

НАУКОВИЙ ВІСНИК
Ужгородського університету

ISSN 2415-8127

серія

МЕДИЦИНА

випуск 1(55)

2017

А.О. СТЕЦИК¹, Н.І. ЖЕРО²

Ужгородський національний університет, стоматологічний факультет, ¹кафедра ортопедичної стоматології, ²кафедра стоматології післядипломної освіти з курсом ортопедичної та терапевтичної стоматології, Ужгород

МЕТОДИКИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАФУНКЦІЯМИ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ

Проаналізовано джерела літератури щодо вибору методу лікування парафункцій жувальних м'язів на прикладі бруксизму. Парафункції жувальних м'язів займають особливе місце серед стоматологічних захворювань через велику поширеність, різноманітність клінічної картини, складність діагностики та лікування. Провідне місце серед парафункцій займає бруксизм. Вибір лікувальної тактики пацієнтів з бруксизмом потребує особливої уваги та диференційного підходу, тому найбільш раціональним буде етіопатогенетичний метод лікування бруксизму, що являтиме собою комплексний підхід: ортопедичну реабілітацію пацієнта та терапевтичне використання фармакологічних препаратів.

Ключові слова: парафункція, бруксизм, жувальне навантаження, оклюзійні співвідношення, оклюзійні капи

Вступ. Парафункції жувальних м'язів займають особливе місце серед стоматологічних захворювань через велику поширеність, різноманітність клінічної картини, складність діагностики та лікування [10, 14]. На думку багатьох дослідників, за важкістю клінічних проявів провідне місце серед всіх парафункцій займає бруксизм. Вибір лікувальної тактики пацієнтів з бруксизмом потребує особливої уваги та диференційного підходу.

Мета дослідження. Проаналізувати джерела літератури щодо вибору методу лікування парафункцій жувальних м'язів на прикладі бруксизму.

Матеріали та методи. Аналітичний огляд літератури проведено, як фрагмент комплексної ініціативної прикладної науково-дослідної роботи «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування сучасних стоматологічних технологій та експертна оцінка якості лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань у дітей і дорослих» за номером державної реєстрації 0109U000115.

Результати досліджень та їх обговорення. У зв'язку з провідною роллю центральної нервової системи у етіології бруксизму слід підкреслити, що стоматологічна допомога дозволяє лише скоригувати чи обмежити вплив даної патології на зуби та жувальний апарат в цілому, покращити зовнішній вигляд та усунути функціональні обмеження, викликані деструкцією зубів [3, 7, 12].

Перед плануванням лікування пацієнтів з бруксизмом спочатку потрібно визначити особливості даного стану: характер проявів бруксизму – в період сну чи під час активності та кратність проявів – постійна, перехідна чи випадкового характеру

Обов'язковою умовою початку стоматологічного лікування даних пацієнтів є чітке усвідомлення ними даного стану, що в значній мірі впливає на подальший прогноз та ефективність лікування.

Часто при лікуванні пацієнтів з бруксизмом необхідна консультація спеціалістів різних медичних галузей.

Лікування можна розділити на 4 етапи: 1) корекція поведінки з урахуванням психо-емоційних особливостей в конкретному випадку; 2) фармакологічна терапія, у вигляді призначення відповідних лікарських засобів; 3) стоматологічне лікування зворотне (малоінвазивне); 4) стоматологічне лікування незворотне (при необхідності оптимізації оклюзії).

Першочергово лікування повинно бути спрямоване на усунення етіологічних факторів, зокрема психологічного стресу, зниження вживання стимулюючих засобів (кава, табак, алкоголь), що сприяють виникненню парафункцій жувальних м'язів [9, 11, 13].

Сучасні фармакологічні препарати дозволяють ефективно впливати на аномальну активність жувальної мускулатури: на короткий період у фазі гострого бруксизму можна призначати бензодіазепіни, що покращують якість сну; оскільки допамінергічна система бере участь в рухових порушеннях під час сну, антагоністи допаміну пригнічують нічний бруксизм, тому слугують препаратами вибору; при використанні антидепресантів необхідно звертати увагу на їх обмежений спектр дії та виражені побічні явища [1].

З метою усунення гіперактивності жувальних м'язів також використовують токсин ботулізму, – цей нейротоксин блокує передачу імпульсу нервовими клітинами, при його внутрішньо-м'язовому введенні, через зниження викиду ацетилхоліну сила скорочення м'язів зменшується.

