

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОККЛЮЗИОННЫХ ШИН В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЫШЕЧНО- СУСТАВНОГО КОМПОНЕНТА ДИСФУНКЦИИ ВНЧС

В.М. Новиков¹, И.В. Борисова², А.В. Штефан³

¹Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

²Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

³Международная академия экологии и медицины, г. Киев

Резюме. В статье представлен анализ лечения и реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС с применением шино-терапии. Описаны виды окклюзионных шин, способы и сроки их применения, а также результаты применения шино-терапии при лечении пациентов с дисфункцией ВНЧС.

Ключевые слова: дисфункция ВНЧС, окклюзионные нарушения, супраконтракты, шино-терапия, окклюзионные шины.

Вступление. Лечение и реабилитация пациентов с дисфункцией ВНЧС, а также понимание патологических процессов, приводящих к ней, остаётся одной из наиболее распространенных и важных проблем стоматологии [1, 4, 6, 8]. Возможно поэтому, достаточно разнообразными являются методы, применяемые различными авторами, для диагностики и лечения больных [2, 3, 5, 7, 10]. В то же время в учебниках и руководствах по стоматологии содержатся скудные, подчас устаревшие сведения относительно практического применения шино-терапии, как лечебно-диагностического метода [9, 11].

Объекты обследования. Объектами клинического исследования были жители Киева, Киевской и Полтавской областей в количестве 93-х человек (69 женщин и 24 мужчины) в возрасте 16-73 лет с клиническими признаками дисфункциональных состояний ВНЧС, ведущим симптомом которых были симптом мышечного спазма или мышечной дискоординации.

Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего пациентов	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16-30	3	3,22	8	8,6	11	11,83
31-40	2	2,15	14	15,05	16	17,2
41-50	11	11,83	31	33,33	42	45,16
51 и более	8	8,6	16	17,2	24	25,81
Всего	24	25,81	69	74,19	93	100

Результаты обследования в артикуляторе моделей челюстей 93-х пациентов с дисфункцией ВНЧС окклюзионного генеза показали, что в преобладающем большинстве случаев (64 пациентов (68,82%)) обнаруживался несимметричный латерально направляющий супраконттакт, эти пациенты составили I-ю группу. Во 2-ую группу вошли 12 (12,9%) пациентов с двусторонним симметричным мезиально направляющим супраконттактом. В 3-ю группу вошли 17 (18,28%) пациентов с симметричным дистально направляющим супраконттактом.

Лечение пациентов с применением шино-терапии

Перед началом лечения с больными, давшими согласие на лечение (65 чел.), проводили беседу, в ходе которой доступно объясняли сущность заболевания. Убеждали, в не-обходимости применения шино-терапии и принимать активное участие в собственном лечении, выполняя все рекомендации.

В основу принципа действия шино-терапии положена возможность получения миорелаксации жевательной мускулатуры, восстановления вертикальной величины окклюзии (размыкательный рефлекс), устранения привычной (патологической) окклюзии, проведении центровки головки нижней челюсти в ортопедически правильном положении в суставных ямках и стабилизации полученных соотношений элементов ВНЧС.

Для лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС окклюзионного генеза нами использовались различные виды шин: разобщающие, миорелаксационные, стабилизирующие, репозиционные шины и миофункциональные трейнеры, которые имели свои показания, а в некоторых случаях и поэтапное применение.

Выбор шин и их фиксация на верхнюю или нижнюю челюсть определялся условиями для фиксации, дефектами зубных рядов и характером смыкания зубов. На верхнюю челюсть изготавливали шину при глубоком прикусе и ретрузионном наклоне фронтальных зубов. В других случаях изготавливали шины на нижнюю челюсть из-за более быстрого привыкания к ним. Исключение составили миорелаксационные шины, которые изготавливались только на верхнюю челюсть и имели вид нёбной пластинки (по Schulte, по Sved, по Shore, по Hawley) для разобщения боковых зубов. Миорелаксационная шина по Gelb изготавливается на нижнюю челюсть и производит разобщение во фронтальном отделе.

При проведении шино-терапии у пациентов I группы на начальном этапе применяли миорелаксационная окклюзионная шина или разобщающие шины с постоянным незначительным разобщением в области моляров на стороне смещения нижней челюсти, которое и вызывает её смещение в противоположную сторону. В первом случае восстановление межчелюстных

соотношений происходило за счёт саморегуляции, а во втором – челюсти фиксировались в терапевтически правильном положении. Эти шины применялись на протяжении 3-х недель. Если результат не достигался, применяли центрирующие позиционирующие шины. У 11-и пациентов применяли эластическую шину (трейнер).

