



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 9333

(13) U

(51) 7 A61C19/06

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**  
**ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ**  
**НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГЛОСОДИНІЮ**

1

2

(21) u200502621

(22) 23.03.2005

(24) 15.09.2005

(46) 15.09.2005, Бюл. № 9, 2005 р.

(72) Політун Антоніна Михайлівна, Жегулович  
Зінаїда Єгорівна, Бешарова Таїра Киримівна, Лев-  
ченко Ганна Василівна(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМ. О. О. БОГОМОЛЬЦЯ(57) Спосіб лікування хворих на глосодинію, що  
включає загальне і місцеве медикаментознелікування та раціональне протезування, який  
відрізняється тим, що на фоні медикаментозного  
лікування додатково на одній із щелеп фіксують  
діагностично-лікувальну міжщелепну шину, виго-  
товлену із ортодонтичної пластмаси з урахуван-  
ням центрального співвідношення щелеп; при  
цьому пацієнту рекомендують користуватись ши-  
ною 8-10 годин на добу впродовж 2-3 тижнів із  
проведенням оклюзійної корекції шини відповідно  
до індивідуальних відчуттів пацієнта.

Корисна модель, що заявляється відноситься до медицини, а саме до стоматології, і може бути використана в комплексному лікуванні глосодинії.

Глосодинія - системне захворювання, яке проявляється головним чином печією в порожнині рота та психопатичним синдромом внаслідок дезінтеграції соматичних та вегетативних утворень, що інервують порожнину рота на системному та надсистемному рівнях [1].

Розвитку глосодинії сприяють загальні та місцеві чинники. Із загальних - хронічні захворювання травлення, ендокринних органів (найчастіше щитоподібної залози, яєчників), хронічна недостатність кровопостачання головного мозку, три-жовчно-млявий тип особистості хворого, стрес [2].

Поряд з тим, особливе значення мають зміни стану порожнини рота, щелепно-зубного апарату, а саме, неякісні пломби та зубні протези, утертість зубів, нераціональне протезування, відсутність або порушення оклюзійних співвідношень, дисфункція жувальних м'язів, гальваноз [3].

Клінічні прояви глосодинії, зокрема печія, розлад слиновиділення та смакових відчуттів, втомлення, дискомфорт язика та губ тяжко переносяться хворими та приводять до змін в психоемоційній сфері (астенії, неврозу, іпохондрії, депресії, канцерофобії), що негативно відображається на працездатності та загалом знижує якість життя [4].

За останні роки спостерігається стійка тенденція зростання захворюваності на глосодинію серед населення обох статей працездатного віку.

За даними вітчизняних та зарубіжних авторів, розповсюдженість глосодинії досягає від 5 до 18 чоловік на загальну популяцію.

Для лікування хворих на глосодинію запропоновано багато способів, як загальної так і місцевої дії, зокрема, медикаментозних, фізіотерапевтичних, рефлекторних та розширеної стоматологічної санації (лікування карієсу та його ускладнень, хвороб пародонту, слизової оболонки, усунення дефектів зубних рядів). Але відсутність єдиних стандартів лікування хворих на глосодинію, що обумовлено складними механізмами її виникнення, поліморфізмом клінічних проявів, надзвичайно ускладнює вибір лікування кожного хворого, і тому подальше удосконалення лікувальних заходів є актуальною проблемою (5).

Відомий спосіб діагностики та лікування глосодинії (6), який обраний нами за прототип. За цим способом комплексне патогенетичне лікування хворих на глосодинію проводиться за індивідуальною схемою з урахуванням вегетативного статусу, характеру вісцеральної патології, загального стану та віку пацієнта. Лікування включає медикаментозну терапію, психотерапевтичні методи. Лікування проводиться за методиками загального та місцевого рівня, доповнюється загальноукріплюючими процедурами, дієтою, санацією порожнини рота та раціональним протезуванням.

Лікування за даною схемою довгострокове, потребує багато часу. Призначення великої кількості нейролептиків, транквілізаторов, седативних

U  
(13)9333  
(11)UA  
(19)

препаратів впливає на працездатність та загальний стан пацієнта.

