС.

Результати досліджень та їх обговорення. Скарги пацієнтів з латеротрузійним зміщенням НЩ, які увійшли в I групу, найчастіше зводилися до одностороннього нападоподібного, тупого або ниючого болю в одному з СНЩС, клацання в суглобі на протилежному боці. Хворі вказували на те, що на тлі відносного благополуччя раптово з'являлось клацання в суглобі. Біль був пов'язаний з рухами НЩ, посилювався при прийомі твердої їжі і іррадіював у вухо, скроню, завушну, тім'яну області і шию. Пацієнти скаржилися на утруднене відкривання рота, відчуття незручності при стисканні зубів. Звертали увагу на відчуття втоми, тяжкості або болю в ЖМ. Деякі пацієнти відзначали асиметрію обличчя за рахунок зміщення підборіддя або гіпертрофії ЖМ на одній зі сторін. Частина хворих вказували на зниження слуху, слезотечу, запаморочення, дратівливість, тривожність, знижену працездатність, порушення сну, почуття страху, канцерофобію.

Клінічними ознаками дисфункції СНЩС, характерними для I групи, є: біль, асиметрія обличчя за рахунок гіпертрофії власне жувальних м'язів на стороні зміщення нижньої щелепи. Ця ж сторона була звичною стороною жування (односторонній тип жування). Дефлекція або девіація рухів НЩ при відкриванні та закриванні рота, звукові явища в СНЩС (хрускіт, клацання), больові відчуття, які були безпосередньо в одному або обох СНЩС, з іррадіацією в інші області голови і шиї. Відзначався біль різної тривалості, що виникає спонтанно або внаслідок відкривання рота, при жуванні, під час розмови. Відзначалася асиметрія носо-губних борозен.

У пацієнтів I-групи при зімкнутих зубах відзначали зміщення міжріщевої

точки на НЩ по відношенню до ВЩ в середньому на 1-3 мм (рис. 3.1), нестійкий ковзний прикус, деформацію оклюзійної поверхні зубних рядів з блокадою рухів НЩ. Відкривання рота було обмеженим (менше 40 мм) у 14 пацієнтів, у 5 хворих амплітуда рухів НЩ була надмірною (понад 50 мм), у інших - в межах 40-50 мм. Суперконтакти визначалися на природних зубах і зубних протезах, що знаходяться в супраоклюзії на ВЩ 16 осіб (25%), на НЩ - 13 осіб (20,31%), на обох щелепах - 22 осіб (34,38%). Порушення положення окремо стоячих зубів виявили у 6 осіб (9,37%), а підвищене стирання зубів (генералізоване) з деформацією оклюзійних кривих виявлено у 7 осіб (10,94%). Аналізуючи суперконтакти, ми встановили, що у 34 осіб (53,12%) вони визначалися в центральній оклюзії, а у 30 осіб (46,88%) - це були гіпербалансуючі контакти.

Скарги пацієнтів II групи, що мали симетричні мезіальноспрямовуючі суперконтакти (12 осіб) зводилися до клацання, болю в області СНЩС (у 5 осіб - в одному і у 7 осіб - в обох) в кінці відкривання і на початку закривання рота (частіше невисокої інтенсивності), напруги і (або) відчуття втоми в жувальних м'язах (задніх пучків скроневи, власне жувальних, внутрішніх і зовнішніх крилоподібних м'язів) і безпосередньо в області СНЩС (з одного або обох сторін). Пацієнти відзначали, що біль посилювався при стисканні зубів, після прийому їжі або до вечора, що спонукало їх постійно шукати «правильне» положення НЩ.

В анамнезі ці пацієнти відзначали психо-емоційні напруги, стресові ситуації, стоматологічні маніпуляції, які призводили до оклюзійного дискомфорту, носіння накушувальних пластинок і кап, або шкідливу звичку висувати НЩ.

При об'єктивному обстеженні відзначалося збільшення обсягу відкривання рота (більше 45 мм), надмірний протрузійний рух нижньої щелепи для досягнення максимального контакту зубних рядів. «Розхитаність» обох суглобів, клацання в кінці відкривання і на початку закривання рота з одного або обох сторін.