При проведении шино-терапии у пациентов II группы было использовано 10 шин различных конструкций изготовления.

Миорелаксационная шина применялась у 2 пациентов, она могла применяться на протяжении 3-4 недель, а после установления нижней челюсти в правильное положение лечение продолжалось с использованием стабилизирующих шин, которые были преобразованы из миорелаксационных шин путём добавления пластмассы на окклюзионные поверхности.

3-м пациентам применяли эластическую шину.

Ещё 3-м пациентам в артикуляторе моделировались утраченные части зубов, произвели полимеризацию пластмассовых моноблоков и зафиксировали на челюсти с помощью временного цемента (2 чел.) или кламмеров (1 чел.). Эти конструкции корректировались как шины, но имели более эстетичный вид.

При проведении шино-терапии пациентам III группы было использовано 22 шины различных конструкций изготовления. У 1-го пациента применяли минипласт-шину по Drum (толщина стандартной пластины 1,5 мм) с окклюзионной коррекцией в боковых участках.

При потере опоры в боковых участках 3-им пациентам применяли миорелаксационную шину по Gelb, у которой окклюзионные накладки в области боковых зубов без отпечатков антагонистов, а фронтальные находятся в дезокклюзии. Для мезиального перемещения нижней челюсти у 1-го пациента с интактными зубными рядами применяли миорелаксационную шину по Schulte с перекидными кламмерами 0,8 мм между премолярами на вестибулярную поверхность верхних зубов, которые должны быть в контакте с дистальными поверхностями нижних премоляров. Размещение кламмеров было симметричным. Через 3 недели миорелаксационные шины были преобразованы в стабилизирующие.

Для одномоментной репозиции нижней челюсти у 5-и пациентов применяли репозиционные (протрузионные) шины на нижнюю челюсть, которые имели глубокие отпечатки антагонистов. После улучшения клинической картины репозиционные шины были преобразованы в стабилизирующие путём уменьшения глубины отпечатков антагонистов или корректировались до восстановления контактов между естественными фронтальными зубами.

3-м пациентам применяли эластическую шину (трейнер).

Параллельно с коррекцией окклюзионных шин проводили избирательное сошлифовывание направляющих супраконтактов. После достижения максимального контакта зубов-антагонистов и фиксации их в центральной (терапевтической) окклюзии переходили к восстановлению зубных рядов реставрациями или временными съёмными или несъёмными конструкциями.

Данные о применении окклюзионных шин представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные о применении окклюзионных шин

Виды применяемых шин	1-я группа	2-я группа	3-я группа	Всего
по <i>Schulte</i>	4	0	1	5
по <i>Sved</i>	6	0	0	6
по <i>Shore</i>	4	0	0	4
по <i>Hawley</i>	1	0	0	1
по <i>Gelb</i>	0	0	3	3
по <i>Ramfjord, Ash</i>	7	0	0	7
по <i>Drum</i>	0	0	1	1
Разобщающие шины	10	7	0	17
Репозиционные шины:				
протрузионная	0	0	5	5
дистракционная	2	0	0	2
Стабилизирующие шины	13	0	9	22
Мягкие окклюзионные шины	9	3	3	15
Всего использовано шин	56	10	22	88

Окклюзионные шины выполняли одновременно терапевтическую и диагностическую функции. С их помощью мы временно изменить окклюзионные взаимоотношения без вмешательства на окклюзионных поверхностях зубов, и, таким образом, начинали процесс лечения заболевания.

В случае отсутствия положительного эффекта окклюзионной коррекции пациентов направляли на консультацию к врачам других специальностей (оториноларингологам, невропатологам, психиатрам и др.).

Длительность терапии, по нашим данным, зависела от купирования клинических симптомов и в среднем составляла 6 месяцев.

Коррекция окклюзионной шины проводилась сразу после припасовки, через 3-4 дня, затем через неделю, через 2 недели, а далее 1 раз в месяц. Носить шины пациентам мы рекомендовали на ночь и в свободное от работы время, исключение составляла «Мичиганская шина» (по *Ramfjord, Ash*), которую рекомендовали носить постоянно.