У той же час, у літературі описані спостереження, що ортопедичні міроприємства, які включають корекцію протезів, нормалізацію оклюзійної висоти та видалення різнорідних металів часто призводить до виздоровлення.

В основу корисної моделі покладено задачу удосконалення способу лікування глосодинії за рахунок оптимізації ортопедичного етапу лікування, скорочення термінів лікування, зменшення фармакологічного навантаження на організм.

Технічний результат, що досягається в результаті вирішення поставленої задачі, полягає в зникненні симптомів глосодинії, покращанні функціонування жувального апарату, підвищенні якості життя.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає загальне і місцеве медикаментозне лікування та раціональне протезування згідно корисної моделі на фоні базової терапії додатково на одній із щелеп фіксують діагностично-лікувальну міжщелепну шину, виготовлену із ортодонтичної пластмаси з урахуванням центрального співвідношення щелеп; при цьому пацієнту рекомендують користуватись шиною 8-10 годин на добу впродовж 2-3 тижнів з проведенням оклюзійної корекції шини відповідно до індивідуальних відчуттів пацієнта.

Клінічна оцінка самопочуття пацієнта на протязі 2-3 тижнів підтверджує ефективність визначеної позиції та зникнення симптомів патологічного стану. Фіксація визначеного співвідношення щелеп шляхом раціонального протезування або реставрації оклюзійних поверхонь з урахуванням вимог статичної та динамічної оклюзії завершує ортопедичний етап лікування.

Спосіб виконується таким чином:

На фоні призначеної загальної та місцевої медикаментозної терапії проводять клінічний аналіз статичної та динамічної оклюзії, стану м'язів, скронево-нижньощелепних суглобів хворого на глосодинію. З допомогою депрограматорів м'язів фіксують центральне співвідношення щелеп та міжоклюзійну висоту (отримується реєстрат силіконом), яке підтверджується рентгенологічним дослідженням. Моделі щелеп фіксують в артикуляторі у гнатостатичному положенні завдяки використанню лицьової дуги. Співвідношення моделей щелеп встановлюють у зафіксованому положенні на основі силіконового реєстрату. На основі отриманих співвідношень моделей щелеп виготовляють діагностично-лікувальну шину з ортодонтичної пластмаси, яку фіксують на одній із щелеп. Інша щелепа при змиканні фіксується у певному положенні, яке сформоване на поверхні шини. Пацієнту рекомендують користуватись такою шиною 8-10 годин на добу. На протязі 2-3 тижнів пацієнти з'являються на корекцію, під час якої на основі індивідуальних відчуттів пацієнта проводять оклюзійну корекцію шини.

Практично усі пацієнти у термін 1-3 доби після накладання шини відмітили зменшення або зникнення симптомів печії, оніміння, сухості. У той-же час 8 із 12 пацієнтів відмітили, що вони змушені

користуватись шиною практично весь час, бо після зняття шини, десь через півгодини, симптоми глосодинії починають відновлюватись.

Після досягнення стійкого стану комфорту, оклюзійні співвідношення щелеп аналізують в артикуляторі, після чого планують відновлення форми оклюзійних поверхонь зубів. Протезування хворих на глосодинію виконують одномоментно з використанням високоякісних сплавів. Такий шлях протезування є профілактикою гальванозу. Після проведення протезування з урахуванням індивідуальних вимог пацієнта корекції протезів не потребується, що забезпечує повноцінне функціонування жувального апарату.

Основними відмінностями способу, що заявляється, є: використання гнатологічних принципів позиціонування щелеп, що в свою чергу, забезпечує значно вищий рівень функціонування компонентів жувального апарату, і впливає на стан судинно-нервової ланки. Завдяки врахуванню досягнутого комфортного співвідношення щелеп, є можливість виготовити конструкції протезів більш функціональними. Об'єктивно оцінені і функційно адаптовані співвідношення щелеп створюють умови для швидкого звикання до створених комфортних відновлень оклюзійної поверхні, які в свою чергу, впливають на діяльність гнатологічного комплексу у цілому.

