

УДК 616.724-07-08-073.756.8

В. Я. Шибінський

РЕЗУЛЬТАТИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНІХ РОЗЛАДІВ СНЩС ПІД КОНТРОЛЕМ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Численні дослідження засвідчують, що метод магнітно-резонансної томографії (МРТ) дозволяє візуалізувати і кісткові, і м'якотканинні структурні елементи СНЩС. Суглобовий диск, внутрішньосуглобові зв'язки характеризуються гіпоінтенсивним сигналом у всіх послідовностях (T1, Pd, T2) і чітко контуруються на тлі гіперінтенсивних навколишніх тканин. Метод дозволяє визначити наявність структурних змін, які виникають у елементах капсулярно-зв'язкового апарату СНЩС при різних формах внутрішніх розладів [1-6]. Критерієм оцінки таких розладів є взаєморозміщення м'яких елементів, їхня форма й анатомічна цілісність при відкритому і закритому роті пацієнта відносно кісткових структур. Оптимальними при оцінці внутрішніх розладів СНЩС є МР-томограми як у косій сагітальній, так і у фронтальній проекціях [8-10].

МРТ є допоміжним методом не тільки до розпізнавання внутрішніх розладів, а й при встановленні лікувального положення нижньої щелепи, що вкрай важливо і є при невизначенні цієї позиції однією з суттєвих причин невдач у лікуванні хворих зі зміщеннями суглобових дисків. Неправильно встановлене лікувальне положення унеможливує репозицію суглобового диска.

Мета дослідження - оцінити можливості магнітно-резонансної томографії (МРТ) у діагностиці внутрішніх розладів СНЩС та оцінці результатів їх лікування.

Матеріали і методи.

Ми опрацювали оптимальний протокол МРТ-обстеження СНЩС [7], а також вивчили можливість виявлення на магнітно-резонансних знімках внутрішніх розладів у СНЩС, які дозволили отримати максимально точну інформацію, достатню для опрацювання адекватного плану лікування й оцінки його результатів із застосуванням спеціальної головної котушки для магнітно-резонансного томографа SIGNA CONTOUR фірми GE з напруженістю магнітного поля 0,5 Т.

Обстеження здійснювали в косих сагітальних площинах перпендикулярно до голівки СНЩС при закритому та відкритому роті, а також у фронтальних площинах, утримуючи нижню щелепу в заданих положеннях за допомогою спеціальних фіксаторів, попередньо виготовлених у клініці. Застосування фіксаторів для певних положень нижньої щелепи, в яких заплановане дослідження методом МР-томографії, є обов'язковим, оскільки суглобовий диск змінює своє положення одночасно зі зміною положення голівки нижньої щелепи. Дослідження, виконані у випадковому положенні нижньої щелепи, мають обмежену діагностичну цінність. Завдяки спеціальній головній котушці одночасно здійснювали сканування обох СНЩС у фронтальній площині.

З метою уточнення топографічних особливостей СНЩС і визначення відповідних анатомічних орієнтирів, для планування площин сканування застосовували 3D Lokaiser (рис. 1).

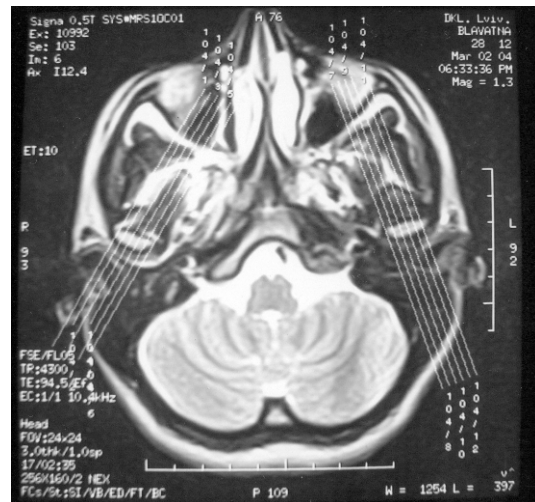


Рис. 1. Косі сагітальні МРТ-зрізи (перпендикулярні до голівки СНЩС) у аксіальній проекції

Натомість для виконання обстеження СНЩС у фронтальній площині необхідне додаткове локалізаційне сканування (рис. 2).