Шины по *Schulte*, по *Sved*, по *Shore*, по *Hawley*, по *Gelb* обладают ортодонтическим эффектом, поэтому применялись на срок не более 3-4 недель. «Мичиганская шина» (по *Ramfjord, Ash*) использовалась длительное время (до устранения симптомов), так как имеет контакты со всеми зубами-

антагонистами. В то же время все жесткие шины преобразовались по показаниям одна в другую за счёт оформления контактов антагонистов (места и глубины). Неоспоримым преимуществом является их ремонтпригодность.

Минипласт-шина по Drum также имеет контакты со всеми антагонистами, но её эффективность недостаточна из-за короткого срока службы (перфорации в боковых участках уже во время припасовки). Она не ремонтпригодна.

Мягкие окклюзионные шины (миофункциональных трейнеров) применялись у подростков и молодых людей, у которых с отсутствием окклюзионных деформаций. Они плохо поддавались коррекции, и не применялись при вертикальных деформациях зубных рядов.

Выводы

Таким образом, для успешного лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС окклюзионного генеза необходимо установить и устранить причину, приводящую к дискоординации жевательных мышц и их болезненному спазму. Для нормализации положения суставных элементов нами использовалась шино-терапия, как одна из методов комплексного лечения. При этом восстанавливался объём суставного пространства, устранялся адгезивно-спаечный процесс в сочленении, восстанавливалось функциональное пространство движения диска и амортизационная функция.

Анализ полученных ближайших и отдаленных результатов применения шино-терапии при лечении пациентов с дисфункцией ВНЧС показал его физиологичность и высокую эффективность.

Улучшение клинических проявлений в процессе лечения объясняется нормализацией положения нижней челюсти, при котором оптимизируется пространственное соотношение элементов ВНЧС, нормализуется биологическая активность жевательной мускулатуры, устранялась перегрузка при функциональных движениях.

Литература

1. Грачев Ю.В., Шмырев В.Н. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артрогенная) лицевая боль // Боль.- 2007.- Т. 14, № 5.- С. 2-12.
2. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии. — М.: Медицина, 1986. - 287 с.
3. Макеєв В.Ф., Кулінченко Р.В. Особливості обстеження хворих на скронево-нижньощелепні розлади. – 2006. - № 1. – С 53.
4. Мирза А.И., Штефан А.В., Мирза Р.А. Дисфункциональные состояния, обусловленные дистальным смещением нижней челюсти// Современная стоматология. – 2007. - №2(38) - С.126-130.
5. Мірза О.І., Штефан А. В. Збільшення міжальвеолярної висоти як провокуючий фактор синдрому больової дисфункції скронево-

нижньощелепного суглобу // Матеріали ІІІ (Х) з'їзду Асоціації стоматологів України. Полтава. – 2008. С – 412.

6. Новіков В.М. Морфометричні особливості функціонально-діючих елементів зубощелепної системи за даними МР-томографії. // Український стоматологічний альманах. №4. – 2006. – С 42-44.

7. Новіков В.М., Штефан А.В. Диагностика патологии височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза. // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Випуск 2, том 2 [108]. – С 49–54.

8. Сагатбаев Д.С. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Казахстанский стоматологический журнал.- 2003.- №1.- С. 26-30.

9. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. – Нижний Новгород, 1996. – 275 с.

10. Хватова В.А., Чикунов С.О. Окклюзионные шины (современное состояние проблемы). – М.; МИГ «Медицинская книга», 2010. – 56 с.

11. Штефан А.В., Новіков В.М. Лечение пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза. // Луганський державний медичний університет. - Український Медичний Альманах науково-практичний журнал. Луганськ, – 2014. —№ 2 (Т.17). –С 66–69.

Резюме. *В статті представлений аналіз лікування та реабілітації пацієнтів з дисфункцією СНЩС із застосуванням шино-терапії. Описані види оклюзійних шин, способи та строки їх використання, а також результати застосування шино-терапії при лікуванні пацієнтів з дисфункцією СНЩС.*

Ключові слова: *дисфункція ВНЧС, оклюзійні порушення, супраконтакт, шино-терапія, оклюзійні шини.*

Summary. *The article presents analysis of the treatment and rehabilitation of patients with TMJ disorder using Splint therapy. Describes the types of occlusive splints , methods and timing of their application, as well as the results of Splint-therapy in the treatment of patients with TMJ disorder .*

Keywords: *dysfunction TMJ , occlusive disorders, supracontacts, splint therapy, occlusal splints.*