Обстеження зубів і зубних рядів дозволило виявити найбільш характерні оклюзійні порушення у пацієнтів II групи, а саме: підвищене стирання бічних зубів на обох щелепах і верхніх фронтальних зубах, протрузійно спрямовуючі НЩ пломби, коронки, незнімні протези, зуби, які висувуються в бік відсутнього антагоніста. У пацієнтів з підвищеним стиранням зубів змін в пародонті не відзначалося, зуби були стійкі. При денто-альвеолярному висуненні останніх верхніх молярів відзначалося їх рухливість і майданчики стирання зубів на мезіальних поверхнях. Обстеження прикусів у пацієнтів II групи показало, що у 7 пацієнтів (58,33%) відзначався прямий прикус, а у 5 (41,67%) - прогенічний.

Скарги пацієнтів з дистальним зміщенням нижньої щелепи, які увійшли в

III групу (17 осіб), характеризувалися болем в проекції обох СНЩС різної інтенсивності, клацанням в обох суглобах на початку відкривання рота і в кінці закривання, зниженням слуху, шумом, відчуттям закладеності і «повзання мурашок» у вухах, обмеженням відкривання рота через посилення болю, постійними головними болями.

В анамнезі ці пацієнти відзначали психо-емоційні напруги, стресові ситуації. Часто захворюванню передували пломбування або реставрація передніх зубів, протезування фронтальної ділянки верхньої або нижньої щелепи незнімними або знімними протезами з оклюзійними контактами, що приводили до дискомфорту у фронтальній ділянці або втрати опори в бічних ділянках. Стрес і оклюзійні "незручності" в переважній більшості випадків передували клацанню, а клацання передувало болю в суглобі. Часом клацання з одного боку зникало і з'являвся біль, а біль з часом змінювався клацанням.

Провідними клінічними ознаками у пацієнтів III групи були зниження висоти нижньої третини обличчя, дистальне зміщення НЩ, обмеження відкривання рота (до 30 мм), клацання на початку відкривання і в кінці закривання рота (одно- та двостороннє). Носо-губні борозни і підборідна складка були виражені. Нижня губа у всіх пацієнтів була суха і вивернута назовні. Обстеження зубних рядів у пацієнтів III групи показало, що у 7 з них був повний зубний ряд (41,18%), у 6 пацієнтів (35,29%) фіксувалися дефекти зубного ряду нижньої щелепи (у 4 чол. - 3 клас і у 2 чол. - 1 клас по Кеннеді), у 4 пацієнтів (23,53%) визначалися дефекти зубного ряду нижньої і верхньої щелеп (у 2 чол. - 2 клас і у 2 чол. - 3 клас по Кеннеді).

Результати, отримані при обстеженні, показали, що тривалість захворювання при зверненні пацієнтів була від 3 місяців до 5 років і більше, що склало 68 осіб (73,12%) від числа обстежених пацієнтів з дисфункцією СНЩС.

Аномалії прикусу були виявлені у 42 хворих (45,16%). Фізіологічні прикуси були діагностовано у 51 пацієнта (54,84%).

При клінічному обстеженні, а далі при проведенні аналізу моделей щелеп були виявлені дефекти зубного ряду у 50 пацієнтів (53,76%), у 3 пацієнтів (3,23%) були беззубі щелепи, а у 40 пацієнтів (43%) визначався повний зубний ряд.

При подальшому аналізі нами встановлено, що у 29 пацієнтів (51,77%) мали місце дефекти зубних рядів малої протяжності. Кількість хворих з дефектами середньої протяжності склала 16 осіб (28,57%). Дефекти великої протяжності зустрічалися у 11-і пацієнтів (19,64%).

Таким чином, за нашими даними, у пацієнтів з дисфункцією СНЩС переважали малі включені дефекти зубних рядів. Виходячи з цього, можна припустити, що навіть невеликі за протяжністю дефекти викликали деформації в зубних рядах і грали важливу роль в розвитку захворювання. Це підтверджує

той факт, що у 50 пацієнтів (53,76%) з включеними дефектами розвивалося звичне одностороннє жування на стороні, протилежній дефекту, як компенсаторна реакція на погіршення подрібнення їжі.

Деформації зубних рядів у вигляді нахилу зубів в сторону дефекту і висунення зубів-антагоністів були виявлені у 31 пацієнта (34,4%).

