



ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ

1–2 (06–07) 2019

ISSN 2663-0885



ЗМІСТ / CONTENT

**ТЕРАПЕВТИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ /
THERAPEUTIC STOMATOLOGY**

Бут Н.С., Рябокони Є.М.
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО КАРІЕСУ ЗУБІВ 3

Возний О.В., Філон А.М.
ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО СИМПТОМАТИЧНОГО ПЕРІОДОНТИТУ
НА ТЛІ ОНКОЛОГІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ХІМІОТЕРАПІЇ 8

Гасюк П.А., Краснокутський О.А., Воробець А.Б., Гуда Н.В., Росоловська С.О.
МЕХАНІЗМИ РЕМОДЕЛЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ПОРОЖНИНИ РОТА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 12

**ХІРУРГІЧНА СТОМАТОЛОГІЯ /
SURGICAL DENTISTRY**

Стоян О.Ю., Рузін Г.П., Соколова І.І.
КЛАСИФІКАЦІЯ ВАРІАНТІВ ПОРУШЕНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ
ПРИ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВІЙ ДИСФУНКЦІЇ 18

Рузін Г.П., Василенко В.М., Вакуленко К.М.
КАРОТИДНА ХЕМОДЕКТОМА: ДОСВІД ЛІКУВАННЯ 22

**ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ /
ORTHOPEDIC DENTISTRY**

Возний О.В., Романюк В.М.
ВИКОРИСТАННЯ БІОМАРКЕРІВ ПРИ ПЛАНУВАННІ ОРТОПЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТКАНИН ПАРОДОНТА 26

**ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ /
CHILD STOMATOLOGY**

Назарян Р.С., Фоменко Ю.В., Щєбליкіна Н.А., Колєсова Т.О., Голік Н.В.,
Білоус А.С., Сухоставець О.В.
КЛЮЧ ДО УСПІХУ В ЕНДОДОНТІЇ (ЧАСТИНА 2)..... 31

**НАУКА І ПЕДАГОГІКА /
SCIENCE AND PEDAGOGY**

Дюдіна І.Л., Томілін В.Г., Перешивайлова І.О., Погоріла А.В.
УДОСКОНАЛЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВИКЛАДАННЯ
НА КАФЕДРІ ОРТОПЕДИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ХНМУ 38

Ніконов А.Ю., Бреславець Н.М.
ОСОБЛИВОСТІ ФАНТОМНО-СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ
З ДИСЦИПЛІНИ «ОРТОПЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЯ» НА ЕТАПІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ..... 43

doi.org/10.35339/ecd.2019.1-2.22-25
УДК [616.724:616.74]-007-008

КЛАСИФІКАЦІЯ ВАРІАНТІВ ПОРУШЕНЬ СКРЕНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ПРИ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВІЙ ДИСФУНКЦІЇ

О.Ю. Стоян, Г.П. Рузін*, І.І. Соколова

*Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології
Кафедра хірургічної стоматології

У статті представлено обґрунтування диференційованого підходу щодо питань діагностики з метою поліпшення якості лікування пацієнтів із м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів відповідно до ступеня дисфункціональних проявів. Описані клінічні та рентгенологічні ознаки різних типів дисфункції, що дає можливість поліпшити диференційований підхід до вибору методу лікування дисфункціональних порушень.

Ключові слова: класифікація, скронево-нижньощелепний суглоб, м'язово-суглобова дисфункція.

Історія досліджень патологічних процесів у скронево-нижньощелепних суглобах (СНЩС) має досить тривалу історію і досі займає розуми та інтереси стоматологів всього світу. Якщо звернутися до витоків артрології як такої, то необхідно згадати, що термін «артрит» введений ще Гіппократом. Значно пізніше, Р. Вірхов запропонував захворювання суглобів, перебіг яких пов'язаний із помітними змінами форми всього зчленування, позначати як *arthritus deformans*. У 1913 р. на Міжнародному конгресі в Лондоні, за пропозицією Мюллера, були чітко розмежовані і відокремлені один від одного запальні артрити і дегенеративні артрози [4].

Але до сих пір не сформульована єдина класифікація захворювань СНЩС, в якій би враховувалися різноманітність патологічних процесів, що розвиваються в кісткових, хрящових складових і прилеглих до них м'язових і зв'язкових структурах цього складного анатомо-функціонального утворення, що й обумовлює різне трактування етіології, патогенезу та клініки патологічних процесів [1, 11, 13], а значить і методів раціонального і ефективного їх лікування. Численні дискусії з цих питань як в академічних колах, так і серед практикуючих фахівців поки не змогли привести до формування єдиної точки зору.

