

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, СОЧЕТАННОЙ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является патологией, заключающей в себе комплекс анатомо-функциональных нарушений, состоящих из суставного, мышечного и окклюзионного компонентов. Синдром дисфункции ВНЧС является в настоящее время одной из актуальных проблем стоматологии и нейростоматологии [5, 7]. По данным различных авторов, патология височно-нижнечелюстного сустава занимает третье место среди стоматологических заболеваний после кариеса и заболеваний пародонта. Частота поражений ВНЧС у взрослого населения составляет 14-89% [6]. Причины возникновения дисфункции ВНЧС разнообразны. Существует ряд «классических» симптомов, позволяющих подозревать наличие дисфункции ВНЧС у пациента. С другой стороны, уже имеющиеся нарушения функции сустава могут не иметь выраженных клинических симптомов.

Дистальная окклюзия зубных рядов является лидером по частоте встречаемости среди всех аномалий окклюзии [2]. Зачастую дистальная окклюзия зубных рядов осложняется синдромом дисфункции ВНЧС [2, 4]. Реабилитация таких пациентов является трудно разрешимой задачей, поскольку в данном случае необходимо не только устранить окклюзионные нарушения, но и нивелировать или минимизировать сопутствующие факторы, влияющие на развитие дисфункции [3, 7].

Две теории развития суставных дисфункций – окклюзионно-артикуляционная и нейро-мышечная – указывают, что окклюзионные нарушения провоцируют развитие мышечного дисбаланса челюстно-лицевой области и наоборот [5, 6]. План лечения таких пациентов, помимо достижения функционального и эстетического оптимума на уровне зубных рядов, должен предусматривать мероприятия, направленные на нормализацию



Ишмурзин П.В.

к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера» г. Пермь, ishmurzin_pav@mail.ru



Данилова М.А.

д.м.н., профессор, зав. кафедрой детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера», г. Пермь, danilova_ma@mail.ru

Резюме

В статье представлены принципы составления алгоритмов лечения дистальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов. Алгоритмы учитывают мотивацию и ожидаемые пациентом результаты лечения, протокол коррекции зубочелюстной аномалии составляется согласно клинической ситуации с учетом функции сустава, указаны этапы ортодонтического лечения, сопровождающиеся обязательным выполнением миофункциональной коррекции и протетическими мероприятиями для височно-нижнечелюстного сустава. Эффективность алгоритмов подтверждена результатами лечения 33 пациентов с дистальной окклюзией, сочетанной с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: алгоритм лечения, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, дистальная окклюзия.

TREATMENT OF DISTOCCLUSION COMBINED WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION

Ishmurzin P.V., Danilova M.A.

The summary

The article presents the principles of establishing treatment algorithms of distocclusion combined with temporomandibular joint dysfunction. The algorithms take into account motivation and expectations of patient outcomes, dental anomalies correction protocol is drawn up according to the clinical situation taking into account joint function, also we present the stages of orthodontic treatment accompanied by mandatory compliance of myofunctional correction and prosthetic measures for temporomandibular joint. The effectiveness of the algorithms is confirmed by the results of treatment in 33 patients with distocclusion and temporomandibular joint dysfunction.

