

# ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН У ПАЦИЕНТОВ С АРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

*М.А. Бунина, В.Н. Ралло*

*Белорусский государственный медицинский университет*

В последнее время в стоматологической литературе большое внимание уделяется лечению височно-нижнечелюстного сустава (далее — ВНЧС) и жевательных мышц с помощью специальных окклюзионных шин. Применение шин считается высокоэффективным методом лечения патологии ВНЧС и жевательных мышц, поскольку, нормализуя окклюзионные взаимоотношения зубных рядов, они снимают боль в околоушно-жевательной области без структурных изменений окклюзии. Окклюзионная шина должна обеспечить оптимальное положение нижней челюсти по отношению к верхней в положении центральной окклюзии с созданием значительного количества окклюзионных контактов, создавать благоприятные условия для жевания, а также не нарушать внешний вид пациента. По цели применения различают разобщающие, репозиционные, релаксационные и стабилизирующие окклюзионные шины, хотя каждый аппарат сочетает в себе элементы комплексного воздействия на зубочелюстную систему [1]. Несмотря на то, что применение шин из пластмассы традиционно считается консервативным методом лечения, не следует их применять необоснованно, это всегда связано с риском возникновения трудно устранимых побочных эффектов. Акриловые шины, удерживая нижнюю челюсть в переднем или боковом положении и разобщая зубные ряды на заданную величину, могут еще в большей степени вызвать ухудшение состояния ВНЧС и жевательных мышц, а при длительном ношении вызвать необратимые изменения окклюзии. Выбор метода лечения с применением шины всегда должен быть основан на высокой вероятности устранения боли или других нарушений со стороны ВНЧС и жевательных мышц [2].

С этой целью необходимо проводить клинические, лабораторные и дополнительные исследования. Обязательно использовать высокоинформативные методы диагностики (КТ, МРТ, панорамную зонографию, ЭМГ), которые выявляют у пациентов анатомо-физиологические изменения и в сочетании с клиническими проявлениями с большой степенью вероятности позволяют предположить, что боли в ВНЧС являются следствием окклюзионных нарушений.

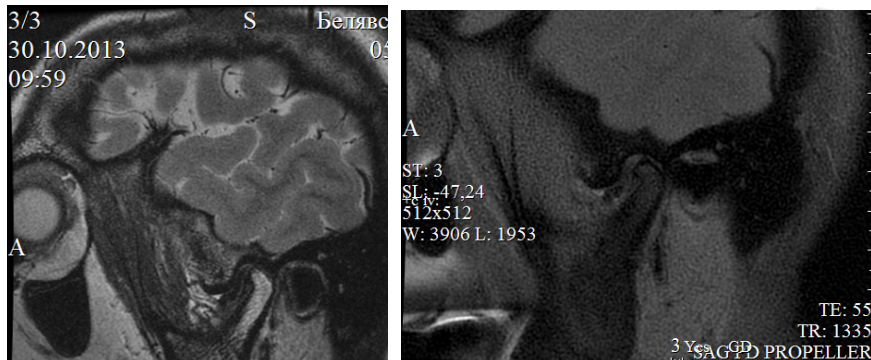
Так, у пациентов с артрозом ВНЧС мы, как правило, применяли разобщающие и стабилизационные окклюзионные шины. Данные виды шин использовались нами как часть комплексного лечения болезней ВНЧС. Разобщающие шины полностью перекрывают зубной ряд одной из челюстей и применяются как при снижении высоты нижнего отдела лица и смещении обеих суставных головок ВНЧС назад или вверх, так и при нормальной высоте нижнего отдела лица. Причиной данной патологии может быть нерациональное протезирование, патологическая генерализованная стираемость, дефекты зубных рядов (1, 2-й класс по Кеннеди). Разобщающая шина подгоняется в полости рта с учетом центральной, передней и боковых окклюзий с сохранением разницы между физиологическим покоем и окклюзионной высотой.

Стабилизирующая окклюзионная шина применяется при вынужденном положении нижней челюсти вследствие наличия преждевременных окклюзионных контактов. На фоне выраженных признаков остеоартроза. Как правило, определяется ассиметричное положение суставных головок в суставных ямках. Причиной данной патологии могут быть нерациональное протезирование, неравномерная патологическая стираемость, дефекты зубных рядов (3-й класс по Кеннеди). Шина восстанавливает правильные окклюзионные контакты и нормализует функциональное состояние жевательных мышц. Такая шина изготавливается так, чтобы иметь наибольшее количество окклюзионных контактов с зубами антагонистами на момент первичного приема. Шина используется пациентом круглосуточно. В период лечения жевательные мышцы расслабляются, и нижняя челюсть смещается, занимая правильное положение по отношению к верхней, что требует коррекции шины. Пациентов необходимо обследовать не реже одного раза в неделю. После ношения такой шины пациент легко устанавливает нижнюю челюсть в центральное соотношение. По окончании периода терапии с применением данной шины (от 3 до 6 мес.) пациенту проводят рациональное протезирование. В качестве примеров применения окклюзионных шин приводим следующие наблюдения.

Пациентка Б., 54 года, обратилась с жалобами на боль в области ВНЧС слева, затрудненное открывание рта. Боль усиливается при движении и в холодную погоду. Поскрипывание левого сустава. Снижение высоты нижнего отдела лица в пределах 2–3 мм, при открывании рта — смещение нижней челюсти влево.

При пальпации ВНЧС определяется крепитация в области ВНЧС слева, при пальпации жевательных мышц — болезненность *M. masseter s.*, *M. temporalis s.*, *M. pterygoideus d.*

Заключение МРТ: в положении центральной окклюзии смещение дистально обеих суставных головок, больше слева. Субхондральный склероз суставных поверхностей, краевые остеофиты. Гипоплазия правого суставного отростка. При открывании рта — дислокация дисков вперед (больше слева) (рисунок 1).