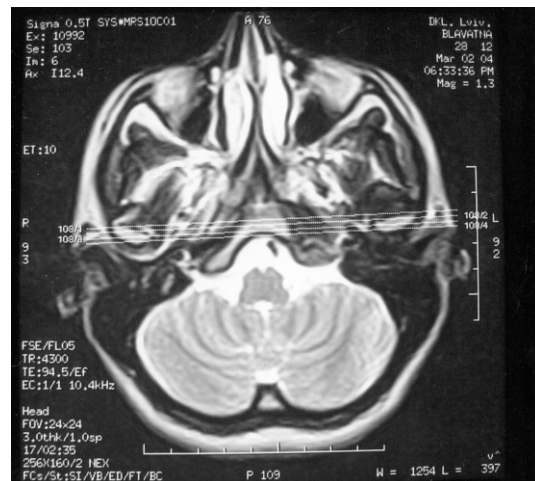


Рис. 2. Прямі фронтальні МРТ-зрізи СНЩС у аксіальній проекції

Після цього для візуалізації й оцінки кісткових елементів суглоба, внутрішньосуглобових структур (у тому числі внутрішньосуглобового диска) і м'яких тканин, що оточують ці суглоби, застосовували T1 SE послідовність у косій сагітальній та фронтальній площинах і PD+T2 SE послідовність у косій сагітальній площині. У окремих випадках, при вираженому больовому синдромі або неадекватній поведінці пацієнта замість PD+T2 SE послідовності застосовували T2 FSE у косій сагітальній площині.

Для покращення якості зображення використували опції Extended dynamic range, Variable Bandwidth, No Phase Wrap.

Лікувальна допомога 21 хворому з внутрішніми розладами СНЩС охоплювала застосування різних типів оклюзійних шин, медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування. Репозиція дисків під дією оклюзійних шин здійснена під контролем МРТ-дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення.

Усього аналогічним методом проведено лікування 21 хворого з різними внутрішніми розладами СНЩС. Для розслаблення жувальної мускулатури хворим вибірково призначали: мідокалм (по 0,05 г, 3 рази за день), сибазон (по 5 мг, 3 рази за день), сирдалуд. У ролі седативних препаратів: санапакс (по 0,01 г, 3 рази за день), еленіум (по 5 мг, 2 рази за день), ново-пасит (по 5 мл, 3 рази за день). На ділянку ураженого суглоба призначали електрофорез із 5 % розчином йодистого калію або з медичною жовчю.

Аналіз результатів клінічного обстеження і діагностичне спостереження за хворими дозволили констатувати, що в середньому через 4-6 місяців після початку користування лікувально-діагностичними шинами пацієнти не мали скарг на СНЩС. При цьому, за даними МР-томографічних досліджень суглобів, суглобові диски займали властиве їм положення, що свідчило про нормалізацію взаємовідносин елементів СНЩС. Це було основою для проведення завершального етапу ортопедичного лікування – протезування постійними протезами за показаннями.

Результати клінічного обстеження пацієнтів від 6 місяців до 2 років після протезування дозволили виявити стійкий терапевтичний ефект без патологічних симптомів у СНЩС. Рецидив у вигляді глухого клацання виник у двох хворих (у одного – внаслідок травми в ділянці суглоба, в другого – після видалення ретенуваного восьмого зуба). Хворі взяті на повторне лікування і перебувають під диспансерним наглядом.

Наводимо приклади застосування МРТ-контролю лікувального положення нижньої щелепи при лікуванні внутрішніх розладів СНЩС.

Хвора С., 40 років, карта № 3191. Скарги на періодичну біль у ділянці правого і лівого суглобів, яка посилюється під час рухів нижньої ще-

лепи, особливо при навантаженні. Пацієнтка страждає на парафункцію у вигляді нічного стискання зубів.

Аналіз рухів нижньої щелепи:

- відкривання – 43 мм (при відкриванні „S”-подібне зміщення);
- висування вперед – 8 мм (зі зміщенням уліво – 3 мм);
- бічні рухи – вліво – 8 мм, управо – 6 мм.

На клінічному обстеженні виявлено клацання в СНЩС при відкриванні та закриванні рота в другій фазі. При відкриванні біль посилюється. Патологічна стертість зубів I ступеня.

Порушення центричної (передчасний контакт на зубі 26) та ексцентричної оклюзії (при бічних рухах управо контакт на зубах 13, 12, 11; при бічних рухах уліво контакт на зубах 22, 23). Прикус занижений.

При дослідженні СНЩС методом магнітно-резонансної томографії у звичній оклюзії в косій сагітальній проекції виявлено зміщення обох суглобових дисків уперед. На їхньому місці над голівками нижньої щелепи розміщена біламінарна зона. Ознак ушкодження цілісності внутрішньосуглобових зв'язок не виявлено (рис. 3).

Діагноз. Больова дисфункція СНЩС з переднім зміщенням суглобових дисків у сагітальній площині з редуцією.