Багаторічні спостереження констатують, що в 90% випадків хвороби СНЩС пов'язані зі спазмом і дискоординацією жувальних м'язів. Характеризуючи ці випадки, дослідники вживали різні терміни: синдром Костена, щелепна артропатія, міоартропатія тощо. Л. Шварц (1955) довів, що цей симптомокомплекс пов'язаний лише зі зниженням прикусу, хоча ймовірність його прояву в хворих з нормальною висотою також чимала. Він назвав його синдром больової дисфункції (СБД СНЩС) і вказав, що клінічно всі

ці синдроми не завжди поєднуються. Д. М. Ласкін (1980) запропонував назвати цей синдром синдромом дисфункції міофасціального болю. Згодом Х. А. Каламкарів і співавтори (1997) функціональні порушення СНЩС поділили на 3 групи:

- 1) нейромускулярний синдром;
- 2) оклюзійно-артикуляційний синдром;
- 3) суглобові вивихи (суглобова головка і меніск).

Автори вказували, що нейромускулярний і оклюзійно-артикуляційний синдроми тісно пов'язані між собою. Так, точковий дотик, ковзний прикус викликають гіпертонус жувальних м'язів та їх асинхронне скорочення. Виникаючі ж з інших причин (наприклад, стрес) дискоординація м'язових скорочень і м'язовий спазм поступово стають причиною порушення оклюзії. Ґрунтуючись на сучасні методи обстеження, П. Г. Сисолятін і співавтори (1997) висунули нову класифікацію, спираючись на взаємозв'язок хвороб суглоба з патологіями жувальних м'язів. Не артикулярні поділені на 2 групи, і скористалися часто вживаним терміном «внутрішньо-суглобові порушення». Вони поділили внутрішньо-суглобові порушення на 9 клінічних форм: хронічний вивих головки нижньощелепного суглоба, неповний вивих суглобового диска, неповний вивих суглобового диска разом з хронічним вивихом суглобової головки нижньої щелепи, хронічний вивих СНЩС, звичний вивих СНЩС, рецидивний вивих суглобового диска, хронічний вивих суглобового диска, остеоартроз, хронічний задній вивих суглобового диска [2]. На їх думку, зміни в оклюзії зубів безпосереднього впливу на стан СНЩС не чинять, але, породжуючи дискоординацію і спазм жувальних м'язів, вони можуть стати причиною внутрішньо-суглобових порушень. Таким чином, оклюзійні зміни сприяють розвитку міофасціального

синдрому, який тягне за собою внутрішньо-суглобові порушення [8].

Х. А. Каламкарів і Ю. А. Петросов [5], посиляючись на літературні дані і на особисті клініко-рентгенологічні, електроміографічні, морфологічні дослідження, запропонували свою класифікацію, згідно з якою всі захворювання СНЩС розділені на 5 груп. Вперше в цій класифікації в окрему групу виділено дисфункціональний, нейром'язовий і оклюзійно-артікуляційний синдроми СНЩС.

І. Г. Степанова, Э. І. Жибицька [11], ґрунтуючись на отриманих даних обстеження 2040 хворих з патологією СНЩС, розробили класифікацію, яка враховує клінічні форми морфологічних порушень СНЩС, що часто зустрічаються. Всі захворювання, відповідно до класифікації, розділені на артикулярні, при яких має місце ураження суглобових тканин, і неартикулярні, пов'язані з патологією жувальних м'язів, і м'язово-суглобову дисфункцію (МСД) автори віднесли до останніх.

В. О. Хватова [13] на основі багаторічного досвіду вивчення захворювань СНЩС і даних комп'ютерної томографії та ядерно-магнітного резонансу запропонувала класифікацію поразок і захворювань СНЩС, яка, з нашої точки зору, є найбільш раціональною. Вперше в особливу групу виділено м'язово-суглобову дисфункцію і захворювання, пов'язані з нею: міозит, м'язова контрактура, гіпертрофія окремих жувальних м'язів.