При проведенні пальпації жувальних м'язів відзначалася болючість у 97,85% пацієнтів, у 2,15% - больових відчуттів не було. Слід зазначити, що жувальні м'язи залучалися до патологічного процесу з різною частотою. Найбільш часто при мануальному обстеженні був болючим власне жувальний м'яз - 83,87%. Біль при пальпації латерального крилоподібного м'яза спостерігалася у 73,3% осіб, медіального крилоподібного м'яза - у 60,22%. Скроневий м'яз був болючий при пальпації лише у 13,97% хворих. Крім того, у більшості пацієнтів болючість при пальпації відзначалася відразу в декількох жувальних м'язах. Найбільш часто одночасно вражалися власне жувальний, латеральний і медіальний крилоподібні м'язи.

При пальпаторному обстеженні у 68,3% пацієнтів в жувальних м'язах були виявлені ТТ у вигляді болючих ущільнень. Найчастіше вони локалізувалися у власне жувальному м'язі – у 92,7%, у латеральному крилоподібному - у 17,1%, у медіальному крилоподібному - у 9,8%, у скроневому - лише у 4,9%. Було встановлено, що у 24,4% хворих ТТ одночасно локалізувалися в декількох м'язах.

У той же час болючість при пальпації в ділянці головки СНЩС спостерігалася тільки у 63,44% випадків.

Ми вважаємо, що при деформації зубних рядів, суперконтакти, що виникають, ще більше посилюють цей процес в силу створення перепон для плавного і безперешкодного ковзання НЩ. Робота жувальних м'язів в даному випадку програмується так, щоб уникнути оклюзійних перешкод в нових умовах. У подібній ситуації одні м'язи напружуються від надмірного функціонального навантаження, активність інших падає. Створюються умови для розвитку дисфункції СНЩС. Тому ми вважаємо, що в патогенезі БСД СНЩС важливу роль мають не стільки аномалії прикусу, скільки утворені дефекти і деформації зубних рядів.

Ми встановили, що у більшості хворих (79,57%) при рентгенологічному обстеженні контури суглобових поверхонь були рівними і чіткими. Патологічних змін в кісткових структурах суглоба не спостерігалася. Проте, у 19 пацієнтів (20,43%), тривалість захворювання у яких склала від 3 до 5 років і більше, були виявлені структурні порушення елементів СНЩС.

При проведенні зонографії, 2D або 3D комп'ютерної томографії з відкритим і закритим ротом, у 73 пацієнтів (78,49%) визначалася нормальна ступінь рухливості головок НЩ. Гіпермобільність у вигляді підвивиху

суглобової головки спостерігалася у 11 осіб (11,83%). Одностороннє обмеження руху СГ НЩ було виявлено у 9 пацієнтів (9,68%).

При проведенні МР-томографії визначалися зміщення СД в тому чи іншому напрямку, але вираженої залежності між оклюзійними порушеннями і типом зсуву СД встановити не вдалося, скоріше можна говорити про тенденції. Можна зробити висновок про існування залежності між зміщенням СД СНЩС і головки нижньої щелепи, але не отримати відповіді про частоту виникнення зсувів НЩ при максимальному оклюзійному контакті у випадках зміщення СД. При наявності зміщення СД також необхідно враховувати і напрям переміщення СГ НЩ при максимальному контакті зубів.

В результаті узагальнення даних променевих методів обстеження нами було отримано обґрунтування для розподілу хворих по групам згідно з даними клінічного аналізу оклюзійних суперконтактів, що призводять до зміщення щелеп.

В результаті проведених досліджень нами встановлено, що провідними клінічними ознаками у пацієнтів I групи були зсув НЩ в одну зі сторін, порушення косметичного центру, девіація НЩ на ранніх термінах захворювання і дефлексія при тривалому порушенні функції СНЩС, клацання в суглобі під час жування. При аналізі моделей щелеп виявлялися як латеральноспрямовуючі суперконтакти в центральній оклюзії, так і гіпербалансуючі контакти. Променеві методи діагностики надавали зменшення в розмірах задньо-верхніх і верхніх відділів суглобової щілини на стороні зміщення НЩ. МРТ-обстеження показували ретрузійне зміщення суглобової головки і протрузійне зміщення СД, ураження зв'язок біламінарної зони, деформації СД у вигляді стиснення або перегину.

Провідними клінічними ознаками у пацієнтів II групи були зсув НЩ в мезіальному напрямку для досягнення максимального оклюзійного контакту. При аналізі моделей щелеп виявлялися мезіальноспрямовуючі суперконтакти в центральній оклюзії. Променеві методи діагностики показували зменшення передньо-верхніх відділів суглобової щілини симетрично по обидва боки. МРТ-обстеження виявило протрузійне зміщення СГ і ретрузійне зміщення СД, розтягнення зв'язок біламінарної зони, а іноді деформації СД у вигляді стиснення або перегину.