Для лікування застосовано репозиційну оклюзійну шину на нижню щелепу в лікувальному положенні з використанням тестів (за М. Kleinrok) для цілодобового використання. Для знеболювання – ксефокам по 4 мг два рази за добу. Міорелаксанти. Фізіотерапія. Рекомендовано самоконтроль при парафункції (стисканні зубів).

Зроблені контрольні МРТ-знімки СНЩС у лікувальному положенні, на яких видно привільне положення суглобових дисків (рис. 4).

Хвора користувалася лікувальною шиною протягом 5 місяців. Після проведеного лікування біль і клацання в суглобах відсутні. Рухи суглобових головок синхронні. Аналіз рухів нижньої щелепи:

- відкривання – 46 мм (без зміщення);
- висування вперед – 9 мм (зі зміщенням уліво 1 мм);
- бічні рухи: вліво – 9 мм, управо – 8 мм.

Пальпація місць прикріплення жувальних м'язів неболюча.

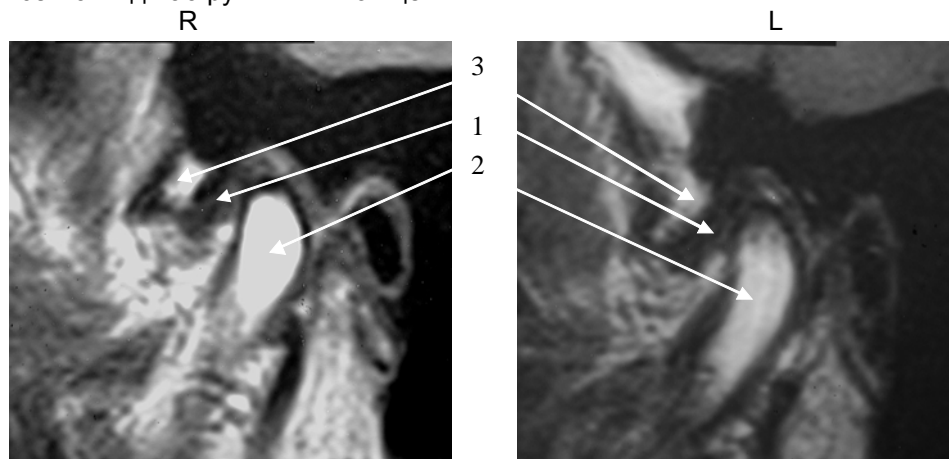


Рис. 3. Хвора С. МРТ у косій сагітальній проекції у звичній оклюзії: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи; 3 – суглобовий горбок

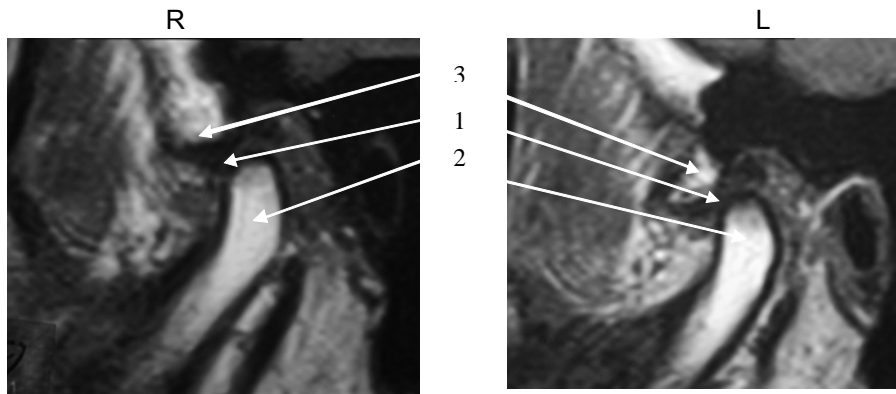


Рис. 4. Хвора С. Контрольна МРТ у лікувальному положенні в косій сагітальній проекції: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи; 3 – суглобовий горбик

Хвора К., 19 років, карта № 4006. Скарги на біль у ділянці лівого суглоба і кута нижньої щелепи зліва, шум і ослаблення слуху лівим вухом, утруднене відкривання рота.

Аналіз рухів нижньої щелепи:

- відкривання рота – 34 мм (при відкриванні зміщення нижньої щелепи вліво);
- висування вперед – 5 мм (зі зміщенням уліво 2 мм);
- бічні рухи – вліво – 7 мм, управо – 3 мм.

При відкриванні рота біль посилюється. При пальпації латерального крилоподібного м'яза зліва – різка болючість, біль відчувається і при пальпації жувального м'яза зліва.

