



СПОСІБ ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОКЛЮЗІЙНО – АРТИКУЛЯЦІЙНУ ДИСФУНКЦІЮ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ПРИ ІНТАКТНОМУ ЗУБНОМУ РЯДІ У ВІЦІ ДО 40 РОКІВ

Ірина Дюдіна, Ігор Янішен, Вячеслав Томілін

Харківський національний медичний університет, Кафедра ортопедичної стоматології

© 2025 _ Місто-герой України, Харків

Вступ

- ▶ Проблеми, пов'язані з розладами роботи скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) стали дуже поширеними в сучасному житті по всьому світу. За даними літератури, частота внутрішньо-суглобових або поза-суглобових розладів СНЩС серед пацієнтів коливається в середньому **від 21% до 77%** (Girouard P., Stark P., Sutter B. Treatment of Temporomandibular Joint Disorders with an Oral Orthotic Provides Postural Stabilization: A Retrospective Cohort Analysis. Adv Dent Tech. Published online December 28, 2020:63–72).
- ▶ Багато лікарів та вчених з різних країн активно займаються вирішенням проблем, пов'язаних із дисфункцією СНЩС. **Етіологічні чинники та клінічна картина дисфункції СНЩС є дуже різноманітними**, тому на даний час не існує єдиного підходу до її лікування. Найбільш поширеною причиною розладів у пацієнтів є **оклюзійно-артуляційні порушення** оклюзійної поверхні та зміни висоти прикусу.

Вступ

3

- ▶ Запропоновано чимало методів лікування даної патології суглоба, але найбільш популярним є метод використання **оклюзійних шин**. Існують різні типи шин:
- ▶ **1. Пермісивні** (permissive, англ. - дозвільні). Принцип дії полягає в тому, що при зміні оклюзії зуби більше не заважають правильному розміщенню суглобових голівок у суглобовій ямці; таким чином також можна контролювати м'язову активність (Bali SK, Naqash TA, Rajput G. Occlusal Splint Therapy : An Overview. Univ J Dent Sci. 2015;1(1):82-84).
- ▶ Найпоширенішою дозвільною шиною є шина **Michigan** з повним контактом, яка зазвичай розташовується на верхній щелепі, але за певних обставин (за фонетичних та естетичних причин) може бути розміщена на нижній щелепі (Alqutaibi AY, Aboalrejal AN. Types of Occlusal Splint in Management of Temporomandibular. J Arthritis. 2015;4(4):176.).



- ▶ 2. Інша група оклюзійних шин – передньо-репозиційні спрямовувальні шини, які призначені для розташування суглобових голівок у передньому положенні під час змикання зубів з оклюзійною шиною (Dawson PE. Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design. St. Louis, MO: Mosby; 2007.379-392.).
- ▶ Шини також розрізняються за кількістю оклюзійних контактів:
 - ✓ Одноконтактні шини (представлені однією контактною точкоюі мають назву - **депрограматори**);
 - ✓ Повноконтактні шини (Hasanoglu Erbasar GN, Alpaslan C, EroglUlnan G. Can an NTI-tss device be effective as a first-line therapy in patients with TMD myofascial pain ? J Oral Rehabil. 2017;(9):1-5.).

Вступ

- ▶ Існують й інші види шин, але їхня дія направлена або на зниження больового синдрому, або на тимчасову стабілізацію оклюзії та висоти прикусу. Термін використання цих шин складає в середньому від 2 тижнів до 3 місяців.
- ▶ Нами була запропонована методика **відновлення висоти прикусу та оклюзійних взаємовідношень зубних рядів за допомогою оклюзійно-артикуляційної накусочної платівки.**
- ▶ Методика базується **на артикуляційній теорії Попова-Годона**, яка орієнтована на збереження артикуляційної рівноваги. Під час деоклюзії відбувається порушення рівноваги, і розпочинається процес зміщення зубів до контакту з антагоністами з метою відновлення визначеної висоти прикуса.