Провідними клінічними ознаками у пацієнтів III групи були зниження висоти нижньої третини обличчя, клацання в суглобі на початку відкривання і в кінці закривання рота (одно- і двостороннє). Носо-губні борозни були згладжені, а підборідна складка виражена. При аналізі моделей щелеп виявили дистальноспрямовуючі суперконтакти на фронтальних зубах або порушення дистальної опори. Променеві методи діагностики показували зменшення суглобової щілини в задньо-верхньому і верхньому відділі. МРТ-обстеження

виявило протрузійне зміщення СД, ураження зв'язок біламінарної зони, а іноді деформації суглобового диска.

Підводячи підсумки результатів обстеження, слід зазначити, що клінічна картина і перебіг захворювання у пацієнтів обстежуваних груп мають принципові відмінності. Больовий симптом в СНЩС найбільш виражений в I групі, а в II - мав найменшу інтенсивність. Час виникнення клацання також відрізнявся в групах обстеження. Топографія дефектів зубних рядів і суперконтактів так само мали свої відмінності. Але тільки в комплексі з додатковими (лабораторними, функціональними і, в першу чергу, променевими) методами обстеження і МРТ ми мали можливість встановити точний діагноз, причину виникнення захворювання і призначити адекватне лікування.

Після комплексного обстеження 93 пацієнтів, які страждали на дисфункціональні порушення СНЩС оклюзійного генезу, 12 були направлені на ортодонтичне лікування, а 16 пацієнтів з різних причин від лікування відмовилися. До наукової розробки увійшло 65 осіб.

Лікування 44-х пацієнтів I групи залежало від причин латерального зміщення нижньої щелепи. Кількість пацієнтів даної групи склала 67,69% від усього числа пацієнтів, які проходили лікування. Особливістю лікування було використання центруючих шин, що обумовлено латеральним зміщенням НЩ.

Лікування 10-ти пацієнтів II групи залежало від причин мезіального зміщення НЩ. Кількість пацієнтів II групи склала 15,38% від числа пацієнтів, які проходили лікування. Особливістю лікування пацієнтів цієї групи було те, що больовий симптом у них мав найменшу вираженість. Це і зумовило мінімальне застосування фармакологічних препаратів, а лікування і реабілітація проходили в короткі терміни і без ускладнень.

Лікування 11 пацієнтів III групи проводилося відповідно до загального плану лікування і залежало від причин дистального зміщення НЩ. Слід зазначити, що кількість пацієнтів III групи склала 16,93% від числа пацієнтів, які проходили лікування. Особливістю лікування було використання репозиційних, в даній ситуації протрузійних шин, що обумовлено дистальним зміщенням НЩ. Складністю при лікуванні пацієнтів цієї групи було не переміщення НЩ, а вироблення її стійкого терапевтично правильного положення, що і зумовило тривалі терміни реабілітації.

Для лікування пацієнтів з дисфункціональними станами жувального апарату оклюзійного генезу використовувалася медикаментозна терапія, а після усунення больового симптому проводили відновлення правильних взаємин елементів суглоба за допомогою шино-терапії, вибіркового пришліфовування зубів, а при необхідності - раціонального протезування. Контроль результатів лікування проводився через місяць, 6 місяців і 1 рік, а його ефективність оцінювали через 3 роки після закінчення лікування за такими критеріями:

одужання, поліпшення, без змін.

Застосування назубних шин, на нашу думку, знижує рецепторну сигналізацію від зони травматичного вузла, що і викликає терапевтичний ефект від шино-терапії.

Ми вважаємо, що оклюзійна шина виконує одночасно терапевтичну та діагностичну функції, з її допомогою можна тимчасово змінити оклюзійні взаємини без втручання на оклюзійних поверхнях зубів, і таким чином почати процес лікування захворювання, а в разі відсутності ефекту припускати наявність патології з боку оториноларингології, стоматоневрології або психіатрії.

Тривалість терапії, на нашу думку, залежить від купірування клінічних симптомів і в середньому становила 4-6 місяців, а корекція оклюзійної шини проводилася відразу після її накладення в порожнині рота, потім через 3-4 дні, через тиждень, а далі – через 2 тижні.