При дослідженні лівого СНЩС методом магнітно-резонансної томографії у звичній оклюзії в косій сагітальній проекції виявлено цілковите зміщення суглобового диска вперед. На його місці над голівкою нижньої щелепи розміщена біламінарна зона. Суглобовий диск деформований у вигляді стискання. Голівка нижньої щелепи зміщена назад із відповідним звуженням суглобової щілини. Ознак ушкодження цілісності суглобових зв'язок не виявлено (рис. 5).

Діагноз. Больова дисфункція лівого СНЩС із

повним переднім зміщенням суглобового диска без редукції.

Проведене відповідне лікування. Для знеболювання призначено ксефокам по 4 мг три рази за добу, міорелаксанти: сирдалуд – по 2 мг три рази за добу. Електрофорез на ділянку лівого суглоба з медичною жовчю.

Також застосовано репозиційну оклюзійну шину в лікувальному положенні нижньої щелепи з використанням тестів (за М. Kleinrok) для цілодобового використання. Зроблено контрольний МРТ-знімок лівого суглоба в лікувальному положенні, на якому чітко помітні риси репозиції суглобового диска (рис.6).

Унаслідок застосованого лікування протягом 6 місяців отримано значне покращення. Біль у ділянці лівого суглоба і кута нижньої щелепи зліва відсутній. Зник шум і відновився слух у лівому вусі. Аналіз рухів нижньої щелепи:

- відкривання рота – 40 мм (зі зміщенням уліво 2 мм);
- висування вперед – 7 мм (зі зміщенням уліво 1 мм);
- бічні рухи: вліво – 8 мм, управо – 7 мм.

Пальпація латеральних крилоподібних м'язів неболюча.

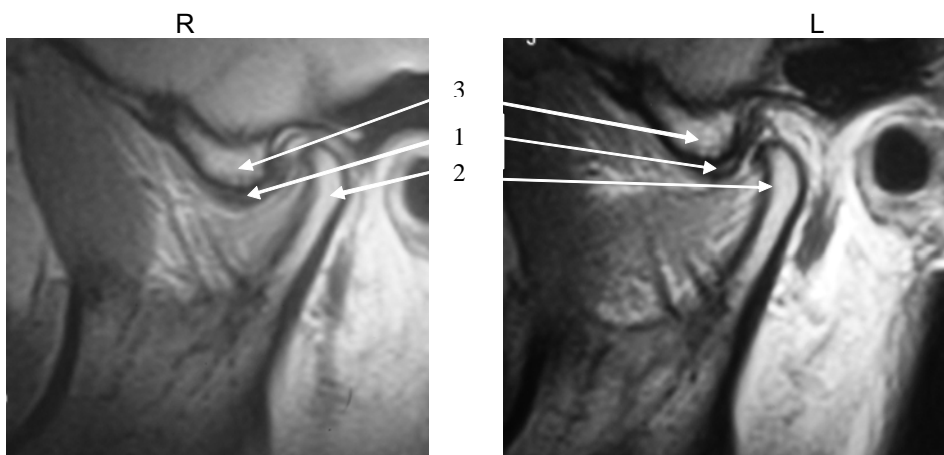


Рис. 5. Хвора К. МРТ лівого суглоба в косій сагітальній проекції у звичній оклюзії: 1-суглобовий диск; 2-голівка нижньої щелепи; 3-суглобовий горбик

Рис. 6. Хвора К. Контрольна МРТ лівого суглоба у косій сагітальній проекції у лікувальному положенні нижньої щелепи: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи; 3 – суглобовий горбик.

Хвора Ф., 25 років, карта № 308. Звернулася через сильний біль у ділянці правого СНЩС, який виник раптово після довготривалого візиту до стоматолога. Біль посилювався при рухах нижньої щелепи й іррадіював у праве вухо, око і праву скроневу ділянку. Клацання в обох суглобах було вже кілька років. Пацієнтка страждає на парафункцію у вигляді стискання зубів і зловживання жуйними гумками.

Аналіз рухів нижньої щелепи:

- відкривання – 46 мм (із „S”- зміщенням у лівий бік – 3 мм);
- висування – 5 мм;
- бічні рухи: вправо – 8 мм, уліво – 7 мм.

Біль посилювався при рухах нижньої щелепи в III фазі відкривання, при висуванні нижньої щелепи та при бічних рухах уліво.

На клінічному обстеженні виявлені:

- зворотні клацання в обох суглобах;
- двосторонні клацання при бічних рухах та висуванні нижньої щелепи.

Установлено порушення ексцентричної оклюзії (контакти з працюючого боку на 12, 13 і 22, 23, 24, 26 зубах та контакти з балансуєного боку на 16, 26 зубах).