**Рисунок 1 — МРТ ВНЧС пациентки Б. справа и слева, в положении центральной окклюзии**

Клинический диагноз — частичная вторичная адентия нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди), дефект коронок зубов 37, 36, 35, 34, 47 (ИРОПЗ >0,8). Стертость зубов 33, 32, 31, 41, 42, 43. Остеоартроз ВНЧС.

Пациентке изготовлена стабилизационная окклюзионная шина на нижнюю челюсть, которая восстанавливает высоту нижнего отдела лица с помощью окклюзионных накладок из пластмассы на естественные зубы, а также непрерывность зубного ряда справа за счет использования в конструкции шины искусственных зубов (рисунок 2). Пациентке даны рекомендации по пользованию шиной. После срока лечения рекомендовано рациональное протезирование.



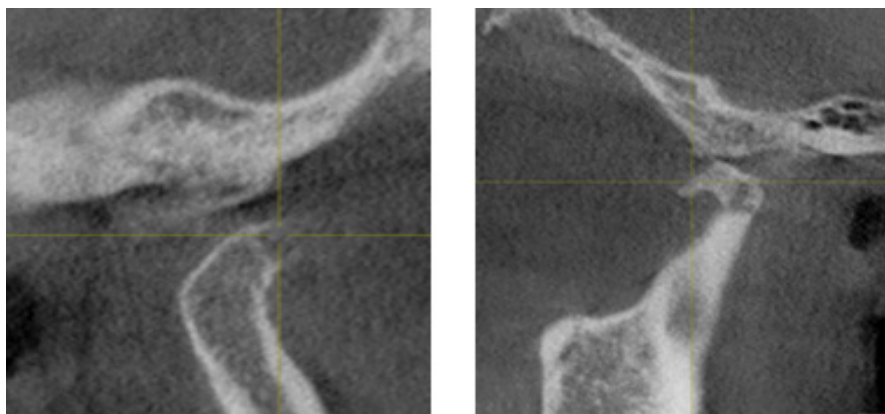
**Рисунок 2 — Стабилизационная окклюзионная шина на нижнюю челюсть, пациентка Б., 54 года**

Пациентка Л., 55 лет, обратилась с жалобами на боли в области ВНЧС слева, частое «заклинивание» и резкую боль при жевании.

Пациентка ранее неоднократно обращалась за медицинской помощью по поводу обследования и лечения ВНЧС. Ей было предложено хирургическое лечение данной патологии, от которого она отказалась.

При осмотре полости рта — прикус ортогнатический, отсутствие зуба 45, пломбы в зубах 25, 36, 35, 44. Остальные зубы интактны. Пальпация ВНЧС слева — болезненная. Пальпация жевательных мышц определяет чувствительность *M. masseter s.*, *M. temporalis s.*, *M. pterygoideus d.*, *s.*

Заключение МРТ: правый ВНЧС. В положении центральной окклюзии, суставная головка смещена назад в суставной ямке. Головка мыщелка ремоделирована — плавно скошена латерально. Суставной диск деформирован. При открытом рте головка мыщелка смещается за верхушку суставного бугорка, полная репозиция диска. Левый ВНЧС. Головка мыщелка грубо деформирована, уплощена, сформирован вентральный экзостоз. Внутрисуставной диск деформирован. Выражены фиброзные изменения в биламинарной зоне сустава и верхнем брюшке латеральной крыловидной мышцы. При открытом рте — головка мыщелка под верхушкой суставного бугорка, репозиция диска не происходит. Бугорок и мыщелок разобщает биламинарная зона (рисунок 3).



**Рисунок 3 — КТ ВНЧС справа и слева, при открытом рте, пациентка Л., 55 лет**

Клинический диагноз — частичная вторичная адентия нижней челюсти (3-й класс по Кеннеди). Деформирующий остеоартроз левого ВНЧС.

Пациентке изготовлена разобщающая шина на нижний зубной ряд (рисунок 4). Шина перекрывает окклюзионные поверхности всех зубов с межокклюзионным разобщением в пределах 2–3 мм, обеспечивая смещение суставных головок книзу, что предотвращает ущемление суставного диска слева между скатом суставного бугорка и суставной головкой во время функции. Пациентке рекомендовано пользоваться данной шиной только во время приема пищи.



**Рисунок 4 — Разобщающая шина на нижний зубной ряд, пациентка Л., 55 лет**

**Заключение.** Знание клинической картины болезней ВНЧС, тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр пациента и применение высокоинформационных методов обследования позволит выбрать рациональную конструкцию временного ортодонтического аппарата и избежать ошибок.

#### **EXPERIENCE OF USING OCCLUSAL SPLINTS IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT**

*M.A. Bunina, V.N. Rallo*

The article is devoted to the actual problem in prosthetic dentistry — treatment of diseases of the temporomandibular joint and masticatory muscles. The author has set a goal — to determine the design of occlusal splints in patients with osteoarthritis of the temporomandibular joint.

The article discusses the use of splints, which is considered a highly effective treatment for TMJ and masticatory muscles. At the clinical example demonstrated by the proposed method with the use of stabilization and dissociative splints on the lower jaw.

#### **Литература**

1. Хватова, В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В.А. Хватова. — Н. Новгород, 1996. — 274 с.
2. The efficacy of oral splints in the treatment of myofascial pain of the jaw muscles: a controlled clinical trial / T.T. Dao [et al.] // Pain. — 1994. — Vol. 56. — P. 85–94.