У порівнянні з прототипом способів, що заявляється, дає можливість:

- значно скоротити терміни лікування глосодинії;
- зменшити фармакологічне навантаження на організм при лікуванні;
- на протязі незначного періоду часу досягти покращання функціонування жувального апарату;
- забезпечити відновлення оклюзії шляхом протезування та реставрацій з урахуванням індивідуальних функціональних вимог пацієнта;
- виконати протезування одномоментно з використанням високоякісного сплаву;
- зникає потреба у індивідуальній корекції протезів.

Приклади конкретного використання способу:

Приклад 1. Пархоменко Г.М., 1939 року народження (медична карта 3 3509) звернулася в стоматологічну клініку Національного медичного університету 29.06.04. зі скаргами на печію кінчика язика та ясен, яка виникає вдень, не відчувається під час прийому їжі, чупроводжується сухістю, дискомфортом у порожнині рота, тривогою. Вважає себе хворою один тиждень. Перед цим впродовж двох місяців лікувалася в стоматологічному відділенні районної поліклініки з приводу болі в зубах правої верхньої щелепи (15, 16, 17 зуби депульповані, 18 зуб видалений). До появи зубного болю пацієнтка до стоматолога не зверталася, вважаючи, що має здорові зуби, хоча і відмічала поступові зміни їх форми.

Впродовж багатьох років страждає хронічним дуоденітом, хронічним холециститом, хронічним панкреатитом. У 1977 р. перенесла часткову резекцію правої молочної залози з приводу фіброміоми, а в 1982 р. - видалення поліпу шийки матки.

В стоматологічній клініці НМУ пацієнтці прове-

дено клініко-лабораторне та рентгенологічне обстеження. Встановлено клінічний діагноз: глосодинія, генералізований пародонтит II ступеня, хронічний перебіг. Проведено лікування, направлене на нормалізацію функції органів системи травлення, кровообігу, нервової системи та місцевого лікування слизової оболонки рота, що привело до покращання загального стану хворої, але не позбавило її основного симптому - печії у порожнині рота.

Зважаючи на наявність порушень оклюзійних співвідношень щелеп, стирання жувальної поверхні, порушення форми поверхні внаслідок пошкодження пломб, а також хронічного перебігу генералізованого пародонтиту, пацієнтці рекомендовано обстеження у ортопеда та лікування на кафедрі ортопедичної стоматології.

Пацієнтку було проконсультовано у ортопеда-стоматолога. Проведено спеціалізоване клінічне обстеження, комп'ютерних томографію скронево-нижньощелепних суглобів, аналіз моделей в артикуляторі в звичайній оклюзії та центральному співвідношенні. В результаті обстеження виявлено зниження висоти прикусу, гіпермобільність суглобових голівок. При змиканні зубних рядів у звичайному прикусі спостерігалось перенавантаження фронтальної групи зубів, внаслідок чого зуби змінили положення. При аналізі моделей у центральному співвідношенні виявлено дистальне зміщення положення нижньої щелепи по відношенню до верхньої з міжоклюзійною відстанню по вертикалі у 3-4 мм.

09.07.04 р. пацієнтці виготовлено міжщелепну стабілізуючу шину з ортодонтичної пластмаси у положенні центрального співвідношення. Шина знімна і зафіксована на нижній щелепі. Надані рекомендації користуватися шиною вночі.

Через три дні пацієнтка відмітила, що біль та печія зникли. Залишилося відчуття дискомфорту від дистального положення нижньої щелепи. Пацієнтці проведено корекцію поверхні шини з формуванням сковзання вперед на 1 мм.

Через чотири дні пацієнтка звернулася зі скаргою на відчуття, що більше відчувається контакт з шиною зліва. Проведено корекцію шини до відчуття рівномірності контакту з поверхнею.

Через тиждень, враховуючи скарги пацієнтки на бажання стискати весь час зуби, проведено підвищення висоти прикусу на 1-1,5 мм за допомогою швидкотвердіючої пластмаси.