Особливість клінічного випадку

6

Методика застосування:

1. Проводять попереднє визначення висоти прикусу у пацієнта та виготовляють оклюзійно-артикуляційну накусочну платівку.
2. Після припасування шини та верифікації оклюзійних контактів протягом 3-х місяців проводиться перебудова роботи м'язів та стабільна зміна положення суглобових голівок у суглобовій ямці (розташування біля основи скату внутрішньо-суглобового горбка).
3. Після цього проводиться перший етап деоклюзії, який включає створення камер у платівці в ділянках третього та другого молярів праворуч та ліворуч з повним звільненням оклюзійної поверхні від пластмаси.

Особливість клінічного випадку

7

Методика застосування:

4. Через місяць проводять перевірку зміни положення пар зубів-антагоністів. Якщо спостерігається повний контакт між зубами антагоністами, проводять другий етап – створення камер в ділянці першого моляра. У разі відсутності контакту, пацієнтові рекомендують ще на місяць продовжити використання платівки, після чого знову проводять перевірку контактів між зубами антагоністами. Таким чином поетапно здійснюють створення камер у платівці в ділянці других премолярів, а потім і перших премолярів.
5. Після досягнення повного контакту між жувальними зубами, платівку видаляють із порожнини рота.

Обговорення клінічного випадку

8

Пацієнтка П., 18 років, звернулася до клініки ортопедичної стоматології зі скаргами на хрускіт у ділянці СНЩС під час відкривання рота та приймання їжі. Діагноз: Оклюзійно-артикуляційна дисфункція СНЩС. Спостерігається зниження нижньої третини обличчя, порушення естетичних норм. Після отримання анатомічних відбитків щелеп з використанням силіконової відбиткової маси, було визначено висоту прикусу анатомо-фізіологічним методом. Фіксацію центрального співвідношення щелеп було проведено за допомогою прикусних воскових шаблоні. Оклюзійно-артикуляційна накусочна платівка була виготовлена.



Обговорення клінічного випадку

9

Після 3 місяців, протягом яких відбувалася перебудова зубо-щелепного апарата в ділянці третіх та других молярів, були сформовані камери. Через місяць використання платівки було призначено наступне відвідування, під час якого було виявлено значне пересування бічних зубів; ще через 2 місяці отримано повний контакт між зубами-антагоністами в бічній ділянці. На даному етапі також було створено камери в ділянці перших молярів.



Обговорення клінічного випадку

10

Через наступні декілька місяців , коли було отримано щільний контакт між зубами антагоністами, продовжено створення камер у ділянці других премолярів. На фото представлена ситуація на цей момент.



Висновки

11

Ефективність методики: використання оклюзійно-артикуляційної накусочної платівки сприяє поступовій перебудові м'язової активності та регулюванню оклюзійно-артикуляційних взаємин, що може призвести до відновлення висоти прикусу та поліпшення симетрії обличчя.

Показання та протипоказання: методика застосовується залежно від характеру оклюзійно-артикуляційних порушень, ступеня можливого переміщення зубів та толерантності пацієнта до носіння платівки. Важливо ретельно оцінювати ризики дискомфорту та можливого порушення прикусу.

Етапність та контроль: лікувальний процес має чітку етапність (первинна адаптація, деоклюзія, формування камер, контроль прогресу). Необхідно запроваджувати регулярні контрольні огляди та документувати кожен етап з використанням об'єктивних критеріїв.

Оцінка результатів: очікувана динаміка включає збільшення щільності контакту між зубами-антагоністами, стабілізацію положення суглобових структур та досягнення бажаної висоти прикусу, що має відобразитися на клінічних та фотодокументах.

Рекомендації для майбутніх досліджень: потрібно порівняти дану методику з іншими стратегіями корекції прикусу, провести довготривалі спостереження за ефективністю та безпекою, а також оптимізувати матеріали платівки та розміри камер для різних клінічних випадків.