Застосування нами лікувально-діагностичного роз'єднання щелеп протягом 10-15 хв викликало ослаблення симптомів з боку м'язів, що дозволяло нам робити висновок про те, що оклюзійні порушення в даному конкретному випадку грають чільну роль. У випадках, коли порушення оклюзії були основним патогенетичним фактором, корекція оклюзії зменшувала нефункціональну діяльність. У випадках, коли таким фактором був стрес, нефункціональна діяльність зберігалася, незважаючи на виправлення оклюзії.

Після проведених заходів і при наявності у пацієнтів дефектів зубних рядів ми вживали заходів щодо закріплення прикусу і підтримки щелеп в анатомічно правильному верхньо-нижньощелепному співвідношенні за допомогою оклюзійної корекції.

Аналіз отриманих найближчих і віддалених результатів застосованих нами методів комплексного лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС показав їх фізіологічність і високу ефективність, а поліпшення стану пацієнтів в процесі лікування пояснюється впливом на ланки патогенезу дисфункції СНЩС.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено вирішення актуального завдання сучасної ортопедичної стоматології - визначення ролі оклюзійних порушень в розвитку дисфункції СНЩС, особливостей її діагностики та лікування. Запропонований комплексний підхід дозволяє підвищити ефективність лікувальних заходів у даній категорії хворих з урахуванням причинно-наслідкових механізмів, мінімізувати витрати пацієнтів.

1. Одним з провідних детермінуючих факторів розвитку дисфункції СНЩС оклюзійного генезу є зміна міжоклюзійного простору за рахунок формування направляючих суперконтактів як при змиканні зубів, так і при визначених ними рухах нижньої щелепи.

2. Алгоритм діагностики дисфункції СНЩС оклюзійного генезу доповнений спеціальними методиками: обстеження діагностичних моделей з встановленням характеру суперконтактів, функціональними обстеженнями жувальних м'язів з урахуванням результатів ОПТГ, КТ та (або) МРТ СНЩС, що в комплексі дозволяє скласти план лікування пацієнтів і здійснити контроль його результатів.

3. Для дисфункції СНЩС оклюзійного генезу основними клінічними ознаками є: зміщення нижньої щелепи, детерміноване направляючими суперконтактами при максимальному змиканні зубів (100%), наявність суперконтактів (100%), болючість в жувальних м'язах (97,85%), звукові прояви в суглобі (80,65%), порушення цілісності зубних рядів (62,36%), біль в області скронево-нижньощелепного суглоба (60,6%), наявність тригерних точок в жувальних м'язах (54,84%), патологія прикусу (52, 69%).

4. За даними спеціальних методів обстежень у пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу необхідно розрізняти наступні типи міжгорткових суперконтактів: латеральноспрямовуючі, мезіальноспрямовуючі і дистальноспрямовуючі, які, відповідно, у 68,8% випадків призводять до латерального зміщення НЩ, до мезіального - у 12,9%, до дистального - у 18,2%.

5. Удосконалений комплекс діагностичних і лікувальних заходів у пацієнтів з дисфункцією СНЩС оклюзійного генезу дозволяє поліпшити результативність лікування за рахунок усунення патогенетичних механізмів причинно-наслідкового розвитку захворювання. Аналіз віддалених результатів показав високу ефективність лікування (одужання визначено у 87,1%, поліпшення - у 9,7%, стан без змін - у 3,2%). Клінічні випадки без поліпшення стану пояснюються некоректним виконанням лікарських призначень, порушенням режиму використання оклюзійних шин.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проведення комплексу діагностичних заходів має строго відповідати протоколу і проводитися в повному обсязі, достатньому для встановлення клінічного діагнозу.

2. Найбільш інформативним з додаткових методів обстеження є МР-томографія, що дозволяє оцінити стан не тільки кісткових і сполучнотканинних компонентів СНЩС, але і м'якотканинних структур.

3. Рентгенівські і ультразвукові методи обстеження слід застосовувати для уточнення топографо-анатомічних взаємозв'язків компонентів СНЩС.

4. Протетичні заходи в комплексі з іншими методами лікування є основним етіопатогенетичним методом при усуненні дисфункції СНЩС оклюзійного генезу, який дозволяє досягти нормалізації жувального тиску, як за напрямком, так і за величиною, відновлення скоординованої функції жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба.