Під час планової корекції пацієнтка не скаржилась більше на наявність печії. Але пацієнтка відмітила, що попри рекомендації, вона користувалась шиною увесь час, так як вже через годину - дві з'являється відчуття дискомфорту.

Пацієнтці проведено клінічне обстеження зубів та зубних рядів. Рекомендована терапевтична підготовка зубів з метою подальшого раціонального протезування зубних рядів з урахуванням досягнутого комфортного співвідношення щелеп та створення функціональних оклюзійних контактів поверхонь зубів.

Приклад 2. Позій Ігор Валерійович, 1965 року народження (медична картка № 6704) звернувся в стоматологічну клініку НМУ 21.09.04 р. зі скаргами на печію язика та ясен, відчуття густої тягучої сли-

ни. Печія виникає вдень, не відчувається під час прийому їжі. Вважає себе хворим впродовж двох років. Два роки назад пацієнт отримав металокерамічні мостоподібні протези (20 одиниць) у бокових ділянках на верхню та нижню щелепи. Два тижні після протезування зубів, з'явилась печія у порожнині рота. Через місяць після зняття зубних протезів печія не зникла. З анамнезу відомо, що хворий впродовж 5 років страждає на хронічний дуоденіт, хронічний холецистит. Не зважаючи на постійне лікування протягом 2 років препаратами, нормалізуючими секреторну та моторну функції органів системи травлення та ліками місцевої дії на слизову оболонку порожнини рота, це не привело до зникнення печії.

В стоматологічній клініці НМУ хворому проведено клініко-лабораторне та рентгенологічне (ортопантомографія) обстеження. Встановлено клінічний діагноз глосодинія, порушення прикусу. Хворому призначено консультацію ортопеда на кафедрі ортопедичної стоматології з метою ортопедичного обстеження та лікування.

Проведено клінічне обстеження, комп'ютерну томографію скронево-нижньощелепних суглобів, аналіз моделей в артикуляторі в звичайній оклюзії та у положенні центрального співвідношення щелеп. Виявлено зниження висоти прикусу. При аналізі моделей у центральному співвідношенні отримано дистальне положення нижньої щелепи з міжоклюзійною відстанню по вертикалі у 2 мм.

29.09.04 р. пацієнту виготовлено лікувально-профілактичну міжщелепну стабілізуючу шину з ортодонтичної пластмаси у положенні центрального співвідношення. Шина знімна і зафіксована на нижній щелепі. Надані рекомендації користуватися шиною вночі.

06.10.04 р. пацієнт з'явився на корекцію. Скарг не було. Пацієнт користується шиною весь час, так як вже через півгодини виникає відчуття дискомфорту.

Для контролю проводили спостереження ще три тижні. На печію та дискомфорт у порожнині рота при користуванні шиною пацієнт не скаржився.

Спосіб, що заявляється, був апробований та застосовується для ортопедичного лікування хворих на глосодинію у стоматологічній клініці Національного медичного університету. У порівнянні з прототипом цей спосіб є більш ефективним, дає можливість скоротити терміни лікування, швидко досягти покращання функціонування жувального апарату, забезпечити відновлення оклюзії.

Література:

1. Дичко Е.Н. Роль некоторых показателей слизистой оболочки полости рта в диагностике и лечении больных глоссалгией: Автореф. кандидатской диссерт.- Днепропетровск, 1972.- 16с.
2. Антоненко М.Ю., Бешарова Т.К., Шотиди Д.Г. Характер и частота основных нейростоматологических заболеваний при эндокринных нарушениях // Актуальные вопросы стоматологии.// - Полтава, 1991.- Т.1 -С.15-16.
3. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейростоматологии. М., Медицина.- 1981.-С.95-97.
4. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушенной функциональной окклюзии.- Н.Новгород.-

1996.- С. 141.143.

5. Яворская Е.С. Клиника, этиология, патогенез и лечение глоссодинии как висцерорефлекторного бульбарного синдрома: Автореф. дис.

докт.мед.наук.- К., 1972.- 41с.

6. Яворская Е.С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области.- Киев.- 2000.- С.60-76.

..