

ническим генерализованным пародонтитом легкой степени тяжести и сравнительно ниже у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. При применении препарата «Ируксол» данная зависимость не существенна.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумова Т. А. Эффективность применения препарата «Поликатан» при лечении пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: автореф. дис. ... к. м. н. — Волгоград, 2009. — 26 с.
2. Булкина Н. В. Хронический пародонтит при заболеваниях органов пищеварения: клинико-инструментальные, морфологические и иммуногистохимические критерии возникновения и прогнозирования течения: дис. ... д. м. н. — Волгоград, 2005. — 290 с.
3. Грудянов А. И., Овчинникова В. В., Дмитриева Н. А. Антимикробная и противовоспалительная терапия в пародонтологии. — М.: МИА, 2004. — 80 с.: ил.

4. Дмитриева Л. А., Крайнова А. Г. // Пародонтология. — 2003. — № 1, Т. 30.
5. Иванов В. С. Заболевания пародонта — 4-е изд., перераб. и доп. — М., 2001. — 300 с.
6. Салех Ахмед И. Ш. Волгоградский бишофит. Возможности освоения, глубокой переработки и использование природного бишофита. — Волгоград, 2010. — 432 с.
7. Спасов А. А., Темкин Э. С., Бабаева А. Р., и др. Местная терапия бишофитом. — Волгоград, 2003. — 158 с.
8. Спасов А. А., Темкин Э. С., Островский О. В. и др. // Стоматология. — 1999. — № 5. — С. 16—19.
9. Темкин Э. С., Калинина Н. В., Андрус В. Н. // Актуальные вопросы стоматологии. — Волгоград, 1999. — Т. XXXXV, выпуск 1. — С. 128—132.
10. Genco R., Tamboon J., Christensen L. // Adv. Dent. Res. — 1998. — № 2. — P. 245—259.
11. Michalowicz B. S., Ronderos M., Camara-Silva R., et al. // J. Periodontol. — 2000. — Vol. 71, № 6. — P. 981—988.
12. Socransky S.S., Smith C., Haffajee A.D. // Clin. Periodontol. — 2002. — Vol. 29, № 3. — P. 260—268.

**Т. Н. Климова, В. И. Шемонаев, К. А. Саргсян, Е. С. Борщева**

Кафедра ортопедической стоматологии ВолгГМУ

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАФУНКЦИЕЙ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

УДК 616.314-089.23:616.742.7

Протетическое лечение пациентов с парафункцией жевательных мышц подразумевает не только устранение эстетических нарушений, возникших вследствие повышенной стираемости зубов, но и комплексную стоматологическую реабилитацию таких пациентов, конечной целью которой является восстановление функциональной окклюзии.

*Ключевые слова:* парафункция жевательных мышц, бруксизм, стираемость зубов, протетические конструкции, окклюзия.

**T. N. Klimova, V. I. Shemonaev, K. A. Sargsyan, E. S. Borsheva**

## COMPREHENSIVE APPROACH TO DENTAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MASTICATORY MUSCLE PARAFUNCTION

Prosthetic treatment of patients with masticatory muscle parafunction means not only elimination of esthetic defect that occurred due to increased abrasion of teeth but also a comprehensive dental rehabilitation of patients in order to recover functional occlusion.

*Key words:* masticatory muscle parafunction, bruxism, dental abrasion, prosthetic design, occlusion.

Одной из наиболее сложных задач в стоматологической практике является комплексная реабилитация пациентов с парафункцией мышц, связанной с повышенной нецелесообразной активностью, напряжением или даже спазмом жевательной и мимической мускулатуры [1].

Парафункции жевательных мышц чаще встречаются у людей, чья профессиональная деятельность протекает в экстремальных условиях, требующих чрезмерного нервно-эмоционального и физического на-

пряжения, и проявляются симптомами бруксизма. В целом, люди с бруксизмом являются очень ранимыми, возбудимыми, очень тщательно чистят зубы, что усиливает потерю твердых тканей. Кроме того, отмечена и роль наследственности в возникновении бруксизма [2].

В зависимости от группы зубов, на которые приходится наибольшая нагрузка при их сжатии и скрежетании, определяется повышенная их стираемость, которая может быть как локализованной, так и генерализованной.

Обычно пациенты обращаются к стоматологу для улучшения эстетического результата. Однако при тщательном стоматологическом обследовании важно учесть не только эстетические требования пациента, но и провести комплексную стоматологическую реабилитацию.

