

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ ПАРАФУНКЦИЯХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ**

**Э.О. Исаков**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,  
кафедра ортопедической стоматологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье освещены вопросы особой врачебной тактики при диагностике и лечении парафункций жевательных мышц, приведен клинический пример с результатом лечения.

**Ключевые слова:** парафункции жевательных мышц, окклюзионные нарушения, психосоматическое состояние.

**ЧАЙНАТКЫЧ БУЛЧУНДАР КОШУМЧА АТКАРГАН КЫЗМАТТАГЫ  
ОККЛЮЗИЯЛЫК БУЗУЛУУЛАРЫНЫН ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ЖАНА  
ДАРЫЛООСУУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**Э.О. Исаков**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын  
ортопедиялык стоматология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада чайнаткыч булчундар кошумча аткарган кызматын диагностикасында жана дарылоосунда врачтык өзгөчө ыкма чагылдырылган, клиникалык мисал көрсөтүлгөн.

**Негизги сөздөр:** чайнаткыч булчундар кошумча аткарган кызмат, окклюзиялык бузулуулар, психосоматикалык абал.

**FEATURES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OCCLUSAL DISORDERS  
IN PARAFUNCTIONS OF MASTICATORY MUSCLES**

**E.O. Isakov**

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev,  
department of orthopedic dentistry,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** The article covers a special medical tactics in diagnosis and treatment of parafunction masticatory muscles, is a clinical example with the result of treatment.

**Key words:** parafunction of masticatory muscles, occlusal disorders, psychosomatic status.

**Введение.** Парафункции жевательных мышц имеют чрезвычайно разнообразную и сложную клиническую картину, трудности диагностики и лечения. Наблюдается у 35% детей, 27% - подростков, 5 – 6 взрослых [1, 2, 3, 10]. При этом у студентов во время сессии и солдат первого года службы могут отмечаться в 40 – 70% случаев. В этиологии заболевания особо следует отметить хронический стресс. Причинами появления парафункций могут быть также психические расстройства, приводящие к повышению катехоламинов в крови. Парафункции считаются проявлением невроза. [4, 5, 10].

Особую роль в возникновении парафункций жевательных мышц отводят окклюзионным нарушениям. Определяются три типа таких нарушений:

- 1) Преждевременные контакты сопровождающиеся небольшим смещением нижней челюсти при смыкании зубов (направляющие преждевременные контакты)
- 2) Артикуляционные препятствия мешающие движению нижней челюсти
- 3) Нарушение окклюзионных контактов и концентрация их на отдельных зубах в центральной окклюзии [1, 9].

Роль окклюзионных нарушений в развитии дискомфорта и гиперактивности жевательных мышц подтверждается многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями [5].

Парафункции жевательных мышц иногда имеют скрытое течение и не диагностируются, возможно их безболезненная форма, при которой трудно отличить нормальную физиологическую

активность от парафункциональной, связанной со сжатием зубов или их скрежетанием.

Важную роль в диагностике бруксизма многие авторы, отводят анамнезу. Применяли специальное анкетирование, которое позволяло выявить личностные особенности пациентов, профессиональные вредности, вредные привычки, особенности личной жизни, стрессовые факторы, заболевания внутренних органов и систем [1, 7, 9].

При обследовании пациентов с парафункцией жевательных мышц применяется рентгенография зубов и височно – нижнечелюстных суставов, электромиография жевательных мышц, реопародонтография, мионометрия, эндокринологическое исследование, гнатодинамометрия [2].

Многими авторами были изучены проявления бруксизма в разных возрастных группах [9] и пришли к выводу, что на возраст от 20 – 30 лет приходится наибольшая доля (41,8%) всех случаев обращения за медицинской помощью в связи с нарушением функции жевательных мышц.

Лечение больных с бруксизмом проводилось комплексно: применялись встречные капли, медикаментозные и физиотерапевтические средства, массаж, миогимнастика, аутогенная тренировка, гипноз, акупунктура [1, 2, 4].

Устранение окклюзионных препятствий приводит к снижению мышечного тонуса и ликвидации или дисфункции. Неправильно проведенное шлифование зубов на одной стороне вызывает возникновение преждевременных контактов на противоположной стороне, а шероховатые поверхности зубов могут провоцировать бруксизм [4]. Даже после тщательно проведенного шлифования если имеются психические расстройства, продолжается скрежетание зубами [6].

Вышеуказанное указывает на актуальность изучения особенностей парафункций жевательных мышц и их лечения.

Больные с парафункциями жевательных мышц нуждаются в диспансерном наблюдении. Это объясняется сложностью клинической картины, быстрыми её изменениями, возможностью усложнения самих парафункций [8, 10].

Окклюзионные изменения, однако, не всегда приводят к нарушениям функции мышц и сустава, так как зубочелюстная система, обладает адаптацией. В этом плане важнейший фактор – психическое состояние. Эмоциональное напряжение уменьшает возможности функциональной адаптации зубочелюстной системы [1, 6, 8].

