

МЫШЕЧНО – СУСТАВНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ханахок Х.Ю., Скорикова Л.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: prst_23@mail.ru

Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава – сложное стоматологическое заболевание. На лечении находилось 10 человек с заболеваниями сердечно – сосудистой системы и 10 человек с заболеваниями желудочно – кишечного тракта. Лечение дисфункции височно – нижнечелюстного сустава было направлено на нормализацию положения нижней челюсти. Проведено избирательное пришлифовывание зубов. Изготовлены релаксирующие и стабилизирующие шины, восстановлена межжюкклизонная высота. Проведено рациональное протезирование. Лечение дисфункции височно – нижнечелюстного сустава у лиц с заболеваниями сердечно – сосудистой системы проходило более длительно, чем у лиц с заболеваниями желудочно – кишечного тракта.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, избирательное пришлифовывание зубов, межжюкклизонная высота

MUSCLE - ARTICULAR DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT AT SOMATIC DISEASES

Hanahok H.Yu., Skorikova L.A.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: prst_23@mail.ru

Dysfunction of the temporomandibular joint - complex dental disease. Were treated 10 people with cardio - vascular system and 10 people with diseases of the gastro - intestinal tract. Temporomandibular dysfunction treatment - temporomandibular joint was aimed at normalizing the situation of the lower jaw. Conducted selective prishlifovyvanie teeth. Made relaxing and stabilizing tire restored mezhokklyuzionnaya height. Held rational prosthesis. Temporomandibular dysfunction treatment - temporomandibular joint in patients with cardio - vascular system held longer than patients with gastro - intestinal tract.

Keyword: dysfunction of the temporomandibular joint, selective prishlifovyvanie teeth mezhokklyuzionnaya height

Дисфункции височно-нижнечелюстного сустава - одно из самых сложных заболеваний, с которыми приходится сталкиваться практическим врачам стоматологам. Актуальна эта проблема у жителей республики Адыгея. Заболевание может имитировать невралгию различных ветвей тройничного и других черепных нервов, заболевания головы и шеи, которые сопровождаются болью, звуковыми явлениями в суставе, ограниченной подвижностью нижней челюсти.

Этиологии, патогенезу, диагностике и лечению данного заболевания посвящено много исследований. Однако многие вопросы ведения больных остаются нераскрытыми. В

70- 80% случаев синдром болевой дисфункции ВНЧС не связан с воспалительными процессами, а является обычным функциональным суставным нарушением, которое обусловлено изменениями в элементах: диске и задисковой зоне, капсулярно-связочном аппарате, латеральной крыловидной мышце.

Среди функциональных нарушений ВНЧС значительно распространены нарушения невоспалительного характера. Они по данным В.А. Хватовой составляют 27-765.

Цель исследования: повысить эффективность лечения больных с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС жителей республики Адыгея с общесоматическими

заболеваниями.

Материалы и методы исследования

На лечение взято 20 чел. с дисфункцией ВНЧС и общесоматической патологией.

Первая группа (10 чел.) - пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Вторая группа (10 чел.) - пациенты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

У пациентов обеих групп боль локализовалась в околоушно-жевательной, височной и лобной областях, иррадиировала в челюсть, зубы, ухо, твердое небо, язык, глотку. Боль сопровождалась ограничением подвижности нижней челюсти, усиливалась при жевании, глотании, разговоре.

Всем пациентам проводилась компьютерная томография ВНЧС. Из 20 пациентов у пяти чел. наблюдалось нарушение окклюзии без изменения топографии элементов ВНЧА.

У 7-и чел. наблюдались нарушения окклюзии с ассиметричным расположением мышечков в суставных ямках. 8 чел. были с центрическими нарушениями окклюзии, нарушениями топографии элементов и морфологическими изменениями в ВНЧС.

Нарушения центральной окклюзии были связаны с неправильным положением нижней челюсти в вертикальном, трансверзальном и сагиттальном направлениях. Причины таких нарушений разнообразны. Чаще всего они связаны с подвывихами (6 чел.) и включенными дефектами (4 чел.) зубных рядов, повышенной стираемостью зубов (5 чел.), чрезмерным препарированием жевательной группы зубов при изготовлении ортопедических конструкций (2 чел.),

ошибками при определении центрального соотношения челюстей (3 чел.).

Задачей лечения больных с синдромом дисфункции ВНЧС является нормализация пространственного положения нижней челюсти. Это способствует восстановлению функционального взаимоотношения между элементами сустава. Для этого проводили избирательное пришлифовывание зубов и функциональную коррекцию окклюзионными шинами. Перед проведением избирательного пришлифовывания анализировали функциональную окклюзию в артикуляторе и в полости рта, выявляли окклюзионную интерференцию, намечали план избирательного пришлифовывания, и после этого проводили коррекцию окклюзии.

При эксцентрических нарушениях суперконтакты устранялись в боковой и передней окклюзии. При центрических нарушениях проводилось пришлифовывание в задней контактной позиции и центральной окклюзии. Сначала устранялись центрические, а затем эксцентрические суперконтакты. Для снятия боли и миорелаксации жевательных мышц применяли релаксационные шины.

При снижении окклюзионной высоты, сужении верхней и задней суставной щели применяли разобщающие шины, перекрывающие зубной ряд одной из челюстей. С помощью окклюзионных накладок восстанавливалась межокклюзионная высота.

С помощью центрирующих или репозиционных шин (8 шт.) осуществляли репозицию нижней челюсти и центрирование суставных головок в суставных ямках. Эти шины применяли при частичных или полных дислокациях диска (рис. 1).



Рис. 1. Репозиционная шина

При передней дислокации диска и смещении суставной головки дистально шину устанавливали в конструктивном прикусе так, чтобы щелчки не возникали.

Стабилизирующие шины (14 шт.) сочетают элементы вышеназванных шин. Они перекрывают окклюзионную поверхность всех зубов и обеспечивают контроль и стабилизацию опорных бугров противо-

положной челюсти. Отпечатки бугров жевательных зубов-антагонистов стабилизируют пространственное положение нижней челюсти в полости рта (рис.2).

Шину устанавливали на ту челюсть, где она могла создавать наибольшую окклюзионную стабильность, в основном - на челюсть с малым числом сохранившихся зубов.



Рис.2.Стабилизирующая шина

Заключение

Таким образом, в результате ортопедического лечения окклюзионными шинами и избирательного шлифования зубов были восстановлены функциональные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов, что способствовало нормализации пространственного положения нижней челюсти. Следствием этого явилось исчезновение болей в ВНЧС и жевательных мышцах, как при движениях нижней челюсти, так и в покое, исчезли щелканье и хруст.

Это создало благоприятную возможность для проведения дальнейшего рационального протезирования с помощью постоянных ортопедических конструкций. Лечение дисфункции височно – нижнечелюстного сус-

тава у лиц с заболеваниями сердечно – сосудистой системы проходило более длительно (до двух лет), чем у лиц с заболеваниями желудочно – кишечного тракта (1-1,5 года).

Список литературы

1. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстно-лицевой системы. Часть VII // Новое в стоматологии. – 2001. – С. 56-66.
2. Петросов Ю.А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний ВНЧС. – Краснодар: Советская Кубань, 2007. – 304 с.
3. Славичек Р. Жевательный орган. Функция и дисфункция. – М., 2008. – 541 с.
4. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. – Н.Новгород: Изд-во НГМУ, 1996. – 276 с.
5. Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М.: ОАО "Медицина", 2005. – 296 с.