5. Ортопедичне лікування повинно включати в себе два основні методи корекції оклюзійних контактів:

- у пацієнтів із втратою твердих тканин зубів, що призводить до зниження міжоклюзійної висоти і не залежить від напрямку зсуву нижньої щелепи, функціональна реконструкція оклюзійних взаємин повинна проводитися шляхом застосування терапевтичного, ортопедичного і (або) ортодонтичного лікування, яке призводить до нормалізації роботи жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба.

- пацієнтів, які не мають зменшення твердих тканин зубів і з цілісними зубними рядами, нормалізацію роботи жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба слід проводити шляхом застосування оклюзійних шин, які дозволяють досягти функціональної реконструкції оклюзійних взаємозв'язків.

6. Перевагу слід віддавати шинам, виготовленим з жорсткої пластмаси, які мають виражені переваги в порівнянні з м'якими оклюзійними шинами (трейнерами), так як вони легко реставруються і трансформуються в інші види оклюзійних шин.

7. При лікуванні пацієнтів з латеральним зміщенням нижньої щелепи показані міорелаксаційні шини, зокрема репозиційно-дистракційні, які в процесі лікування можуть виконувати і стабілізуючу функцію. Роз'єднуючі шини слід застосовувати пацієнтам з мезіально направляючими суперконтактами при зниженні міжоклюзійної висоти, пацієнтам з дистальним зміщенням нижньої щелепи показані репозиційно-протрузійні шини.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Мирза А.И. Дисфункциональные состояния, обусловленные дистальным смещением нижней челюсти / А.И. Мирза, А.В. Штефан, Р.А. Мирза // Современная стоматология. – 2007. – № 2 (38). – С. 126-130. *(Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження, описано та проаналізовано результати).*
2. Мирза А.И. Дисфункциональные состояния жевательного аппарата, обусловленные смещением нижней челюсти по трансверзали / А.И. Мирза, Е.Ю. Мозолюк, А.В. Штефан // Современная стоматология. – 2007. – № 4 (40). – С.139-144. *(Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження, описано та проаналізовано результати).*
3. Мирза А.И. Этиология и патогенез дисфункциональных состояний нижней челюсти и жевательных мышц (Обзор литературы) / А.И. Мирза, Е.Ю.Мозолюк, А.В. Штефан // Современная стоматология. – 2009. – № 1 (45). – С. 102-106. *(Особистий внесок – автором проведено відбір літератури та написання тексту статті).*

4. Борисова И.В. Методологические подходы при планировании и реконструкции окклюзионных соотношений зубов и зубных рядов / И.В. Борисова, А.В. Штефан // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2013. – Вип. 40. – С.445-453. (*Особистий внесок – автором проведено пошук літератури та написання тексту статті*).
5. Новиков В.М. Диагностика патологии височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза / В.М. Новиков, А.В. Штефан // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Вип. 2, Т. 2 (108). – С.49-55. (*Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС, проаналізовано результати та написана стаття*).
6. Новиков В.М. Лечение пациентов с патологией височно–нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза / В.М. Новиков, А.В. Штефан // Український медичний альманах. – 2014. – № 2. – Т. 17. – С.66-69. (*Особистий внесок – автором проведено клінічне обстеження та лікування пацієнтів, описано результати*).
7. Shtefan A.V. Examination of dentitions in patients with pathology of the temporomandibular joint occlusal genesis / A.V. Shtefan, Tsao Tszun Nan, V.M. Novikov // Austrian Journal of Technical and Natural Sciences (Austrian, Vienna). – 2014. – №5-6 (May–June) – С.44-46. (*Особистий внесок – автором проведено відбір, обстеження та лікування пацієнтів, проаналізовано результати, написання статті*).
8. Новиков В.М. Результаты использования окклюзионных шин в структуре комплексного лечения мышечно-суставного компонента дисфункции ВНЧС / В.М. Новиков, И.В. Борисова, А.В. Штефан // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2015. – Вип. 43. – С.198-203. (*Особистий внесок – автором проведено клінічне обстеження пацієнтів, описано та проаналізовано результати шино–терапії в структурі комплексного лікування дисфункції СНЩС*).
9. Пат. №39903U UA, МПК А61С3/00. Спосіб профілактики ускладнень бруксизму / О.І. Мірза, І.В. Міхєєва, А.В. Штефан, О.В. Сірук. – №u200814824; заявл. 23.12.2008; опубл. 10.03.2009, Бюл. №8. (*Особистий внесок – автором проведено відбір та обстеження пацієнтів, описано та проаналізовано результати*).
10. Мірза О.І. Збільшення міжальвеолярної висоти, як провокуючий фактор синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу / О.І. Мірза, А.В. Штефан // Мат. III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України (16-18 жовтня 2008 р.). – Полтава, 2008. – С.412-413. (*Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів та їх моделей щелеп, результати описано в тексті тезисів*).
11. Мірза О.І. Суперконтакти, як провокуючий фактор синдрому больової

- дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу / О.І. Мірза, А.В. Штефан // Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку: тези доп. ювілейної міжнародної наук.-практ. конф. (5-6 лютого 2009 р.). – Івано–Франківськ, 2009. – С.130. (*Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів з синдромом больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу, результати описано в тексті тезисів*).
12. Мирза А.И. Геометрический анализ моделей челюстей как метод оценки межчелюстных взаимосвязей / А.И. Мирза, А.В. Штефан // Проблемы экологии та медицини: мат. конф. до 90 річчя ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». – Т. 15. – № 3-4 (додаток 1). – Полтава, 2011. – С.112. (*Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження пацієнтів та їх моделей щелеп, описано та проаналізовано результати*).
13. Циганок О.В. Зміни моторики язика у пацієнтів з неврологічною патологією на фоні оклюзійних порушень / О.В. Циганок, А.В. Штефан, В.М. Новіков // Актуальні питання науково-практичної стоматології: мат. V міжнародної стоматологічної конференції студентів та молодих вчених (26-27 лютого 2016 р.). – Ужгород, 2016. – С.221-223. (*Особистий внесок – автором проведено клініко-лабораторне обстеження оклюзійних контактів пацієнтів, описано результати*).

АНОТАЦІЯ

Штефан А.В. Обґрунтування етіопатогенетичного ортопедичного лікування м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, що обумовлена порушенням міжоклюзійних співвідношень зубних рядів. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – стоматологія. – Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, – Полтава, 2016.

Результати клінічних, лабораторних та функціональних досліджень дозволили встановити причини, що призводять до порушення міжоклюзійного простору та встановлено їх вплив на виникнення дисфункції СНЩС оклюзійного генезу. Запропонований комплекс загальноклінічних та спеціальних методів обстеження є простим, доступним і ефективним для діагностики функціональних порушень жувальної системи в цілому, що суттєво впливає на якість лікування, а карта обстеження пацієнтів з дисфункцією СНЩС дозволяє вдосконалити та уніфікувати діагностичний процес, систематизувати план лікувальних заходів.

Спираючись на результати загальноклінічних та спеціальних методів

обстеження хворих, для практичної медицини запропонований патогенетично обґрунтований алгоритм комплексного лікування пацієнтів з дисфункцією СНЩС, який надає можливість скоротити термін лікування та підвищити його ефективність.

Висвітлені проблеми протетичних заходів та шино-терапії в комплексі з іншими методами лікування, які є основними етіопатогенетичними методами при усуненні дисфункції СНЩС оклюзійного генезу, що дозволяє досягти нормалізації жувального тиску, як за напрямком, так і за величиною, відновлення скоординованої функції жувальних м'язів та скронево-нижньощелепного суглоба. Впровадження результатів роботи в практичну медицину економить час лікаря на етапі діагностики, дозволяє обґрунтувати необхідність проведення додаткових обстежень та консультацій спеціалістів суміжних дисциплін.

Ключові слова: дисфункція СНЩС, порушення оклюзії, корекція та нормалізація оклюзії, оклюзійні контакти, оклюзійні шини, ортопедичні конструкції, скронево-нижньощелепний суглоб, діагностика, лікування.

АННОТАЦІЯ

Штефан А.В. Обоснование этиопатогенетического ортопедического лечения мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной нарушением межокклюзионных соотношений зубных рядов. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – стоматология. – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» МЗ Украины. – Полтава, 2016.

Диссертационная работа посвящена медицинской проблеме диагностики и лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) окклюзионного генеза с позиции уточнения новых звеньев патогенеза методом коррекции окклюзии, путём нормализации окклюзии и ВНЧС.