Протягом останніх десятиліть провідне місце серед патологій СНЩС займає саме м'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (МСД СНЩС). Маючи поліетіологічність і різноманіття клінічних проявів, ця патологія є одним з досить суперечливих діагнозів, з яким стикаються практикуючі лікарі-стоматологи. Відомо, що МСД належить групі, так званих, позасуглобових захворювань, до яких відносяться бруксизм (феномен Каролі), синдром Костена, шилопід'язичний синдром Егле, дестензійні підвивихи, що зустрічаються в юнацькому віці [9].

Світова практика довела, що в 70–89% випадків МСД СНЩС є звичайним функціональним порушенням, яке обумовлено змінами в м'якотканних елементах. Очевидним є висока частота зустрічальності даної патології у осіб молодого віку – від 27 до 76%, а серед дітей і підлітків – від 14 до 20% [3]. Різноманітна симптоматика даного захворювання, що триває роками, призводить до проблеми соціальної дезадаптації пацієнта, наслідком якої є зниження його повсякденної діяльності та якості життя [10]. Дослідження науковців різних країн останніх років вказують, що ознаки дисфункціональних порушень в СНЩС різного ступеня вираженості визначаються у 16–59% дорослого населення [15], при тому що в 70–89% випадків спостерігається відсутність будь-яких запальних змін в області СНЩС [14]. А у переважної більшості пацієнтів (до 76%) МСД СНЩС виявляється саме на первинному прийомі у стоматолога [16], рідше – у щелепно-лицьового хірурга [7].

Вибір тактики лікування та реабілітації таких пацієнтів, розуміння патологічних процесів, що при-

зводять до неї, залишається важливою проблемою в стоматології [6].

Не дивлячись на досить високий інтерес до проблеми МСД СНЩС стоматологів усього світу, до теперішнього часу єдиного погляду на класифікацію цієї патології немає, що обумовлює різну трактовку етіології, патогенезу і клініки процесу. З огляду на таку ситуацію, ми вважаємо за необхідне висловити свою думку з цього питання.

Метою нашої роботи стало обґрунтування диференційованого підходу до питань діагностики та поліпшення якості лікування пацієнтів з МСД СНЩС відповідно до ступеня дисфункціональних проявів.

Матеріали і методи досліджень

Протягом 15 років нами клінічно обстежені 298 пацієнтів з МСД СНЩС: 86 чоловіків і 212 жінок, вік яких варіювався від 18 до 50 років. Проведено всебічне обстеження і консультації суміжних фахівців, з'ясовано анамнез життя і захворювання, рід занять, загальний статус. Ступінь порушення в СНЩС визначали відповідно до загальноприйнятих методик. Рентгенографію СНЩС проводили в бічній проекції в закритому і відкритому роті. Для порівняльної оцінки положення суглобової головки, наявності або відсутності порушень її форми, при необхідності використовували 3D-діагностику обох СНЩС.

Виявлення ступеня тяжкості МСД, об'єктивну оцінку клінічних ознак дисфункції СНЩС залежно від ступеня вираженості проводили на підставі клінічного індексу Helkimo.

Результати та їх обговорення

МСД СНЩС частіше зустрічалася в осіб юнацького і молодого віку (209 осіб, 70,1%) (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з МСД СНЩС відповідно до статі та віку

Вік	Стать		Всього	%
	чоловіки	жінки		
18–22	26	62	88	29,5
23–30	21	46	67	22,5
31–35	12	42	54	18
36–40	15	28	43	14,5
41–45	9	25	34	11,5
46–50	3	9	12	4
Всього	86	212	298	100%

Результати аналізу вікового складу були вельми красномовні: МСД СНЩС при відсутності ортопедичної, ортодонтичної, терапевтичної та специфічної патологій частіше зустрічалася у осіб юнацького і молодого віку (209 осіб, 70,1%). На підставі аналізу клінічних проявів МСД індексу Helkimo легкий ступінь дисфункції мали 43 людини, середню – 115 осіб, важку – 140 осіб (табл. 2).

Аналіз результатів виявив, що домінуюча роль у формуванні дисфункції СНЩС легкого ступеня належить м'язовому компоненту. Тоді як порушення функції самого суглоба залишається опосередкованим. Основні клінічні прояви полягали в наявності болю в ділянках жувальних м'язів, утрудненням при відкриванні рота після тривалої перерви, при

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів відповідно до ступеня тяжкості проявів МСД СНЩС (індекс Helkimo, 1974)

Ступінь дисфункції	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Легкий ступінь дисфункції (1–4 бала)	15	17,5	28	13,2	43	14,4
Середній ступінь дисфункції (5–9 балів)	26	30,2	89	42	115	38,6
Важкий ступінь дисфункції (10–25 балів)	45	52,3	95	44,8	140	47
Всього	86	100%	212	100%	298	100%

відкушуванні їжі. В анамнезі у цих пацієнтів частіше відзначається механічна травма суглоба при широкому відкриванні рота (після лікування або видалення молярів, кусання великого шматка їжі тощо).