Дослідження методом магнітно-резонансної томографії СНЩС у звичній оклюзії в косій сагіта-

льній площині виявило цілковите переднє зміщення суглобового диска з правого і часткове допереднє зміщення суглобового диска з лівого боку та двостороннє заднє зміщення суглобових голівок нижньої щелепи. При відкриванні рота наставала двостороння репозиція суглобових дисків (рис. 7).

На МРТ у фронтальній площині підтверджено двостороннє бічне зміщення суглобових дисків (рис. 8).

Діагноз: больова дисфункція СНЩС із проявами двобічного складного зміщення суглобових дисків без блокування.

Для лікування застосовано репозиційну оклюзійну шину на нижню щелепу в лікувальному положенні нижньої щелепи з використанням тестів (за М. Kleinrok) для цілодобового використання. Знеболювальні. Фізіотерапія. Вправи для жувальних м'язів, які корегують тор опускання нижньої щелепи. Рекомендовано самоконтроль за парафункціями.

У лікувальному положенні нижньої щелепи зроблені контрольні МРТ-знімки, за якими визначається правильність визначеного лікувального положення нижньої щелепи в оклюзійній шині (рис. 9,10).

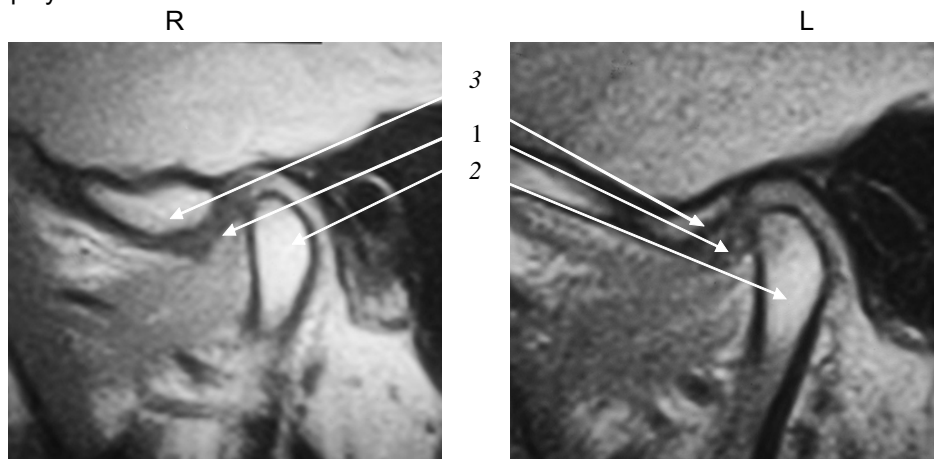


Рис. 7. Хвора Ф., МРТ у косій сагітальній проекції у звичній оклюзії: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи; 3 – суглобовий горбок

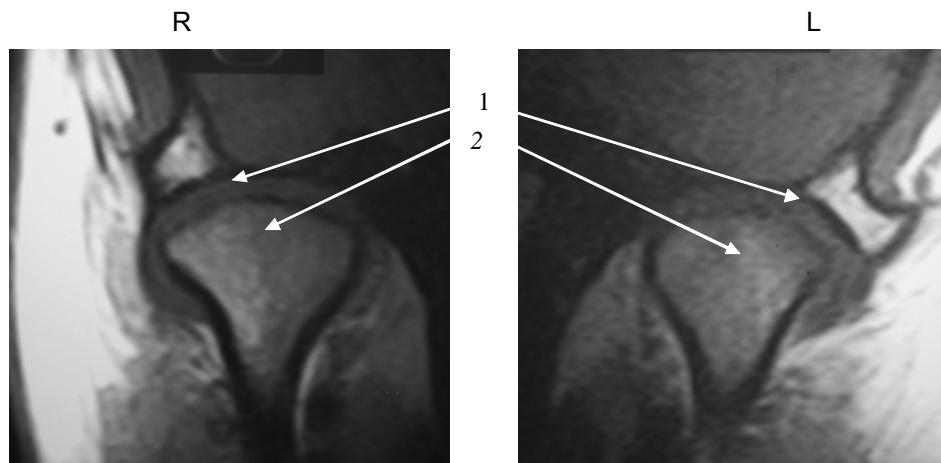


Рис. 8. Хвора Ф., МРТ у фронтальній проекції у звичній оклюзії: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи

Унаслідок проведеного лікування вже на перших тижнях зникали больові відчуття. Хвора користувалася лікувальною шиною протягом 5 місяців. Клацання в суглобах відсутнє. При відкриванні ро-

та зміщення нижньої щелепи не було. Висування нижньої щелепи – 7 мм, бічні рухи: вліво – 9 мм, управо – 8 мм.