Выбор метода лечения указанной патологии должен быть индивидуальным для каждого пациента и согласовываться с его общим состоянием и рекомендациями врачей общего профиля.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обосновать необходимость комплексной стоматологической реабилитации пациентов с парафункциональной активностью жевательных мышц для восстановления функциональной окклюзии, оптимальной для пациента.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В данной работе приведен клинический пример комплексного лечения пациента с эстетическими нарушениями зубных рядов, возникшими вследствие парафункциональной активности жевательных мышц.

Пациент 62 лет обратился на кафедру ортопедической стоматологии Волгоградского государственного медицинского университета с целью улучшения внешнего вида и устранения гиперчувствительности передних зубов вследствие потери твердых тканей. Стираемость зубов была вызвана бруксизмом и абразией твердых тканей в результате агрессивной чистки зубов.

На основании обследования полости рта, фотографий, диагностических моделей пациента и рентгенологического исследования (рис. 1) был поставлен диагноз: генерализованная повышенная стираемость зубов, горизонтальная форма, II степени, без снижения высоты нижнего отдела лица на фоне парафункции жевательных мышц.

В начале лечения необходимо было нормализовать окклюзионные взаимоотношения, устранив преждевременные контакты зубов (супраконтакты) и произвести «выравнивание» окклюзионных кривых.

При лечении парафункций жевательных мышц основное внимание должно быть направлено на устранение нецелесообразных нейромышечных сокращений жевательной мускулатуры.

Затем необходимо было провести релаксацию жевательных мышц для погашения закрепившихся

патологических рефлексов. В основе этого лежит использование специальных ортопедических аппаратов — капп, конструирование которых выполняют с учетом основного принципа лечения — повышение высоты нижнего отдела лица на 2 мм выше уровня «функционального покоя».

В этой связи на начальном этапе лечения данного пациента была изготовлена центрирующая каппа на верхний и нижний зубной ряд вакуумформовочным методом (рис. 2).

Основная цель заключалась в обеспечении правильного положения головок нижней челюсти в центральном соотношении. При надетой каппе окклюзионные контакты равномерно распределялись на опорных бугорках жевательных зубов нижней челюсти. В области передних зубов окклюзионные контакты были выражены слабее.

Пациенту были даны четкие рекомендации о необходимости постоянного использования каппы с перерывом только для ежедневных гигиенических процедур. В ходе лечения очень важно, чтобы зубы противоположных челюстей не контактировали между собой, чтобы не возобновлялась старая окклюзионная схема.

Для более эффективного лечения парафункциональной мышечной активности многие специалисты [2, 3] рекомендуют сочетать аппаратное лечение с медикаментозной терапией (транквилизаторы, седативные препараты, миорелаксанты), что не всегда осуществимо из-за условий профессиональной деятельности пациентов. Кроме того, лечение должно назначаться врачом общей практики.

В рассматриваемом клиническом примере было отдано предпочтение аутогенной тренировке, помогающей пациенту осознать вредную привычку и заставить себя отказаться от нее. Для достижения наибольшего релаксирующего эффекта был разработан индивидуальный комплекс специальных упражнений (миогимнастика).

Важно отметить, что такое комплексное лечение должно согласовываться с конкретными условиями профессиональной деятельности пациента.

Через 10 недель пользования каппой пациент отметил полное исчезновение чувства неловкости в жевательных мышцах и височно-нижнечелюстном суставе, что подтвердилось их безболезненной пальпацией.

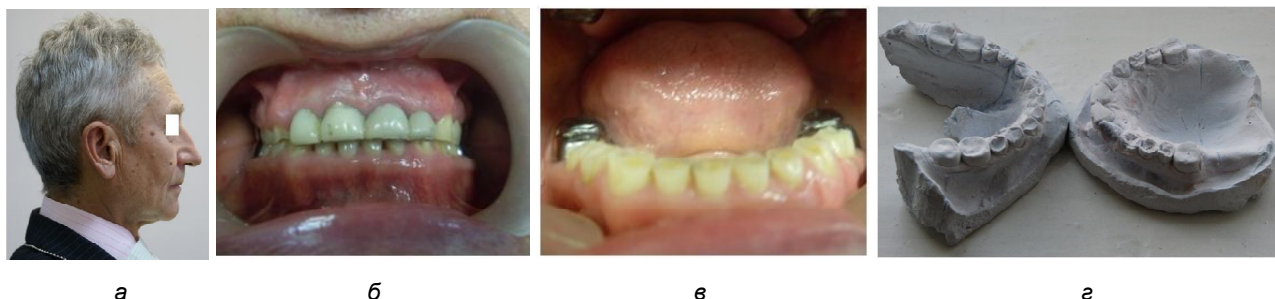


Рис. 1. Фотографии пациента до лечения: а — внешний вид; б, в — состояние зубных рядов в полости рта; г — диагностические модели



**Рис. 2. Центрирующая каппа, изготовленная вакуумформовочным методом**

Это позволило перейти к следующему этапу реабилитации, а именно эстетическому восковому моделированию (wax-up) на гипсовой модели для определения оптимального вида реставраций. Однако оно является лишь предварительным ориентиром, а правильность проведенных лечебных мероприятий, с эстетической и функциональной точек зрения, проверялось уже в полости рта пациента с помощью провизорных реставраций, изготовленных после препарирования зубов.