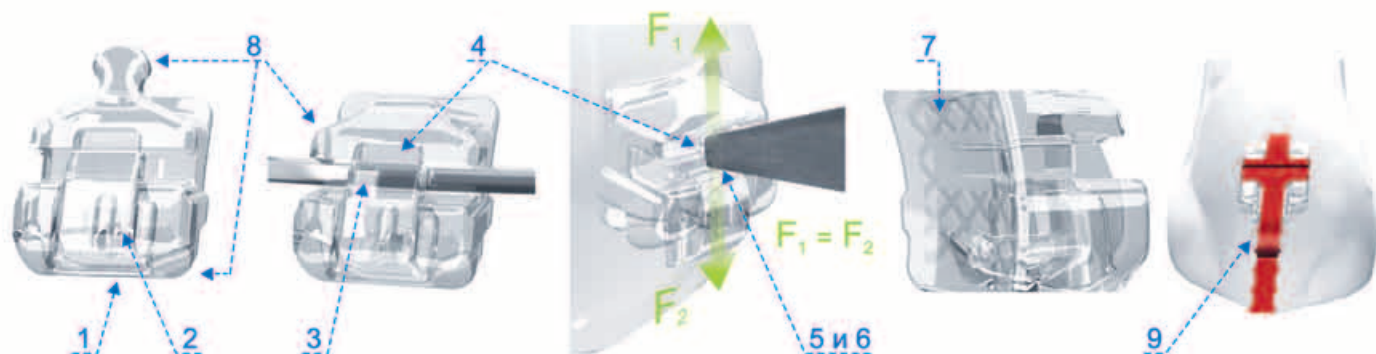
Keywords: treatment algorithm, temporomandibular joint dysfunction, distocclusion.

DAMON[®] CLEAR[™]

Различные варианты торка
для верхней челюсти

www.damonsystem.ru

Больше, чем видно на первый взгляд



1 Полностью прозрачный пассивный самолигирующий брекет с присущим ему низким трением и малыми силами для более эффективного перемещения зубов

2 Прочный поликристаллический оксид алюминия (PCA) устойчив к изменению цвета и появлению пятен

3 Четыре прочные стенки обеспечивают надежный контроль ротаций для безупречного завершения лечения

4 Инновационный механизм открывания и закрывания крышки SpinTek[™] обеспечивает быструю и комфортную смену дуг

5 Простой поворот инструмента для открывания SpinTek направляет силы в противоположные стороны. При этом сила, действующая на зуб, равна 0 – даже при выраженных зубных отложениях

6 При открывании других самолигирующих брекетов возникают побочные силы, действующие на зуб и иногда достигающие 1.34 кг, что вызывает дискомфорт у пациента и отклеивку брекетов

7 Основание брекета с запатентованным лазерным протравливанием обеспечивает оптимальную силу сцепления для надежной фиксации и комфортного снятия брекетов

8 Гладкие, закругленные контуры для комфортного лечения

9 Съёмные позиционеры, ромбовидная форма брекетов и вертикальная выгравированная линия на основании облегчают точное позиционирование брекетов для достижения красивой формы улыбки

10 Совместимы с брекетами Damon Q[™], замками SnapLink[™] и замками на вторые моляры Titanium