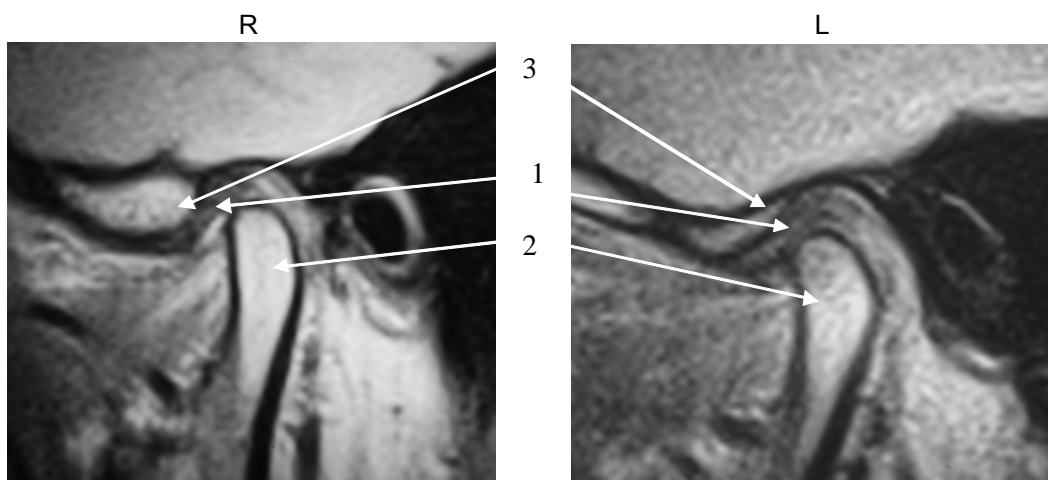


Рис. 9. Хвора Ф. Контрольна МРТ у косій сагітальній проекції в лікувальному положенні нижньої щелепи: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи; 3 – суглобовий горбик

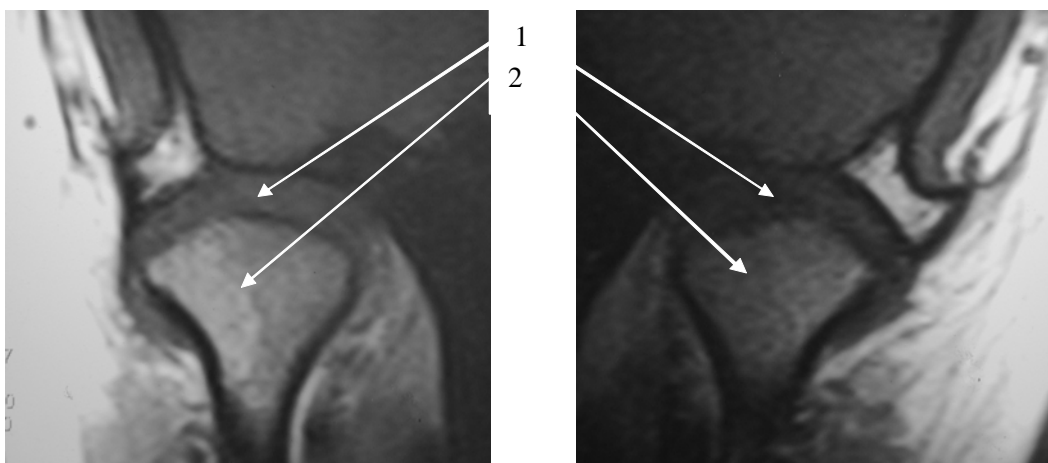


Рис. 10. Хвора Ф. Контрольна МРТ у фронтальній проекції в лікувальному положенні нижньої щелепи: 1 – суглобовий диск; 2 – голівка нижньої щелепи

Висновки.

1. Магнітно-резонансна томографія - це високоінформативний неінвазивний метод діагностики, який дозволяє візуалізувати і кісткові, і м'якотканні структурні елементи СНЩС, визначити наявність структурних змін, які виникають у елементах капсулярно-зв'язкового апарату СНЩС при різних формах внутрішніх розладів. Критеріями оцінки таких розладів є взаєморозміщення м'яких елементів, їхня форма й анатомічна цілісність при відкритому і закритому роті пацієнта відносно кісткових структур, що визначаються за МР-томограмами у косій сагітальній і у фронтальній проекціях.

