

КОМПЛЕКСНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ЖЖЕНИЯ ЯЗЫКА

(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Жалобы: жжение слизистой оболочки кончика языка, резкая боль в околоушно-жевательной области слева, усиливающаяся при движениях нижней челюстью. Помимо указанных жалоб пациентка отмечает болезненность и онемение шеи.

Анамнез: неприятным ощущениям в языке и ВНЧС предшествовал тяжелый психоэмоциональный стресс около 1 месяца назад (утрата близкого человека). Со слов пациентки, последнее обращение к врачу-стоматологу было около 20 лет назад.

Данные объективного обследования: слизистая оболочка языка слабо увлажнена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации, выявлены отпечатки зубов на языке, фестончатый край резцов, фасетки стирания зубов, положительная проба на сжатие зубов. Отмечено снижение вкусовой чувствительности языка к кислому и соленому.

Прикус ортогнатический. При открывании рта отмечена девиация нижней челюсти влево. При пальпации выраженная болезненность по переднему краю M. Masseter слева.

Клинический диагноз: синдром жжения языка, дисфункция ВНЧС, повышенная стираемость твердых тканей зубов, генерализованная форма, смешанный тип, частичное отсутствие зубов на верхней и нижней челюстях III класс по Кеннеди, снижение межокклюзионной высоты (~4 мм), дистальное смещение нижней челюсти, нарушение функциональной окклюзии, нерациональные



Рис. 1. Состояние полости рта пациентки до лечения



Защихин Е.Н.
аспирант кафедры
ортопедической
стоматологии АГМУ,
г. Барнаул,
doctor-zen@mail.ru



Орешака О.В.
д.м.н., профессор
кафедры
ортопедической
стоматологии АГМУ,
г. Барнаул



Ганисик А.В.
к.м.н., ассистент
кафедры
ортопедической
стоматологии АГМУ,
г. Барнаул

Резюме

В статье представлены результаты комплексного лечения пациентки с синдромом жжения языка. Способ предусматривает двухэтапное лечение с применением окклюзионной шины и последующее рациональное протезирование, проводимое под контролем мультиспиральной компьютерной томографии ВНЧС.

Ключевые слова: синдром жжения языка, дисфункция ВНЧС, комплексное лечение.

COMPLEX DENTAL REHABILITATION OF THE PATIENT WITH BURNING MOUTH SYNDROME (CLINICAL CASE)

Zashchikhin E.N., Oreshaka O.V., Ganisik A.V.

The summary

The results of complex treatment patient with burning mouth syndrome are in the article. Method includes 2steps treatment using splint and then rational prosthetics done under multislice tomography of TMJ control.

Keywords: burning mouth syndrome, dysfunction of TMJ, complex treatment.

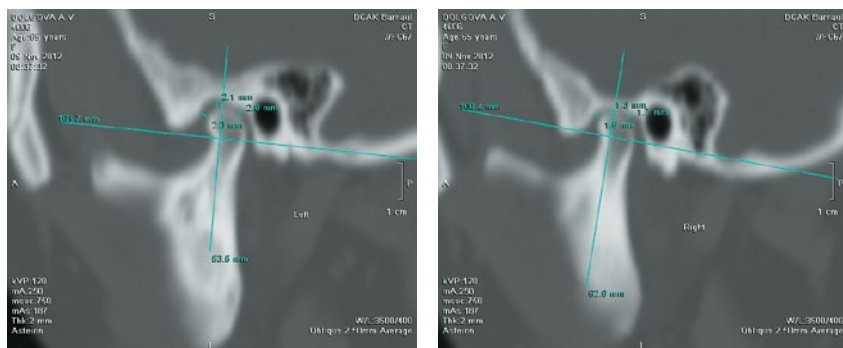


Рис. 2. Сагитальные срезы компьютерных томограмм слева и справа пациентки Д. до ортопедического лечения

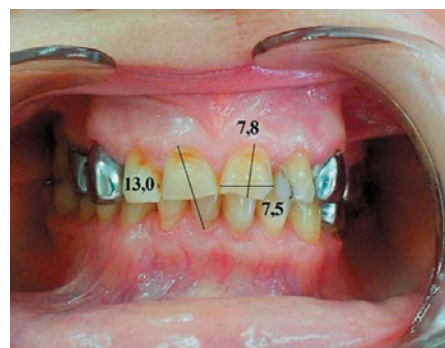


Рис. 3. Расчет межокклюзионной высоты с помощью индекса Шимбачи

конструкции зубных протезов, хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести, стадия ремиссии.

Сопутствующая патология: остеохондроз шейного отдела позвоночника, стадия обострения.

Лечение

Вследствие ограничения открывания рта отсутствовала возможность снять оттиски для изготовления окклюзионной шины, поэтому назначено физиотерапевтическое лечение в виде гелий-неонового излучения на область жевательных мышц по 8 минут курсом 10 процедур. Также рекомендовано использование препарата «Афобазол» для нормализации психоэмоционального состояния (по 1 таблетке 3 раза в день после еды, в течение двух недель).

Миогимнастика заключалась в открывании рта с высовыванием языка, упором языка в передние нижние зубы.

После окончания физиотерапевтического лечения и миогимнастики отмечено уменьшение болезненности в жевательных мышцах, отсутствие ограничения открывания рта.

Назначено дополнительное исследование: мультиспиральная компьютерная томография (далее – МСКТ) ВНЧС в положении открытый и закрытый рот с трехмерной реконструкцией черепа.