В качестве окончательных реставраций были изготовлены цельнолитые коронки на моляры и коронки, облицованные керамикой, на переднюю группу зубов, а также на первые и вторые премоляры.

Все протетические конструкции были зафиксированы на цемент и проверены окклюзионно-артикуляционные взаимоотношения (рис. 3).



а



б

**Рис. 3. Окончательные протетические конструкции в полости рта через 1 день (а) и через 6 месяцев (б) после фиксации на стеклоиономерный цемент «Фуджи I»**

Принимая во внимание тот факт, что бруксизм чаще всего связан со стрессами, пациенту рекомендовали рассмотреть возможность изменения образа жизни.

Кроме того, при таком большом реконструктивном лечении для завершенности стоматологической реабилитации и защиты постоянных протетических конструкций было предложено использовать трейнер (например, «Бруксогард») — моделируемый аппарат, который легко приспособывается к верхнему зубному ряду пациента и используется им во время ночного сна (рис. 4). Его конструктивной особенностью является утолщенное основание, обеспечивающее эффективную защиту окклюзионных поверхностей зубов пациента (рис. 5).



**Рис. 4. Трейнер от бруксизма**



**Рис. 5. Трейнер в полости рта пациента**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на важность достижения высокого эстетического результата, конечной целью протетического лечения является восстановление функциональной окклюзии, оптимальной для пациента. Только в таком случае можно обеспечить условия для благоприятного долгосрочного прогноза, в том числе с точки зрения сохранения эстетичного внешнего вида реставраций (рис. 6).

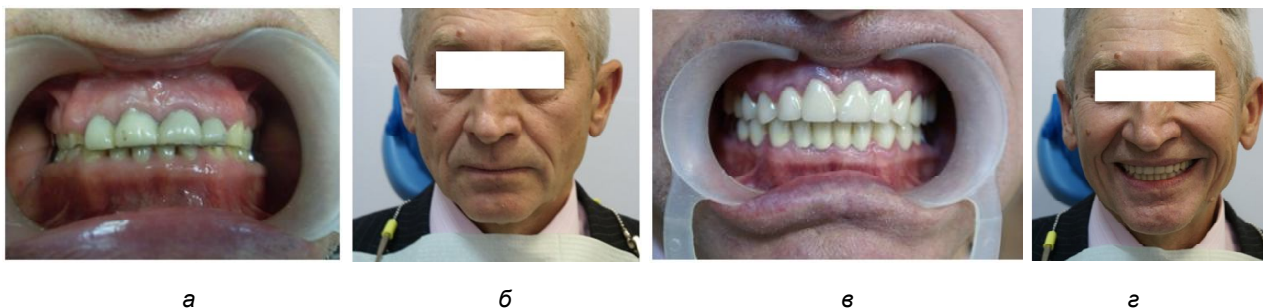


Рис. 6. Фотографии пациента до (а, б) и после (в, г) проведенного протетического лечения

Лучшим решением проблемы стираемости окклюзионных поверхностей зубов являются профилактические мероприятия и регулярные контрольные осмотры. К сожалению, в представленном клиническом примере убыль структур зубов превысила допустимый уровень. Тщательное обследование с получением всей клинической диагностической информации, сбор стоматологического и соматического анамнеза необходимы для определения связи стираемости с парафункциональными привычками. Лечение должно начинаться с определения и стабилизации суставного положения с помощью капповых аппаратов с последующим воспроизведением этого положения на окончательных протетических конструкциях. После окончания

лечения каппу можно с профилактической целью использовать во время сна или начинать ею пользоваться при рецидивировании и первых симптомах парафункции. При этом следует стремиться к удовлетворению эстетических и функциональных требований пациента путем наиболее консервативного варианта лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лассейн Т., Аошима Х., Шли Ж. // Prolab IQ. Международный ортопедический и зуботехнический журнал. — 2010. — № 11. — С. 37—48.
2. Хватова В. А., Чикунев С. О. Оклюзионные шины (современное состояние проблемы). — М.: «МИГ», 2010. — 56 с.
3. Dawson P. E. Functional Occlusion from TMJ to Smile Design. St.Louis: Mosby, 2007. — P. 13—27.