Рентгенологічно у цій категорії пацієнтів не виявлено змін з боку складових суглоба, а середній бал індексу Helkimo склав (2,8+0,28).

Середній ступінь прояву МСД СНЩС характеризувався м'язово-суглобовим генезом дисфункції. Основною клінічною ознакою у цій групі хворих був ниючий і гострий біль в ділянках уражених суглобів на тлі інтенсивного болю в усіх м'язах, який виникав під час їжі, при рухах нижньої щелепи, незначне обмеження відкривання рота, періодичне виникнення клацання і хрускоту в СНЩС. В анамнезі у більшості хворих відзначено часті нервові зриви.

Рентгенологічно виявлялося нерівномірне звуження суглобової щілини або рівномірне зменшення головки ураженого суглоба, контури головки мали вид прямокутника. Середній бал індексу Helkimo в цій групі склав (7,36+0,28).

Для хворих з тяжкими перебігом МСД СНЩС провідним з'явився суглобовий фактор дисфункціональних проявів. Характерними клінічними симптомами у хворих цієї групи був інтенсивний біль в ділянці ураженого суглоба на тлі незначного болю в ділянках жувальних м'язів під час навантаження на суглоб, при русі нижньої щелепи, значне обмеження відкривання рота (до 30 мм) та бічних і передніх рухів (до 0–3 мм), тимчасове блокування або вивих суглобової головки, суглобовий шум, супроводжується клацанням як в здоровому, так і в ураженому суглобах. В анамнезі відзначалася травма нижньої щелепи.

На рентгенограмах СНЩС хворих цієї групи визначалося нерівномірне звуження суглобової щілини, зміни форми суглобових головок або наявність де-

структивних змін суглобової поверхні (нерівності, деформації). У цих хворих індекс Helkimo склав (16,03+0,9).

На підставі проведеного клінічного дослідження, нами встановлено, що для планування лікування необхідно враховувати, що в проявах МСД СНЩС слід відрізнити м'язову дисфункцію, яка відповідає легкому ступеню прояву, м'язово-суглобову дисфункцію – середнього ступеня і суглобову дисфункцію – тяжкого ступеня прояву. Три види дисфункцій супроводжуються різним ступенем зниження функціональної активності жувальних м'язів, зміною співвідношення суглобових поверхонь, зниженням компенсаторних можливостей м'язово-суглобового апарату, відображаючи їх взаємозв'язок і взаємозумовленість, посилюючи ступінь дисфункції, замикаючи так зване «порочне коло».

Взаємозв'язок МСД СНЩС і стану хребта встановлений в роботах ряду дослідників. За даними багатьох авторів, існує взаємозалежність порушень прикусу і краніомандибулярних дисфункцій у розвитку порушень постави (сколіоз), остеохондрозу хребта [12]. В результаті суб'єктивної інформації, об'єктивного обстеження і рентгенографічного аналізу стану шийного відділу було виявлено, що всі наші пацієнти страждали на остеохондроз шийного відділу хребта або мали сколіотичну поставу, сколіоз. Водночас ступінь дисфункціональних явищ визначався як середній або важкий переважно у жінок молодого віку від 18 до 35 років (157 осіб – 52,7%).

Таким чином, з огляду на досить неоднозначні і різноманітні прояви МСД СНЩС, діагноз в кожному конкретному випадку повинен формулюватись таким чином: м'язова дисфункція, м'язово-суглобова дисфункція і суглобова дисфункція, що дасть можливість поліпшити диференційований підхід до вибору методу лікування дисфункціональних порушень.

