Клочан С.М.

ОКЛЮЗІЙНО-АРТИКУЛЯЦІЙНИЙ СИНДРОМ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА: ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ

ІС Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Дані клінічного обстеження 26 хворих із синдромом больової *дисфункції скронево-нижньощелепного* суглоба (СНЩС) свідчать, що в 30,8% із них причиною виникнення патології є порушення функціональної оклюзії. Етіологічні фактори, які призводять до порушення оклюзійних взаємовідношень, такі:

– підвищене стирання твердих тканин зубів, втрата оклюзійної висоти, поява нестабільних оклюзійних контактів, супраконтактів при латеротрузійних, протрузійних рухах нижньої щелепи;

– деформація оклюзійної поверхні зубних рядів унаслідок часткової втрати зубів, дефектів твердих тканин зубів;

– *помилки ортопедичного лі*кування: неправильне формування оклюзійної поверхні штучних коронок і мостоподібних протезів, невивіреність оклюзійних співвідношень як у центричній, так і в ексцентричній оклюзіях, фіксації на протезах вимушеного положення нижньої щелепи;

– помилки ортодонтичного лікування, зокрема зміна оклюзійних взаємовідношень призводила до диспозицій нижньої щелепи і внутрішньосуглобних порушень.

Основні симптоми синдрому дисфункції СНЩС - це біль різної *інтенсивності в привушно-жу*вальній ділянці, порушення рухів нижньої щелепи, шуми під час рухів нижньої щелепи, болюча пальпація жувальних м'язів.

Лікування таких хворих проводилось комплексно, поетапно й охоплювало медикаментозну терапію, фізіотерапію, ортопедичні методи: лікування релаксаційними, репозиційними, стабілізуючими капами, вибіркове пришліфовування зубів і протезування раціональними конструкціями зубних протезів.

Коваль Є. А.

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИЙ АНАЛІЗ ФОРМУВАННЯ ГРУПОВОЇ НАПРЯМНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ВІДТВОРЕННЯ ЇЇ В НЕЗНІМНОМУ ЗУБНОМУ ПРОТЕЗУВАННІ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Загальновідомо, що всі стоматологічні пацієнти мають різний ступінь змін функціонально-оклюзійних взаємовідношень, і тому пошук та відновлення функціонально гармонійної взаємодії елементів зубощелепного апарату - це принципове і найважливіше завдання ортопедичного лікування. Стабільна вертикальна і сагітальна взаємодія нижньої щелепи з верхньою забезпечується міжгорбковим контактом зубів-антагоністів. Зуби також утворюють напрямні площини для руху нижньої щелепи в межах контактів між зубами.

Аналіз функціональної оклюзії в пацієнтів із часом не втрачає своєї актуальності, на що вказують численні наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів (В. В. Баданіна, 2000; В.А. Хватова, 1996).

За результатами досліджень, у фізіологічному прикусі в осіб віком 20-30 років з інтактними зубними рядами, ортогнатичним прикусом і без суглобних симптомів іклове ведення наявне у 22% випадках, групова напрямна (ікла, премоляри і моляри) - в 78% випадків (B. Klaiber, S. Scheiher, H. Geldreich, 1977). На думку інших авторів, іклове ведення зустрічається частіше (57%), ніж групова напрямна функція (16,3%) (Scaife Holt, 1969; Гросс М. Д., Метьюс Дж. Д. ,1982).

Групова напрямна функція, на думку багатьох дослідників, вважається результатом втрати іклової напрямної. Стирання горбків іклів унаслідок парафункціональних звичок змінює робо-