Результат фармакологічного лікування є нестійким, тому дані препарати переважно використовуються для підтримуючої терапії.

Найбільш ефективним та поширеним засобом для лікування бруксизму є оклюзійна капа. Капа забезпечує захист зубів від деструктивних наслідків парафункціональної активності, особливо під час сну, коли пацієнт не здатен контролювати активність жувальних м'язів. Проте капи можуть застосовуватися і в денний час, під час можливих періодів напруги [8, 11].

За тривалістю використання капи можуть бути тимчасовими або постійними.

До тимчасових будуть відноситися денні капи (трейнери) або капи з гідростатичним принципом, що використовуються при приєднанні больового синдрому [2, 6].

Наприклад, накушувальний засіб – *Gelax* – призначений для швидкого та ефективного зниження напруження жувальних м'язів при больовому синдромі м'язово-суглобової дисфункції.

Гідростатичний накушувальний засіб – *Aqualizer* – складається з двох камер, заповнених водою та з'єднаних тоненькою трубкою, що дає можливість воді переміщуватися залежно від оклюзійних співвідношень, таким чином нормалізувати жувальне навантаження.

До постійних кап відносяться оклюзійні капи типу *Splint*.

Функції оклюзійної капи: захист природних зубів від стирання, профілактика переломів ортопедичних конструкцій, стабілізація оклюзійних співвідношень, зменшення навантаження на елементи черепно-нижньощелепного апарату.

Вимоги до оклюзійних кап: зносостійкість, капа повинна бути виготовлена з твердої прозорої пластмаси, повинна покривати весь зубний ряд, щоб унеможливити трансверзальні рухи нижньої щелепи, повинна забезпечувати стабільність оклюзії. Зазвичай капи виготовляються на верхню щелепу.

Для нормалізації оклюзійних контактів необхідно проводити послідовне пришліфування через кілька днів використання, а в подальшому корекцію капи проводять не менше одного разу на рік.

Потрібно розуміти, що лікування бруксизму за допомогою оклюзійних кап дозволяє лише усунути наслідки цього стану та попередити його руйнівний вплив на зуби.

Для покращення зовнішнього вигляду та повноцінного відновлення жувальної ефективності зруйнованих зубів показано ортопедичне лікування.

При лікуванні пацієнта з бруксизмом ортопедичними конструкціями велике значення має механічна міцність і зносостійкість матеріалів, що використовуються при виготовленні протезу. Всі матеріали, в тому числі тканини зуба піддаються

стиранню, в зв'язку з цим особливу цінність набувають результати порівняльних досліджень, спрямованих на вивчення зносостійкості різних матеріалів.

Наприклад, стирання оклюзійних поверхонь золотовмісного сплаву в більшості випадків аналогічне природній емалі.

Досліджено, що пластмаса є найменш зносостійким матеріалом, вона піддається значному стиранню при контакті не тільки з більш міцними реставраційними матеріалами та емаллю зуба, але й навіть з аналогічними пластмасовими антагонуючими оклюзійними поверхнями.

Великий інтерес викликає вивчення особливостей стирання керамічних оклюзійних поверхонь. Клінічно при антагонуючих керамічних поверхнях часто трапляються сколи, при антагонуванні керамічних реставрацій з природними тканинами зуба, частіше трапляється стирання останніх.

Можна припустити, що неблагородні метали мають кращі клінічні характеристики в порівнянні з природними зубами та керамікою, тому вони є найбільш оптимальним варіантом для виготовлення оклюзійних контактних поверхонь [4, 5].

При виготовленні ортопедичних незнімних конструкцій пацієнтам, котрі страждають на бруксизм, оклюзійні контакти слід розташовувати на металі, в той час як горбки та вестибулярна поверхня можуть бути виконані з кераміки. Метал частково здатен поглинати парафункціональне навантаження і на відміну від кераміки не піддається сколам, що знижує вплив бруксизму на реставрацію.

Комбіновані ортопедичні конструкції, представлені металокерамічними коронками, що в свою чергу забезпечує пацієнту функціональність даної конструкції та задовольняє естетичні вимоги.

Також на металевих поверхнях реставрацій зубів верхньої щелепи можна моделювати непомітні оклюзійні обмежувачі. В деяких випадках правильно розташовані металеві обмежувачі на оклюзійних поверхнях зубів верхньої щелепи можуть бути прийнятним для пацієнта компромісом.