2. Для правильної оцінки положення суглобового диска СНЩС відносно голівки нижньої щелепи обов'язковим є виконання досліджень методом МР-томографії із застосуванням спеціальних фіксаторів, які устанавлюють таке положення нижньої щелепи, в якому доцільно виконувати ці обстеження. Дослідження, проведені у випадковому положенні нижньої щелепи, мають обмежену

діагностичну цінність.

3. Застосування МР-томографії дозволяє не тільки розпізнавати і диференціювати внутрішні розлади СНЩС, що дуже важливо при виборі методу лікування, а також є допоміжним для встановлення лікувального положення нижньої щелепи. Невідповідно визначене лікувальне положення нижньої щелепи в оклюзійній шині унеможливує репозицію суглобового диска СНЩС, що є однією із суттєвих причин невдач у лікуванні хворих зі зміщенням суглобових дисків.

Література

1. Бананин В. В. Магнітно-резонансна томографія в стоматології /В. В. Баданин, А. П. Дергилев // Російський стоматологічний журнал. – 2001.- № 5. – С. 40-44. 7Т
2. Воловар О. С. Можливості променевої діагностики патології скронево-нижньощелепного суглоба (огляд) / О. С. Воловар, В. О. Маланчук // Український медичний часопис. – 2010. - № 2 (78), III – IV.
3. Воловар О. С. Можливості променевої діагностики патології скроневого нижньощелепного суглоба

- (огляд) / О. С. Воловар, В. О. Маланчук, О. І. Жуковцева // Український медичний часопис. – 2010. – № 3 (77). – С. 90 – 94.
4. Дворник В. М. Магнітно-резонансна томографія – як передумова математичних розрахунків оптимальної висоти роз'єднання прикусу / В. М. Дворник // Вісник стоматології. – 2008. – № 2 (62). – С. 87-90.
 5. Новіков В. М. Магнітно-резонансна томографія в комплексі променевих методів дослідження стану СНЩС / В. М. Новіков // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 1, т. 1. – С. 65-67.
 6. Особливості диференціальної діагностики скронево-нижньощелепних розладів за клінічними і рентгенологічними ознаками / В. Ф. Макєєв, У. Д. Телішевська, Р. В. Кулінченко [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – № 1. – С. 69-74
 7. Пат. 7672 Україна, U 7 A 61 B 6/00. Спосіб діагностики дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба / Шибінський В. Я., Абрамюк А. М.; заявник і патентовласник Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького. – 20040705685; заявл. 12.07.04; опубл. 15.07.05. Бюл. № 7.
 8. Comparison of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint disc displacement / F. Tognini, D. Manfredini, D. Melchiorre [et al.] // J. Oral. Rehabil. – 2005. – Vol. 32, № 4. – P. 248-253.
 9. Magnetic resonance imaging analysis on the relationship between anterior disc displacement and balancing-side occlusal contact / M. Ohta, S. Minagi, T. Sato [et al.] // J. Oral. Rehabil. – 2003. – Vol. 30, № 1. – P. 30-33.
 10. Relative odds of temporomandibular joint pain as a function of magnetic resonance imaging findings of internal derangement, osteoarthritis, effusion, and bone marrow edema / R. Emshoff, I. Brandlmaier, S. Bertram [et al.] // Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod. – 2003. – Vol. 95, № 4. – P. 437-445.

**Стаття надійшла
20.04.2016 р.**

Резюме

МРТ - це допоміжний метод не тільки для розпізнавання внутрішніх розладів СНЩС, а й установлення лікувального положення нижньої щелепи, що є дуже важливим і при невизначенні цієї позиції стає однією з суттєвих причин невдач у лікуванні хворих зі зміщеннями суглобових дисків. Неправильно встановлене лікувальне положення унеможливорює репозицію суглобового диска.

Мета дослідження - оцінити можливості магнітно-резонансної томографії (МРТ) у діагностиці внутрішніх розладів СНЩС та оцінці результатів їх лікування.

Опрацьований оптимальний протокол МРТ-обстеження СНЩС, а також вивчені можливості виявлення на магнітно-резонансних знімках внутрішніх розладів у СНЩС, які дозволили отримати максимально точну інформацію, достатню для опрацювання адекватного плану лікування й оцінки його результатів із застосуванням спеціальної головної котушки для магнітно-резонансного томографа SIGNA CONTOUR фірми GE з напруженістю магнітного поля 0,5 Т.

Аналогічним методом проведено лікування 21 хворого з різними внутрішніми розладами СНЩС.