**Целью** исследования является повышение качества лечения парафункций жевательных мышц

с помощью качественной диагностики и с учетом психосоматического состояния пациентов.

### **Материал и методы исследования**

Нами было обследовано и принято на лечение 30 больных в возрасте от 20 – до 30 лет. Из них 20 мужчин и 10 женщин. Больные были разделены на 3 группы:

- с травмой фронтальных 11 и 21 зубов (1)
- с дефектами твердых тканей зубов (20), из них 12 – запломбированные зубы, 8 – с одиночными коронками из керамики
- с частичной адентией (9) по классификации Кеннеди 3 класс с деформацией зубных рядов и окклюзионными нарушениями.

У 29 пациентов диагностированы повышенная стираемость зубов, а 1 пациент с травмой и дефектом поверхности зуба.

Всем больным были проведены клиническое обследование, психологическое тестирование по методике ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный тест). Методика представляет собой учреждения, касающиеся общего состояния здоровья, сердечно-сосудистых, желудочно – кишечных, мочеполовых, неврологических и прочих расстройств, сексуальных и семейных отношений, привычек, страха, галлюцинаций, общих социальных и моральных установок, самооценки и др. Изучали диагностические модели в артикуляторе современного типа, ЭМГ собственно жевательных и височных мышц.

При клиническом обследовании выяснялись основные проявления заболевания: сжатие зубов, скрежетание зубами, «беспищевое жевание», отсутствие положения функционального покоя нижней челюсти, спазм жевательных мышц, наличие болевых точек при пальпации передней поверхности собственно жевательной мышцы за альвеолярными буграми верхней челюсти. Уточняли частоту головных болей, спазмов области головы, шеи, наличие дискомфорта, напряжения, быстрой утомляемости мышц во время приема пищи, слабости жевательных мышц после сна, сухости в полости рта, наличие боли при накусывании на некоторые зубы и их подвижности. По данным анамнеза устанавливали начальные признаки нарушения деятельности жевательных мышц и возможные их причины. Оценивали наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов, нервной системы, гормональных и обменных расстройств, воспалительных заболеваний и травм челюстно – лицевой области, нарушений осанки и остеохондроза позвоночника, аллергии, нарушений сна.

Выясняли также, проводилось ли ранее ортодонтическое лечение, избирательное пришлифовывание зубов, лечение с использованием капп, протезирование.

При внешнем осмотре обращали внимание на наличие асимметрии лица, совпадения межрезцовых линий. Пальпировали жевательные мышцы и ВНЧС, височные и латерально-крыловидные мышцы в состоянии физиологического покоя и при сжатии зубов, оценивали состояние зубов, зубных рядов и прикуса.

Для изучения диагностических моделей снимали оттиски альгинатным материалом «Hidrogum» и отливали модели верхней и нижней челюстей из супергипса 3-го поколения.

Электромиографию собственно жевательных и височных мышц осуществляли на 4-х канальном электромиографе.

### Результаты и обсуждение

Некоторые из обследованных (22,7%) затруднились указать конкретную причину возникновения парафункций жевательных мышц. Наиболее частой причиной был стресс, психоэмоциональная нагрузка.

Анализ результатов психосоматического тестирования показал, что для 86% обследованных характерны неустойчивость эмоционального состояния, повышенная возбудимость, раздражительность и болезненное переживание неудач. В 14% наблюдений определены средний уровень удовлетворенности собой и качеством своей жизни.

Нарушение деятельности жевательных мышц часто сочеталось с нарушениями функций желудочно-кишечного тракта (20%), ЛОР-органов (20,7%), нарушениями сна (40%), спазмами мышц в области головы, шеи (13,6%).

При изучении окклюзии чаще всего встречался ортогнатический прикус 60% реже глубокое резцовое перекрытие, открыты, перекрестный и глубокий виды прикуса. Скученное положение передних зубов отмечено у 30,8% обследованных, чаще на нижней челюсти. У большинства видимой асимметрии лица не наблюдалось, однако межрезцовые линии не совпадали у 40% случаев.

При изучении диагностических моделей в артикуляторе установлены существенные различия окклюзионных взаимоотношений зубных рядов в центральном соотношении и в привычной окклюзии. Преждевременные контакты обнаруживались чаще, чем при клиническом обследовании. У подавляющего большинства обследованных (90%) центральное соотношение челюстей не совпадало с центральной окклюзией. У половины обследованных отмечалась боковая окклюзия, водимая клыками.

ЭМГ собственно жевательных и височных мышц всех пациентов выявила асимметрию активности одноименных мышц при сжатии зубов, увеличение времени активности и уменьшение времени покоя.

Результаты исследований показывают необходимость устранения преждевременных окклюзионных контактов путем избирательного пришлифовывания. Как следует из данных литературы, методы лечения парафункций жевательных мышц не дают желаемого эффекта без учета психосоматического состояния пациентов с данной патологией [1, 7, 9, 10].