Висновки. Етіопатогенетичним методом лікування бруксизму буде комплексний підхід, що включатиме в себе ортопедичну реабілітацію пацієнта та терапевтичне використання фармакологічних препаратів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Chapotat B. Bruxisme du sommeil: aspects fondamentaux et cliniques / B. Chapotat, J.S. Lin, O. Robin, M. Juvet // *J. Parodontol Implant Orale*. — 1999. — № 18 (3). — P. 277—289.
2. Rugh J.D. Association between bruxism and TMD / J.D. Rugh, C. McNeill // *Current controversies in temporomandibular disorders*: Quintessence Publishing. — Chicago. — 1992. — P. 29—31.
3. Drugs and bruxism: a critical review / E. Winocur, A. Gavish, M. Voikovitch [et al.] // *J. Orofac Pain*. — 2003. — № 17 (2). — P. 99—111.
4. Glaros A.G. Incidence of diurnal and nocturnal bruxism / A.G. Glaros // *J. Prosthet Dent*. — 1981. — № 45 (5). — P. 545—549.
5. Goulet J.P. Daily clenching, nocturnal bruxism, and stress and their association with TMD symptoms / J.P. Goulet, J.P. Lund, J.Y. Montplaisir, G.J. Lavigne // *J. Orofac Pain* [abstract]. — 1993. — № 7. — 120 p.
6. Gourdon A.M. Usure dentaire et contacts occlusaux / A.M. Gourdon, A. Woda // *Cah Prothese*. — 1983. — № 43. — P. 91—114.

7. Lavigne G.J. Douleurs et troubles du sommeil / G.J. Lavigne, M. Brousseau, J.Y. Montplaisir, P. Mayer // Douleurs orofaciales: Quintessence International. — Paris. — 2004. — P. 151—162.
8. Lavigne G.J. Le bruxisme, un vieux probleme vu sous une perspective nouvelle / G.J. Lavigne, J.P. Goulet, F. Morisson, J.Y. Montplaisir // Realites Cliniques. — 1994. — № 5 (2). — P. 199—207.
9. Lobbezoo F. Craniomandibular pain, oral parafunction, and psychological stress in longitudinal case study / F. Lobbezoo, D.J. Wicks, H.L. Hamburger, M. Naeije // J. Oral Rehabil. — 2004. — № 31. — P. 738—745.
10. Occlusal parafunction / J.D. Rugh, R. Ohrbach, N.D. Mohl [et al.] // A textbook of occlusion: Quintessence Publishing. — Chicago. — 1988. — P. 249—261.
11. Reported bruxism and stress experience in media personal with or without irregular shift work / K. Ahlberg, J. Ahlberg, M. Kononen [et al.] // Acta Odontol Scand. — 2003. — № 61. — P. 315—318.
12. Rifai K. Association bruxisme-cephalee dans une population de patients dysfonctionnels / K. Rifai // Etude retrospective. Cah Prothese. — 2003. — Vol. 122. — P. 55—59.
13. Woda A. Nonfunctional and functional occlusal contacts: a review of the literature / A. Woda, P. Vigneron, D. Kay // J. Prosthet Dent. — 1979. — № 42 (3). — P. 335—341.
14. Woda A. Occlusal contacts and tooth wear / A. Woda, A.M. Gourdon, M. Faraj // J. Prosthet Dent. — 1987. — № 57 (1). — P. 85—93.

¹A.O. STETSYK, ²N.I. ZHERO

Uzhhorod National University, Stomatological Faculty, ¹Department of Prosthetic Dentistry, ²Department of Postgraduate Dental Education with course of Prosthetic and Therapeutic Dentistry, Uzhhorod

METHODS OF TREATMENT OF PARAFUNCTIONS OF MASTICATORY MUSCLES

Parafunctions of masticatory muscles have a special place among dental diseases due to the high prevalence, the clinical picture of diversity, the complexity of diagnosis and treatment. Leading among the couple of functions takes bruxism. The choice of treatment strategy for patients with bruxism needs special attention and differentiated approach as the most rational will etiopathogenetical treatment for bruxism, which will be a comprehensive approach, orthopedic rehabilitation patients and therapeutic use of pharmacological agents.

Key words: parafunctions, bruxism, chewing load, occlusal relation, occlusal caps

Стаття надійшла до редакції: 16.01.2017 р.