Ormco
Sybron Dental Specialties

МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
ДЕНТАЛ
КОМПЛЕКС

191166, Санкт-Петербург,
Аптекарская набережная, д.8

Тел.: (812) 324-74-14
www.dentalcomplex.com

официальный дилер корпорации Ормко в России

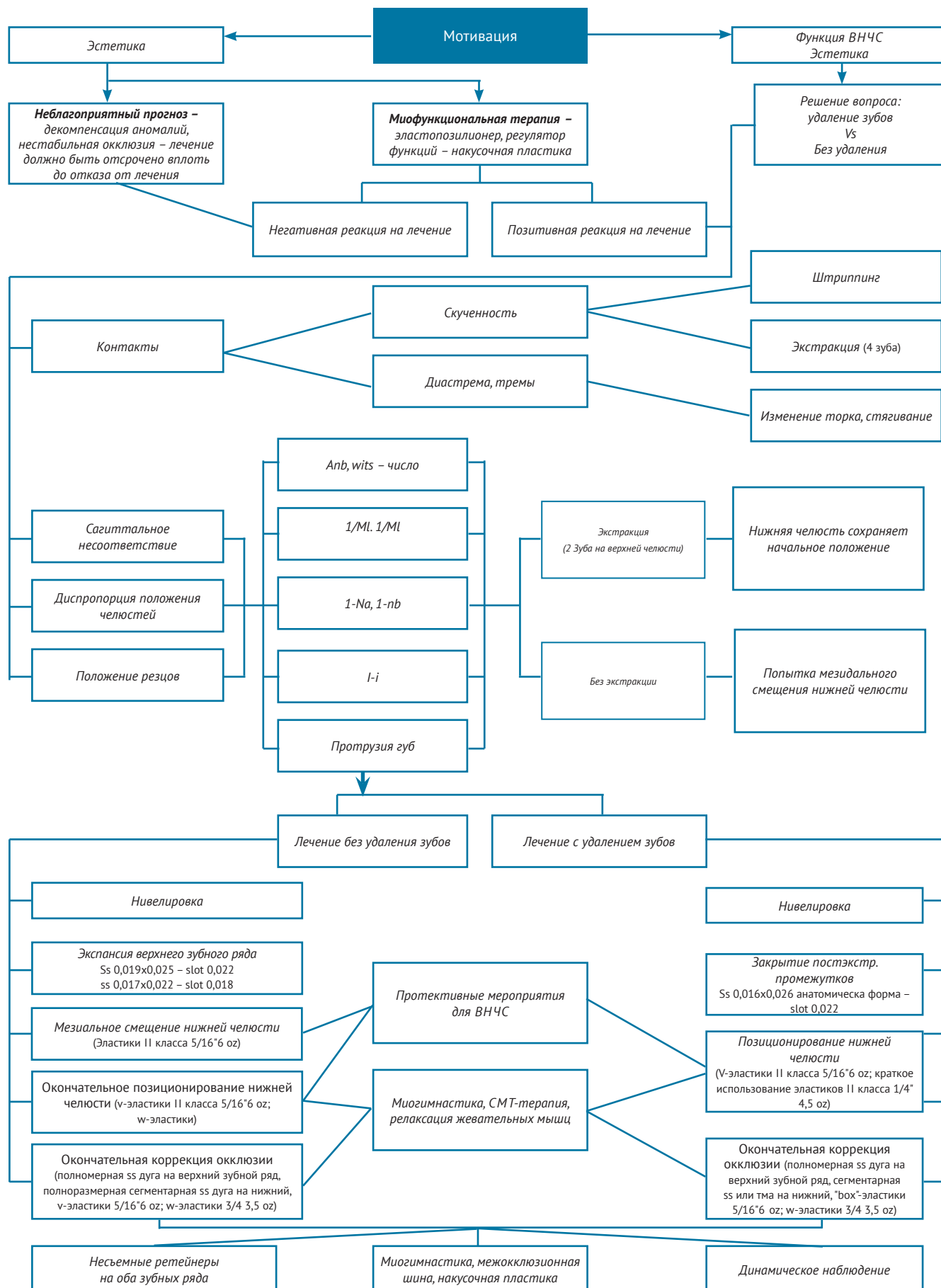


Рис. 1. Алгоритм лечения дисфункции ВНЧС, сочетанной с дистальной окклюзией зубных рядов

функции височно-нижнечелюстного сустава, так и «охранительные суставные меры».

Цель исследования

Сценить эффективность алгоритма лечения дистальной окклюзии зубных рядов, сочетанной с дисфункцией ВНЧС.

Материалы и методы исследования

Нами проведено комплексное лечение 33 пациентов в возрасте от 18 до 32 лет с зубоальвеолярными формами дистальной окклюзии зубных рядов, ассоциированной с функциональной патологией ВНЧС.

Для достижения оптимальных результатов нами был предложен и апробирован алгоритм лечения пациентов с дисфункцией ВНЧС в периоде прикуса постоянных зубов при дистальном смыкании моляров в сагиттальной плоскости. Алгоритм состоит из нескольких блоков (рис. 1):

- мотивация к ортодонтическому лечению;
- обоснование тактики лечения;
- протокол активного периода ортодонтической коррекции, включающий мероприятия по воздействию на мышцы и ВНЧС;
- ведение пациента в ретенционном периоде.