Результаты МСКТ ВНЧС до лечения: на сагитальных срезах смещение суставных головок в задне-верхнем направлении, особенно выраженное справа, асимметричное положение мыщелков.

Сняты полные анатомические оттиски и изготовлены гипсовые модели челюстей.

Для точного определения межокклюзионной высоты рассчитан индекс Шимбачи, величина которого составила 13 мм, а также вертикальный



Рис. 4. Соотношение челюстей, приближенное к физиологическому



размер центрального резца (7,8 мм) и его ширина (7,5 мм).

Основываясь на данные высоты физиологического покоя и значения индекса Шимбачи, определено центральное соотношение челюстей с помощью восковых базисов и окклюзионных валиков (жесткий окклюзионный воск Hard 1, Miltex).

Изготовлена окклюзионная шина на нижнюю челюсть из бесцветной пластмассы, дополненная искусственными зубами. Пациентке даны рекомендации по уходу и использованию шины.

Через несколько дней пользования съемным аппаратом пациентка отметила значительное улучшения самочувствия, уменьшились боли в языке, околоушно-жевательной области слева и в ВНЧС.

На гипсовой модели верхней челюсти проведено восковое моделирование промежуточных частей будущих мостовидных протезов в области 1.4, 1.6, 2.4 и 2.5. В период использования шины проведена замена старых штампованных коронок на временные пластмассовые мостовидные протезы, изготовленные прямым способом.

Лечение с помощью окклюзионной шины проводилось в течение 6 месяцев. За этот период пациентка отметила полное отсутствие болей и неприятных ощущений в слизистой оболочке языка и в области ВНЧС.

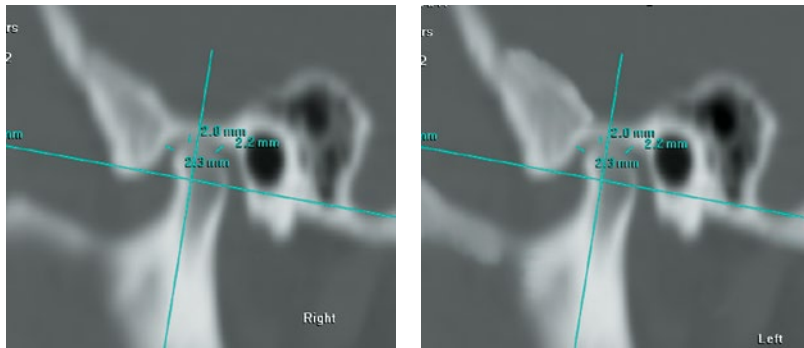


Рис. 5. Сагиттальные срезы компьютерных томограмм слева и справа пациентки после ортопедического лечения



Рис. 6. Вид полости рта пациентки Д. после ортопедического лечения (рассчитан индекс LVI)



Рис. 7. Вид полости рта пациентки Д. после ортопедического лечения

Пациентке установлена лицевая дуга Standart Bioart 4000 (фиксация элементов лицевой дуги производилась в горизонтальном положении). Для точной регистрации максимальной окклюзии использована окклюзионная шина в качестве жесткого фиксатора положения верхней и нижней челюстей (шина зафиксирована на гипсовых моделях челюстей, установленные в артикулятор Bioart 4000).

Ортопедическое лечение выполнено с помощью комбинированных мостовидных протезов, облицованных керамикой. Проведена тщательная окклюзионная коррекция (артикуляционная бумага Bausch 100, 40 и фольга 12 микрон).

Выполнено индивидуальное восковое моделирование передних зубов верхней и нижней челюсти для проведения реставрационного восстановления композитным материалом.

Реставрации передних зубов выполнены светоотверждаемым композитным материалом Enamel plus HRI с помощью силиконового ключа термопластическим материалом LuxaForm (DMG). На первом этапе проведены реставрации верхних зубов, на втором – нижних зубов.

Проведена контрольная компьютерная томография ВНЧС, результаты которой свидетельствуют о симметричном расположении суставных головок слева и справа.

В процессе ортопедического лечения пациентка проходила комплексное лечение остеохондроза шейного отдела позвоночника (проведены игло-рефлексотерапия, медикаментозная и мануальная терапии, массаж).

После ортопедического лечения вновь измерена межокклюзионная высота: индекс LVI, относящийся к реконструктивному прикусу, составил 16,5 мм, т.е. ее увеличение составило 3,5 мм.

Повторные осмотры пациентки не выявили преждевременных контактов между зубами при движениях нижней челюсти. Пациентка отмечает полное отсутствие неприятных ощущений и боли в слизистой оболочке языка и ВНЧС.

Диспансерное наблюдение 1 раз в 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Токмакова С.И. и др. Анализ консультативного приема кафедры терапевтической стоматологии АГМУ и современные технологии в комплексном лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта / С.И.Токмакова, Т.Н.Улько, О.В.Сысоева, О.В.Бондаренко, Л.Ю.Старокожева // Кафедра. – 2009. – №30-31, лето-осень. – С. 42-45.
2. Фала В. Функциональная диагностика – основа направленной терапии // ДентАрт. – 2011. – № 3. – С. 26-40.
3. Юрченко С.Ю., Шумский А.В., Мацкевич А.А. Нарушение окклюзионных взаимоотношений как причина синдрома жжения полости рта // Клиническая стоматология. – 2011. – №3 (58). – С. 75-78.