



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20386 (13) U

(51) МПК (2006)

A61C 13/007

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИХ СТАНІВ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОГО КОМПЛЕКСУ ЗУБЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u200608769

(22) 07.08.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. №1, 2007р.

(72) Неспрядько Валерій Петрович, Клітинський Юрій Віталійович, Проценко Андрій Миколайович
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб лікування дисфункціональних станів м'язово-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки, що включає відновлення оклюзійної поверхні на постійних суцільнолитих конс-

трукціях, який **відрізняється** тим, що додатково використовують тимчасові конструкції як лікувальні апарати із етапним вибіркоким пришліфовуванням та домоделюванням ділянок оклюзійної поверхні, визначають центральне співвідношення щелеп та його оклюзійний аналог - задню контактну позицію, оклюзійні фактори (різцевий та ікловий шляхи, групову та направляючу функції тощо), переносять оклюзійну інформацію з тимчасових на постійні конструкції та фіксують їх у порожнині рота пацієнта.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до ортопедичної стоматології, і стосується лікування дисфункціональних станів м'язово-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки.

Порушення функціональної оклюзії зубних рядів, за результатами досліджень [1-6], зустрічаються у 70-80% населення і супроводжуються клінічними проявами симптомокомплексу дисфункціональних порушень м'язово-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки. Такі клінічні ситуації передбачають застосування реконструктивного протезування, коли є потреба встановити та відновити центральне співвідношення щелеп та його оклюзійний аналог і вимагають етапного лікування та реабілітації пацієнтів. Протягом останнього десятиріччя значно збільшилася кількість досліджень, присвячених лікуванню таких патологічних станів [7-11], але їх низька терапевтична ефективність обумовлена швидким та стрімким відновленням оклюзійних співвідношень та інших оклюзійних факторів, що не надає можливості адаптації та реорганізації рефлексорної функції м'язово-суглобового комплексу. Уже проблема підвищення ефективності лікування дисфункціональних станів м'язово-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки є актуальною і потребує нагального вирішення шляхом розробки нових способів лікування.

Серед розмаїття відомих способів лікування пацієнтів з функціональними розладами м'язово-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки, що виникають внаслідок деформації оклюзійної площини нашу увагу привертають такі, що спроможні патогенетично вплинути на процеси формування симптомокомплексу м'язово-суглобової дисфункції, у тому числі ініціацію первинних функціональних, а далі й морфологічних змін у системі м'язискронево-нижнещелепні суглоби.

Найбільш близький за технологічним рішенням є спосіб відновлення висоти прикусу з індивідуальним формуванням рельєфу оклюзійної поверхні, обраний нами в якості найближчого аналога, який передбачає збереження наявних факторів оклюзії за допомогою суцільнолитих конструкцій зубних протезів з облицюванням керамікою чи композиційними матеріалами [12].

Між тим, наведений спосіб лікування має ряд недоліків, зокрема, він не дозволяє уникнути помилок при постійному протезуванні і позбутися симптомів м'язово-суглобових розладів, адже не забезпечує поступового формування нової рефлексорної функції та унеможливорює необхідне етапне формування нового різцевого шляху, іклового захисту та фронтальної і групової направляючих функцій шляхом вибіркового пришліфовування та домоделювання ділянок оклюзійної поверхні, ці маніпуляції на постійній конструкції можуть приве-

(13) U

(11) 20386

(19) UA

сти до сколів облицювального матеріалу (зокрема кераміки) від багаторазових пришліфувальних та додаткових обжигів.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає в оптимізації умов для підвищення ефективності лікування та реабілітації пацієнтів з функціональними розладами м'язево-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки та досягнення більш стійкого результату в коротші терміни лікування.

Технічний результат від використання корисної моделі досягається за рахунок застосування тимчасових конструкцій зубних протезів із етапним виназначенням факторів оклюзії та відновленням центрального співвідношення щелеп та його оклюзійного аналогу задньої контактної позиції шляхом вибіркового пришліфувальних та домодельовання окремих ділянок оклюзійної поверхні.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який передбачає відновлення оклюзійної поверхні на постійних суцільнолитих конструкціях, згідно корисної моделі, додатково використовують тимчасові конструкції в якості лікувальних апаратів із етапним вибірково пришліфувальних та домодельованням ділянок оклюзійної поверхні, визначають центральне співвідношення щелеп та його оклюзійний аналог - задню контактну позицію, оклюзійні фактори (різцевий та ікловий шляхи, групову та направляючу функції тощо), переносять оклюзійну інформацію з тимчасових на постійні конструкції та фіксують їх в порожнині рота пацієнта.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є використання тимчасових незнімних конструкцій для етапного визначення усіх факторів оклюзії та центрального співвідношення щелеп і переносі досягнутого результату на постійні суцільнолиті конструкції.

Запропонований спосіб лікування дисфункціональних станів м'язево-суглобового комплексу зубощелепно-лицьової ділянки здійснюється наступним чином. Пацієнтам після попередньої обробки зубів під постійні суцільнолиті конструкції виготовлюються тимчасові конструкції під контролем комп'ютерної томограми скронево-нижньощелепного суглобу (положення головки відносно скату суглобового горбка), визначають фіксовану висоту прикусу та центральне співвідношення щелеп, його оклюзійний аналог - задню контактну позицію та шляхом вибіркового пришліфувальних, а в деяких випадках - домодельовання окремих ділянок оклюзійної поверхні визначають усі фактори оклюзії, при досягненні терапевтичного ефекту (поступовому зникненні симптомів м'язево-суглобових розладів) оклюзійну інформацію переносять на постійну конструкцію на етапі моделювання її оклюзійної поверхні і конструкцію фіксують в порожнині рота пацієнта.