Протетические мероприятия для ВНЧС заключались в следующем:

- ограничение экскурсии нижней челюсти в вертикальной и сагиттальной плоскостях;
- противовоспалительная терапия по показаниям;
- жевание на обеих сторонах;
- отказ от длительного применения межчелюстных эластиков с вектором по II классу;
- «разгружающие» ВНЧС конструкции (при применении эластиков по II классу – окклюзионные накладки на верхние первые/вторые моляры с отпечатками зубов нижней челюсти, выполненные в конструктивном прикусе; сочетанное использование съемных аппаратов и эджуайз-техники – накусочная пластинка Катца, трейнер для коррекции II класса);
- изучение этапных ОПТГ с анализом пропорциональности размеров суставной ямки и мышелка нижней челюсти.

Воздействие на мышцы включало миогимнастику и СМТ-терапию по схемам.

Активное ортодонтическое лечение нами было проведено с использованием безлигатурных систем брекетов Damon (Ormco). Последовательность фаз ортодонтического лечения была соблюдена в соответствии с авторскими указаниями [1]. Протокол лечения пациентов зави-

сел от выбора тактики лечения. При удалении комплектных зубов на верхней челюсти, после закрытия постэкстракционных промежутков, нижняя челюсть позиционировалась в прежнем положении, межокклюзионные контакты достигались применением межчелюстных эластиков конфигураций V, W и «box». В случае применения изолированного аппаратного метода лечения сначала проводили расширение верхней зубной дуги, затем мезиально смещали нижнюю челюсть в положение центральной окклюзии с использованием межчелюстных тяг с вектором по II классу. По достижении нейтрального положения моляров, межокклюзионные контакты восстанавливали с помощью эластиков конфигураций V и W.

Полученные результаты и их обсуждение

Средний срок лечения пациентов составил $23,2 \pm 0,6$ месяцев. Эффективность предложенных алгоритмов лечения оценивали с использованием следующих критериев: состояние окклюзии после лечения и через год ретенции, наличие суставных симптомов в процессе лечения, по его окончании и через год ретенции. Результат лечения рассматривался как удовлетворительный, если через год ретенции у пациента определялась стабильная окклюзия и отсутствовали жалобы со стороны височно-нижнечелюстного сустава, в противном случае результат лечения рассматривался как неудовлетворительный. Удовлетворительный результат лечения был у 28 человек, в 3 случаях мы отметили ухудшение состояния окклюзии без нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава и в одном – появление суставных симптомов вновь.

В качестве примера приводим выписку из истории болезни пациентки Александры Ч., 18 лет (рис. 2).

Обратилась в клинику по поводу неправильного положения резцов верхней челюсти и наличия промежутка между верхними и нижними резцами. Также жалобы на щелчки в правом ВНЧС при широком открывании рта и скованность жевательных мышц в утреннее время. Ранее ортодонтическое лечение не проводилось.

Диагноз:

- скелетный класс I, нормодивергенция челюстей, протрузия резцов верхней челюсти;
- окклюзионно: дистальная окклюзия, глубокая резцовая дизокклюзия, скученное положение резцов на верхней челюсти;
- дисфункция ВНЧС справа, тенденция к верхнему положению мышелка.