Приводим клинический пример. Пациент Э., 35 лет, обратился в клинику ортопедической стоматологии КГМА с жалобами на подвижность центральных резцов верхней челюсти из-за травмы, полученной 2 недели назад.

При опросе было выявлено привычка сжатие зубов из-за страха удаления подвижных зубов, также были боли в жевательных мышцах, чувство онемения зубов по утрам. Центральные резцы входили в преждевременные контакты, мешая прикусу и нормальному движению нижней челюсти.

Пациент все время думал о своих зубах, во сне их терял. Спазм и боли в жевательных мышцах усиливались при появлении кислого привкуса во рту, так как у него имелся гастрит с повышенной кислотностью.

При осмотре асимметрии лица не обнаружено. Высота нижней трети лица не изменена. Пальпация поверхностной части собственно жевательной мышцы сопровождалась неприятными болезненными ощущениями, в переднем отделе выявлена повышение тонуса. Движения головки нижней челюсти плавные, пальпация височно-нижнечелюстных суставов безболезненна. Осмотр полости показал, что 46;47 и 36 зубы были удалены много лет назад.

На клыках и первых премолярах обеих челюстей, а также на верхних вторых молярах имеются неглубокие фасетки стирания. Зубоальвеолярное удлинение 16 и смещение в мезиодистальных направлениях 34, 37 зубов. Вид прикуса – ортогнатический.

При изучении диагностических моделей в артикуляторе в центральном соотношении выявлен преждевременный контакт на зубах 11;21.

При электромиографии собственно-жевательных и височных мышц обнаружены асимметрия их активности при сжатии зубов, увеличение времени активности и уменьшение времени покоя.

**Лечение.** На 1 этапе для устранения супраконтактов проводили избирательное шлифование по общепринятой методике с учетом статических и динамических фаз артикуляции. Через 2-3 дня после манипуляции отмечено субъективное ощущение улучшения, пальпаторное уменьшение напряжения в жевательных мышцах. Но ночное скрежетание зубами продолжалось, потому что ощущал дискомфорт в организме из-за проблем в связи с гастритом, который вызывал стрессовое состояние, что в свою очередь приводит к возобновлению симптомов парафункций жевательных мышц.

Через 5 дней проводили повторное избирательное шлифование, рекомендовано было лечение у гастроэнтеролога, после консультации с психиатром назначили малые транквилизаторы.

На 10-й день, после двух процедур избирательного шлифования отмечалось значительное улучшение состояния.

Со стороны желудочно-кишечного тракта жалоб не было и стрессовое состояние не возникло. Неприятные ощущения при пальпации жевательных мышц и отсутствие жалоб на боли в них свидетельствуют о компенсации у пациента повышенной функции жевательных мышц.

Дальнейшее лечение проводилось путем изготовления постоянных протезов, восстанавливающих дефекты зубных рядов после предварительной релаксации жевательных мышц с помощью временных капп из акриловых пластмасс.

Таким образом лечение парафункций должно быть комплексным с привлечением врачей разного профиля.

**Выводы:**

1. С точки зрения протезирования пациенты с парафункциями жевательных мышц относятся к группе риска в виду чрезвычайно сложной и разнообразной клинической картины, трудностей диагностики и лечения.
2. Важную роль в диагностике парафункций играет анамнез, где с помощью специального

анкетирования выясняют личностные особенности пациентов, профессиональные вредности, вредные привычки, особенности личной жизни, стрессовые факторы, заболевания внутренних органов и систем.

3. Лечение парафункций жевательных мышц должно быть направлено на устранение этиологии данной патологии комплексным методом.

**Литература.**

1. Аболмасов Н.Т., Аболмасов В.А., Бычков В.А., А. Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. – Москва. Мед. пресс-информ, 2005 – 239с.
2. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Клинические формы парафункций жевательных мышц. Стоматология. 1987. – 40 – 43 с.
3. Калинина А.В., Загорский В.А. Протезирование при полной потере зубов. М. Медицина 1990 – 96 с.
4. Стуклер Х. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов. М. Азбука. 2006 – 38 с.
5. Трезубов В.Н., Мишнев Т.М., Сапронова О.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии Санкт-Петербург. Спец лит. 2007 – 366 с.
6. Щербатов И.С. Состояние пародонта зубов человека при первичной функциональной перегрузке// Материалы конференции по проблеме: Функциональная анатомия зубо-челюстной системы. М. 1966 – 108 с.
7. Dawson P.E Functional occlusion: TMJ to smile design. Canada: Mosby 2007; 630.
8. Glaros A.G., Williams K., Lausten L. The role of parafunctions, emotions and stress in predicting facial pain. J Am Dent Ass 2005;136:451. – 458.
9. Johansson A., Unell L., Carlsson G et al. Associations between social and general health factors and symptoms related to temporomandibular disorders and bruxism in a population of 50 year old subjects. Acta Odontol Scand 2004;62:231. – 235.
10. Manfredini D., Landi N., Romagnoli M., Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dent J 2004;49:84 – 89.