Література

1. Гринин В. М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава / В. М. Гринин, Ю. М. Максимовский // Стоматология. – 1998. – № 5. – С. 19–22.
2. Бабаев Т. А. Новые взгляды на классификацию синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [Электронный ресурс]: / Т. А. Бабаев, А. Т. Исрафилов, Ф. И. Гасанов. – Режим доступа: <http://kk.convdocs.org/docs/index-255358.html>
3. Диагностика дисфункций ВНЧС и дисфункций шейной области / Компания «Валлес М». – 2009. – Режим доступа: <https://stomport.ru/articles/diagnostika-disfunkciy-vnchs-i-disfunkciy-sheynoy-oblasti>
4. Иорданишвили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология / А. К. Иорданишвили. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 249 с.
5. Каламкарров Х. А. Клиника и принципы лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Х. А. Каламкарров, Ю. А. Петросов // Стоматология. – 1982. – № 2. – С. 66–71.
6. Кравченко Д. В. Диагностика и малоинвазивные методы лечения пациентов с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Д. В. Кравченко. – М., 2007. – С. 1.

7. Ляшев И. Н. Боль в клинической практике стоматолога: ускользающая простота / И. Н. Ляшев, Е. В. Екушева // РМЖ. – 2017. – № 24. – С. 1770–1774.
8. Петросов Ю. А. Этология и патология хронических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов // Стоматология. – 1981. – № 2. – С. 28–29.
9. Пшепий Р. А. Аффективные расстройства в структуре диагностики и лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология» / Р. А. Пшепий. – М., 2002. – С. 1.
10. Семенов Р. Р. Этиологические и патогенетические механизмы формирования дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (обзорная статья) [Электронный ресурс]: / Р. Р. Семенов, С. М. Карпов, А. А. Хатуева, А. С. Карпов. – Режим доступа: <https://www.expeducation.ru/ru/article/view?id=4414>
11. Степанова И. Г. Исследование височно-нижне-челюстного сустава с помощью панорамной томографии / И. Г. Степанова, Э. И. Жибицкая // Стоматология. – 1984. – Т. 67, № 1. – С. 82–89
12. Стоматологический статус больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / А. В. Цимбалистов, И. В. Войтяцкая, Т. А. Лопушанская, А. Е. Черваток // Институт стоматологии. – 2005. – № 4. – С. 68–69.
13. Хватова В. А. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, обусловленных нарушениями в зубочелюстной системе: метод. рекомендации / В. А. Хватова. – М.: Медгиз, 1989. – 26 с.
14. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities / R. G. Hoffmann, J. M. Kotchen, T. A. Kotchen [et al.] // Clin. J. Pain. – 2011. – Vol. 27 (3). – P. 268–274.
15. Shephard M. K. Orofacial pain: a guide for the headache physician / M. K. Shephard, A. MacGregor, J. M. Zakrzewska // Headache. – 2014. – Vol. 54. – P. 22–39.
16. Zakrzewska J. M. Multi-Dimensionality of the chronic pain of the oral cavity and face / J. M. Zakrzewska // J. Headache and Pain. – 2013. – Vol. 14. – P. 37.

Е.Ю. Стоян, Г.П. Рузин, И.И. Соколова

КЛАССИФИКАЦИЯ ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

В статье представлены обоснования дифференцированного подхода к вопросам диагностики с целью улучшения качества лечения пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава в соответствии со степенью дисфункциональных проявлений. Описанные клинические и рентгенологические признаки различных типов дисфункции дают возможность улучшить дифференцированный подход к выбору метода лечения дисфункциональных нарушений.

Ключевые слова: классификация, височно-нижнечелюстной сустав, мышечно-суставная дисфункция.

O.Y. Stoyan, G.P. Ruzin, I.I. Sokolova

CLASSIFICATION OF OPTIONS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT DURING MUSCULAR-ARTICULAR DYSFUNCTIONS

The article presents the rationale for a differentiated approach to diagnostics in order to improve the quality of treatment of patients with musculoskeletal dysfunction of the temporomandibular joints according to the degree of dysfunctional manifestations. Clinical and radiological features of different types of dysfunction are described, which makes it possible to improve the differentiated approach to the choice of treatment method for dysfunctional disorders.

Keywords: classification, temporomandibular joint, muscular-articular dysfunction.

Контактна інформація

Стоян Олена Юліївна — канд. мед. наук, доцент кафедри стоматології ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, пр. Науки, 4

Тел.: +380963172118

E-mail: super/kraskmn@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4498-0453>

Рузін Геннадій Петрович — д-р мед. наук, професор кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, пр. Науки, 4

Тел.: +380976623913

E-mail: gen.ruzin@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5405-0471>

Соколова Ірина Іванівна — д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри стоматології ХНМУ

Адреса: 61022, Україна, м. Харків, пр. Науки, 4

Тел.: +380503433988

E-mail: sdent_irina@ukr.net

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2339-4909>