По результатам обследований выявлены причины, приводящие к нарушению межокклюзионного пространства, и установлено их влияние на возникновение дисфункции ВНЧС окклюзионного генеза. Предложенный комплекс общеклинических и специальных методов обследования является простым, доступным и эффективным для диагностики функциональных нарушений жевательной системы в целом, что существенно влияет на качество лечения, а карта обследования пациентов с дисфункцией ВНЧС позволяет усовершенствовать и унифицировать диагностический процесс, систематизировать план лечебных мероприятий. Дана оценка основным клиническим проявлениям дисфункции ВНЧС окклюзионного генеза,

обусловленной нарушением межокклюзионных соотношений зубных рядов. Изучены особенности окклюзионных контактов зубов и зубных рядов у лиц с дисфункцией ВНЧС и его состояние в динамике ортопедического лечения.

На основании результатов общеклинических и специальных методов обследования больных для практического здравоохранения предложен патогенетически обоснованный алгоритм комплексного лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС, который позволяет сократить сроки лечения и повысить его эффективность.

Представлена характеристика эффективности применения окклюзионных шин при дисфункции ВНЧС окклюзионного генеза, что значительно облегчает выбор врачом необходимой ортопедической конструкции.

Освещены проблемы протетических мероприятий в комплексе с другими методами лечения, которые являются основными этиопатогенетическими методами при устранении дисфункции ВНЧС окклюзионного генеза, что позволяет достичь нормализации жевательного давления, как по направлению, так и по величине, восстановления скоординированной функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Внедрение результатов работы в практическое здравоохранение экономит время врача на этапе диагностики, позволяет обосновать необходимость проведения дополнительных обследований и консультаций специалистов смежных дисциплин.

Ключевые слова: дисфункция ВНЧС, нарушения окклюзии, коррекция и нормализация окклюзии, окклюзионные контакты, окклюзионные шины, ортопедические конструкции, височно-нижнечелюстной сустав, диагностика, лечение.

SUMMARY

Shtefan A.V. The rationale of the etiopathogenetical orthopedic treatment of joint and muscle dysfunction of the temporomandibular joint (TMJ), associated with the interference of interocclusal relationship of dental arches. – Manuscript.

Thesis for PhD degree in specialty 14.01.22 – Dentistry. – Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy” of the Ministry of Public Health of Ukraine. – Poltava, 2016.

The results of clinical, laboratory and functional studies revealed the causes that lead to interference of interocclusal space and determined their influence on the occurrence of TMJ dysfunction which originates from occlusion. The suggested complex of general clinical and special examination methods is simple, affordable and effective for the diagnosis of functional disorders of the masticatory system as a whole, which significantly affects the quality of care, and the examination chart for patients with TMJ dysfunction allows to improve and standardize the diagnostic

process, and organize a plan of remedial measures. Based on the results of general clinical and special methods of patient examination, the pathogenetically justified algorithm of complex treatment of patients with TMJ dysfunction, which allows to shorten the treatment period and increase its effectiveness, was proposed for practical medicine. The author highlighted the issues of prosthetic measures and splint therapy in combination with other treatment measures, which are the basic etiopathogenetical methods for the treatment of TMJ dysfunction originating from occlusion, which allow to achieve the masticatory force normalization, both in direction and amount, and restoration of coordinated masticatory muscle and TMJ function.

The implementation of the results of this work into practical medicine saves the doctor`s time during diagnostics, allows to justify the need for additional examinations and consultations of specialists of related disciplines.

Keywords: TMJ dysfunction, occlusion interference, correction and normalization of the occlusion, occlusal contacts, occlusive splints, orthopedic constructions, temporomandibular joint, diagnostics, treatment.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

Абс.	– абсолютна величина
Амб. карта	– амбулаторна карта
БСД СНЩС	– больовий симптом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба
СМ	– скроневий м'яз
СНЩС	– скронево-нижньощелепний суглоб
ВЩ	– верхня щелепа
ЗЩС	– зубощелепна система
КТ	– комп'ютерна томографія
ЛКМ	– латеральний крилоподібний м'яз
МКМ	– медіальний крилоподібний м'яз
НЩ	– нижня щелепа
ОПТГ	– ортопантомограма
ВЖЕ	– втрата жувальної ефективності
СГ	– суглобова голівка
СД	– суглобовий диск
ВЖМ	– власне жувальний м'яз
ЗД	– тривимірне зображення
ТТ	– тригерні точки