

В. В. Онищук

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПОМОЩЬЮ СПЛИНТ-ТЕРАПИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. С. С. Наумович

Кафедра ортопедической стоматологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

V. V. Onischuk

TREATMENT OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION USING SPLINT THERAPY

Scientific supervisor: Ph.D, associate professor S. S. Naumovich

Department of Prosthodontics,

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Данная статья посвящена диагностике и лечению дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, связанной с окклюзионными нарушениями, с применением сплонт-терапии.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, сплонт-терапия, депрограмматор Коиса.

Summary. This article is devoted to diagnostics and treatment of temporomandibular joint dysfunction associated with occlusal disorders with splint therapy application.

Keywords: temporomandibular joint dysfunction, splint therapy, Kois deprogrammer appliance.

Актуальность. Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является одной из наиболее сложных в стоматологической практике, как с точки зрения точной диагностики, так и эффективности лечения. Заболевания ВНЧС, по данным различных авторов, встречаются у 25-65% населения. Число больных с дисфункцией ВНЧС неуклонно растёт. Пациенты обращаются с жалобами на боли и щелканье в суставах, боль и дискомфорт в мышцах, ограничение открывания рта, быструю утомляемость мышц при жевании, головные боли. Зачастую пациенты с дисфункцией ВНЧС годами не могут получить квалифицированной помощи. Связано это с полиэтиологической природой и сложностью лечения патологии ВНЧС. Таким образом, широкая распространенность заболеваний ВНЧС, отсутствие оптимальных критериев диагностики и лечения определили актуальность настоящего исследования.

Цель: оценить эффективность и повысить качество лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава с помощью сплонт-терапии.

Задачи:

1. Определить с помощью депрограмматора этиологию дисфункции ВНЧС.
2. Определить физиологическое положение нижней челюсти.
3. Создать и зафиксировать с помощью окклюзионной шины стабильную окклюзию.

Материал и методы. Объектом исследования послужила пациентка 20-ти лет с дисфункцией ВНЧС. Обследование пациентки включало опрос, внешний осмотр и осмотр полости рта, пальпацию жевательных мышц и ВНЧС, изучение конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) ВНЧС.

В ходе опроса пациентки с дисфункцией ВНЧС выявили характерные жалобы: боль и щелчки в правом ВНЧС при открывании рта, сжатие зубов, быстрая утомляемость жевательных мышц при приёме пищи, периодические спазмы в области головы и шеи. Ортодонтического лечения пациентка не проходила. Психологическое состояние пациентки – возбужденное.

При внешнем осмотре выявили незначительную асимметрию лица, наличие девиации нижней челюсти вправо при закрывании рта, ширина открывания рта в норме, пальпация мышц и правого ВНЧС болезненна.

При осмотре полости рта было выявлено отсутствие множественных фиссурно-бугорковых контактов, наличие абфракционных дефектов, рецессии десны, стираемость режущих краёв нижних резцов и клыков. Прикус – дистальный. Переднее и клыковые ведения сохранены, контакты на нерабочей стороне отсутствовали.

При изучении КЛКТ ВНЧС выявлено дистальное положение головок суставных отростков нижней челюсти, что вызвало компрессию биламинарной зоны, также выявлены начальные признаки деформирующего артроза правого ВНЧС (рисунок 1).



Рис. 1 – КЛКТ правого ВНЧС, сагиттальная плоскость, март 2019г.

После обследования пациентке был изготовлен депрограмматор Коиса на период ношения 7 дней. Депрограмматор Коиса – разновидность разрешающих (пермиссивных) сплинтов, контактирующих только передними зубами (рисунок 2).

Назначение депрограмматора Коиса:

1. Дифференциальная диагностика этиологии боли.
2. Расслабление мышц.
3. Определение центрального соотношения.

Депрограмматор растягивает спазмированные мышечные волокна, тем самым через некоторое время мышцы расслабляются. Расслабленные мышцы без всякого влияния со стороны окклюзии позиционируют мышечки в стабильное физиологичное положение – центральное соотношение (концепция трипода, теория Pankey-Dawson).

Различные пациенты могут отвечать по-разному на депрограмматор Коиса. На этом основана дифференциальная диагностика суставных и мышечных патологий. Если боль при ношении депрограмматора проходит, то проблема мышечная. Если боль усиливается, значит, происходят активные дегенеративные изменения в суставе.



Рис. 2 – Депрограмматор Коиса

После ношения депрограмматора Коиса в течении 7 дней у пациентки прошли жалобы на боль и щелчки в правом ВНЧС, практически исчезла девиация, пальпация мышц стала безболезненной, психологическое состояние улучшилось.

Далее была проведена регистрация центрального соотношения и установка лицевой дуги для переноса индивидуального положения модели верхней челюсти относительно шарнирной оси ВНЧС в артикулятор.

В ходе функциональной диагностики в настраиваемом артикуляторе выявлено: центральная окклюзия находится дистальнее центрального соотношения, Roll-наклон верхней челюсти (окклюзионная плоскость 2-го сегмента находится ниже 1-го сегмента), выраженная кривая Шпее на нижней челюсти слева, супраконтракты на клыках и вторых молярах слева. Чтобы получить максимальный межбугорковый контакт пациентка смещала нижнюю челюсть вправо, кзади, что обусловило компрессию и дислокацию диска правого сустава и гипертонус мышц.

Далее пациентке был изготовлен миорелаксирующий сплинт из акриловой пластмассы с плоской окклюзионной поверхностью, учитывая угол сагиттального суставного пути и угол Беннета, статические и динамические контакты. Миорелаксирующий сплинт устраняет негативные окклюзионные контакты, нормализует тонус мышц, поддерживает суставные головки в центральном соотношении, равномерно распределяет нагрузку.

Результаты и их обсуждение. Контроль эффективности лечения проводился после ношения окклюзионной шины в течение недели на основании клинического обследования (исчезновение жалоб, пальпации мышц и ВНЧС, восстановление

траектории движения челюсти), а также рентгенологического контроля – КЛКТ ВНЧС (рисунок 3).



Рис. 3- КЛКТ правого ВНЧС со сплинтом, сагиттальная плоскость, апрель 2020г., прогрессирование деформирующего артроза

Выводы:

1 Определение только характера смыкания зубных рядов недостаточно для определения этиологии дисфункции ВНЧС.

2 Результаты диагностики и лечения демонстрируют эффективность использования сплинта для депрограммирования мышц, позволяющего устранить негативные симптомы у пациентов с дисфункцией ВНЧС, а также определить исходное положение нижней челюсти (центральное соотношение).

3 Фиксация диагностических моделей челюстей в положении центрального соотношения в настраиваемом артикуляторе с комплексной функциональной диагностикой является основой для изготовления постоянной стабилизирующей шины.

4 Изготовленная в артикуляторе из пластмассы горячей полимеризации стабилизирующая шина является эффективным методом лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Литература

1. Jeffrey P. Okeson. Management of temporomandibular disorders and occlusion. — 8th edition. — Elsevier, 2019. — 514 p.
2. Славичек, Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции. — Москва: Азбука стоматолога, 2008. — 544 с.
3. Доусон, П.Е. Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки. — М.: Практическая медицина, 2016. — 603 с.