Застосування МР-томографії дозволяє не тільки розпізнавати і диференціювати внутрішні розлади СНЩС, що дуже важливо при виборі методу лікування, а також є допоміжним для встановлення лікувального положення нижньої щелепи. Невідповідно визначене лікувальне положення нижньої щелепи в оклюзійній шині унеможливорює репозицію суглобового диска СНЩС, що є однією із суттєвих причин невдач у лікуванні хворих зі зміщенням суглобових дисків. Наведено клінічні приклади.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні розлади, магнітно-резонансна томографія, лікування.

Резюме

МРТ является дополнительным методом не только распознавания внутренних расстройств ВНЧС, но и при установлении лечебного положения нижней челюсти, что является очень важным и при неопределении этой позиции становится одной из существенных причин неудач в лечении больных со смещениями суставных дисков. Неправильно установленное лечебное положение делает невозможной репозицию суставного диска.

Целью исследования было оценить возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике расстройств ВНЧС и оценке результатов их лечения.

Разработан оптимальный протокол МРТ-обследования ВНЧС, а также изучены возможности выявления по магнитно-резонансным снимкам внутренних расстройств в ВНЧС, которые позволили получить максимально точную информацию, достаточную для выбора адекватного плана лечения и оценки его результатов с применением специальной головной катушки для магнитно-резонансного томографа SIGNA CONTOUR фирмы GE с напряжением магнитного поля 0,5 Т.

Аналогичным методом проведено лечение 21 больного с разными внутренними расстройствами ВНЧС.

Применение МР-томографии позволяет не только распознавать и дифференцировать внутренние расстройства ВНЧС, что является очень важным при выборе метода лечения, а также является дополнительным для установки лечебного положения нижней челюсти. Несоответственно определенное лечебное положение нижней челюсти в окклюзионной шине делает невозможной репозицию суставного диска ВНЧС, что является одной из существенных причин неудач в лечении больных со смещением суставных дисков. Наведены клинические примеры.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстные расстройства, магнитно-резонансная томография, лечение.

UDC 616.724-07-08-073.756.8

DIAGNOSTIC RESULTS AND TREATMENT OF INTERNAL TMJ DISORDERS UNDER CONTROL OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Shybinskyi V.

LNMU Danylo Galician

Summary

MRI is a supporting method not only for the recognition of internal disorders, but also for establishing the therapeutic position of the lower jaw, which is very important and having no definition of such position, as it is one of the major causes of unsuccessful patients' treatment with articular disc displacement. Improperly installed medical position makes the reposition of the articular disc impossible.

The aim of the research is to estimate the possibilities of magnetic resonance imaging (MRI) in the diagnosis of TMJ disorders and internal evaluation of their treatment. The optimal protocol of MRI of TMJ examination has been processed and explored to detect magnetic resonance images of internal disorders in the TMJ, which gave the most accurate information sufficient to choose an adequate treatment plan and evaluate the results with the use of special primary coil for magnetic resonance imager SIGNA CONTOUR by firm GE magnetic field of 0.5 T.

Using the same method 21 patient with various internal TMJ disorders is treated.

The overview was performed in oblique sagittal planes perpendicular to the head TMJ with opened and unopened mouth, and in the frontal plane, holding the lower jaw in the set position by special clamps, previously made in the clinic. Clamps' application of certain position of the mandible, such plan is to study using MR imaging is obligatory, as the articular disc changes its position simultaneously with the change of the mandible head. The research performed in a random position of the mandible, have limited diagnostic value.

Analysis of the clinical examination and diagnostic overview of patients allows to state that in average 4-6 months after initiation of treatment and diagnostic usage, patients noticed the absence of complaints in the part of the TMJ. Thus, according to MR-tomography researches joints, joint discs inherent held position that the evidence of normalization of relations elements of the TMJ. It was the basis for the final stage of orthopaedic treatment - prosthetic dentures for permanent wearing.

Magnetic resonance imaging is a highly informative non-invasive method of diagnosis that allows you to visualize bone and soft tissue TMJ structural elements, to determine the presence of structural changes occurs in a cell-capsular ligaments in various forms of TMJ internal disorders. The criteria for evaluation of such disorders is mutual accommodation of soft elements, their form and anatomical integrity of the open and closed mouth of the patient relative to the bone of structures defined by the MR-tomograms as the bias sagittal and frontal projections.

The use of MR imaging allows not only recognize and differentiate internal TMJ disorder, which is very important while choosing a treatment, and is a complementary treatment for establishing the position of the mandible. Inappropriate position defined therapeutic mandibular occlusal tire to reposition prevents TMJ articular disc, which is one of the major causes of failure while performing treatment of patients with displacement of the articular disc.

Keywords: temporomandibular disorder, magnetic resonance imaging, treatment.