Ефективність запропонованого способу оцінювалася за клініко-функціональними рентгенологічними показниками: клінічним зникненням симптомів м'язево-суглобових розладів, відновленням параметрів біоелектричної активності жувальних м'язів, збільшенням площі контакт-

ної поверхні, нормалізацією артикуляції нижньої щелепи, фіксацією суглобової головки біля основи скату суглобового горбка, ідентичністю суглобових щілин в обох скронево-нижньощелепних суглобах (за даними рентгенологічного дослідження).

Конкретний приклад втілення.

Хворий Б., 37 років, історія хвороби №4312, звернувся з приводу постійного болю в області правого скронево-нижньощелепного суглобу, який підсилюється під час прийому їжі, і радіє у потиличну, вушну та задньо-шийну ділянки, шум у вухах, обмеженість рухів нижньої щелепи (до 1 см). Появу скарг визначає після множинного постійного протезування протягом та прямих реставрацій із збільшенням висоти прикусу протягом останніх 5 років. Об'єктивно: бракує оклюзії між контактами в області премоларів та моларів зліва, відкривання рота до 1 см, асиметрично зі зміщенням щелепи праворуч, пальпація суглобової головки помірно болісна, при пальпації жувальних м'язів визначається підвищений їх тонус та помірна болісність. На верхній нижній щелепах множинні дефекти в невеликій протяжності (до 2 зубів), заміщені постійними металокерамічними конструкціями.

Спостерігаються сколи керамічного облицювального матеріалу на оклюзії між поверхнями. Попередній діагноз - дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу та м'язів. Для уточнення діагнозу проведено рентгенологічне дослідження (комп'ютерна томограма суглобів), визначення площі оклюзійного контакту методом оклюзіографії, проведено електронний запис рухів нижньої щелепи (за допомогою апарату Condylotomp), запис біоелектричної активності м'язів (електроміографія). Клінічний діагноз - дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу та м'язів, зниження висоти прикусу, деформація цілісності зубного ряду (II група дефектів зубного ряду за Бетельманом).

Пацієнту було знято всі постійні конструкції, були виготовлені тимчасові незнімні конструкції, за допомогою заміщено дефекти зубних рядів та під контролем комп'ютерної томограми суглобів шляхом вибіркового пришліфувальних визначено нову висоту прикусу та центральне співвідношення щелеп і його оклюзійний аналог - задню контактну позицію та інші фактори оклюзії. Спостереження пацієнта відбувалося протягом 6 місяців (відвідування 1 раз на 10 днів), у кожне відвідування проводили етапну корекцію (вибірково пришліфувальних або домодельовання певних ділянок оклюзійних поверхонь). Після 4 тижнів користування тимчасовими конструкціями було досягнуто зменшення скарг пацієнта та об'єктивне (за даними допоміжних клініко-функціональних методів дослідження) покращення функціонального стану м'язево-суглобового комплексу. Після досягнення стійкого терапевтичного ефекту і повному зникненні симптомів патологічного стану пацієнту було виготовлено постійні металокерамічні конструкції з ідентичною тимчасовим конструкціям оклюзійною поверхнею. Повторні спостереження пацієнта через 3, 6 місяців та 1 рік свідчать про його повне одужання та функціональну придатність виготовлених конструкцій.

Список літератури:

1. Арутюнов С.Д., Вязьмин А.Я. Восстановление окклюзионной поверхности зубов и зубных рядов с применением новых технологий и современных конструкционных материалов \ Бюллетень Вост-Сиб. научного центра СО РАМН. - 1998. - №1. - С.66-67.
2. Баданин В.В. Нарушение окклюзии - основной этиологический фактор в возникновении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава// Стоматология.- 2000.- №1.- С.51-54.
3. Гросс М.Д., Метьюс Дж.Д., Нормализация окклюзии. Пер. с англ. М.: Медицина. 1986.- 287с.
4. Лебедеко И.Ю., Ибрагимов Т.И., Ряховский А.Н. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. - 128с.: ил.
5. Майкл Уайз. Ошибки протезирования. Лечение пациентов с несостоятельностью реставраций зубного ряда // М.: «Азбука», 2005, с.408.
6. Новіков В.М. Реабілітація хворих з дисфункційними порушеннями скронево-нижньощелепного суглоба залежно від обраного методу ортопедичного лікування Автореф. дис... канд.. мед. наук.: 14.01.22 / Укр. Мед. стомат. Академія. - Полтава, 1994. - 27с.
7. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. Нижний Новгород, Из-во НГМА, 1996. - С.272.
8. Хватова В.А. Принципы моделирования воском окклюзионной поверхности / Зубной техник. - 1998. - №1. - С.6-7.
9. Хватова В.А. Взаимосвязь окклюзии и височно-нижнечелюстного сустава// Ортодент-инфо. - 1998. - №2. - С. 18-21.
10. Wood D.P. Reproducibility of the centric relation bite registration technique // Angle Orthod. - 1994. - 64. - S.211-217.
11. Kluge A.M. Orale Parafunktionen - Diagnostik und therapeutische Interventionen // Team.-J. - Berlin: Quintessenz - 2000. - Bd 30. - S.577-586.
12. Деклараційний патент України №34601 Бюлетень "Промислова власність", 2001, №2. - С.1.24.