



УДК 616.724-07-08

Є. Д. Бабов, А. В. Волковішський, Є. В. Гончаренко

## ВПЛИВ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА НИЖНІЙ ЩЕЛЕПІ НА СТАН СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Однією з актуальних проблем у сучасній стоматології є лікування хворих із деформаціями зубощелепної системи. Хірургічні методи корекції цих аномалій, що використовуються на практиці, не завжди дозволяють домогтися задовільних функціональних і косметичних результатів [1; 2]. Крім цього, наявність деформацій щелеп, як правило, поєднується зі зміною положення окремих зубів, оклюзійними порушеннями, функціональними та структурними змінами скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). Саме тому потрібний комплексний підхід до лікування таких пацієнтів. Крім хірургічного лікування аномалій форми і розміру нижньої щелепи, слід також проводити ортодонтичну корекцію деформацій у межах зубоальвеолярних дуг і змін у ділянці СНЩС.

**Метою** даного дослідження було визначення характеру і ступеня впливу проведених оперативних втручань щодо реконструкції нижньої щелепи на стан СНЩС.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами було проведене

комплексне обстеження 24 пацієнтів із деформаціями нижньої щелепи у віці від 17 до 24 років (у середньому 20 років); із них 13 (59 %) жінок і 11 (41 %) чоловіків. Крім загальноклінічного обстеження й огляду щелепно-лицьової ділянки, хворим виконували рентгенографію СНЩС за Шулером при відкритому і закритому роті, томографію СНЩС [3], знімали анатомічні відбитки і виготовляли діагностичні гіпсові моделі щелеп, фотографували хворих. Комплексне обстеження проводилося до і після оперативного втручання.

Проведене лікування було комплексним і включало в себе хірургічну корекцію аномалій форми і розміру нижньої щелепи, фізіотерапевтичні та медикаментозні методи, а також ортодонтичну корекцію оклюзійних порушень.

### Результати дослідження та їх обговорення

Під час клінічного обстеження хворих до операції у 6 (27 %) осіб виявлено один або кілька симптомів дисфункції СНЩС: скарги на клацання та хрускіт у ділянці суглоба (4 випадки, 18 %); больовий симптом (3 випадки, 14 %).

При вивченні рентгенограм і томограм були встановлені по-

рушення місця розташування суглобної СНЩС у 9 (41 %) пацієнтів, у тому числі у 3 (14 %) випадках без клінічних ознак артриту СНЩС.

Проведене в передопераційному періоді ортодонтичне лікування полягало в усуненні деформації оклюзійної поверхні зубних дуг, виправленні положення верхніх і нижніх передніх зубів. При аномаліях положення окремих зубів, ретенції та нестачі місця для цих зубів у деяких випадках вдавалися до видалення функціонально менш важливих зубів. Застосовували знімні апарати з гвинтами, пружинами, вестибулярними дугами, накусочні пластинки та незнімні дугові апарати. У деяких хворих деформації посилювалися, однак створювалися умови для відновлення нормальних оклюзійних співвідношень після хірургічного втручання.

З метою хірургічної корекції проводилася двостороння коса ковзна остеотомія тіла нижньої щелепи з подальшим накладанням кісткових швів. У післяопераційному періоді використовували міжщелепну фіксацію протягом 2–4 тиж.

Для профілактики та лікування патології СНЩС виконували ультрафонофорез із кремом Терафлекс М — 15 сеан-



сів по 10 хв 1 раз на день на ділянку СНЩС [4–6]. Крім цього, застосовували аплікації крему Терафлекс М із втиранням у ділянці СНЩС (2–3 рази на день, 1 міс). Після зняття міжщелепної фіксації призначали прийом капсул Терафлекс усередину [4; 5] — 4 міс по 1 капсулі двічі на день протягом трьох перших тижнів, потім по 1 капсулі 1 раз на день).

При аналізі симптомів артриту СНЩС у хворих через 1 міс після проведеної реконструктивної операції на нижній щелепі у процесі комплексного лікування збільшення клінічних ознак артриту СНЩС не спос-

терігалось, а відзначалося незначне поліпшення — у 2 (9 %) випадках зникли болісні відчуття в ділянці суглоба.

Із вищесказаного випливає, що після проведення реконструктивних операцій на нижній щелепі співвідношення елементів СНЩС залишається незмінним, а в деяких випадках набуває більш фізіологічного характеру, що дозволяє рекомендувати даний метод до широкого впровадження.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Хватова В. А.* Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. — Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. — 276 с.

2. *Петросов Ю. А.* Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. — Краснодар: Советская Кубань, 1996. — 352 с.

3. *Рабухина Н. А., Аржанцев А. П.* Рентгенодиагностика в стоматологии. — М., 1999. — 451 с.

4. *Компендиум 2004* — Лекарственные препараты / Под. ред. В. М. Коваленко, О. П. Викторова. — К.: Морион, 2004. — 1664 с.

5. *Справочник ВИДАЛЬ: 2005 г.*: Лекарственные препараты в России. — Изд. 11-е, перераб., испр., доп. — М., 2005. — 1536 с.

6. *Замита Т. Т.* Эффективность методик комплексной ультразвуковой терапии при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов // Курортология и физиотерапия. — К., 1990. — Вып. 23. — С. 113-114.