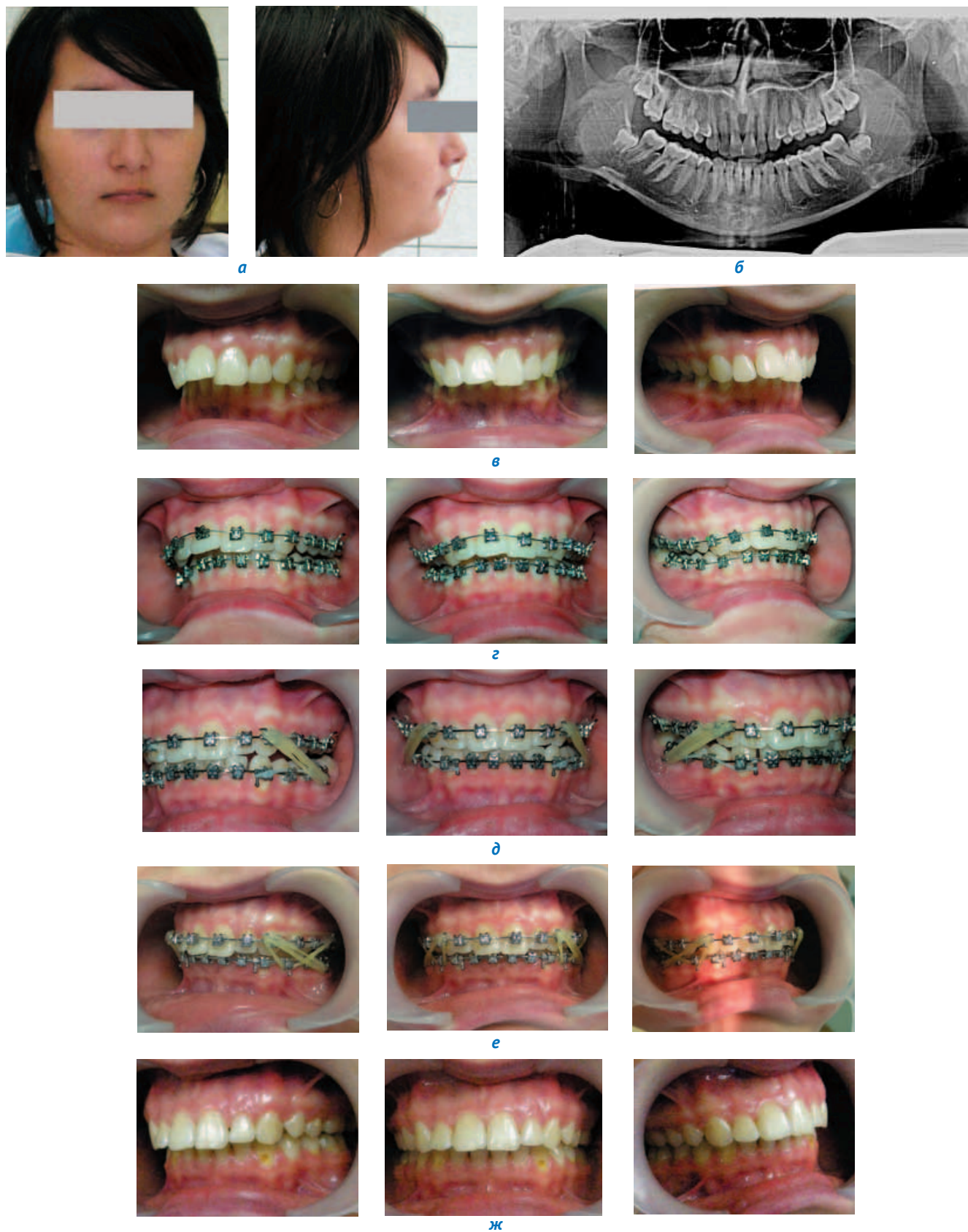


Рис. 2. Результаты лечения пациентки Александры Ч.

а – фото в анфас и профиль до лечения, б – ОПТГ до лечения, в – окклюзия до лечения, г – этап нивелировки зубных рядов и экспансии верхнего зубного ряда, д – этап мезиального смещения нижней челюсти, е – этап окончательного позиционирования нижней челюсти, ж – окклюзия после лечения, з – фото в анфас и профиль после лечения, и – ОПТГ перед снятием аппаратуры, л – обрисовки томограмм ВНЧС до и после лечения

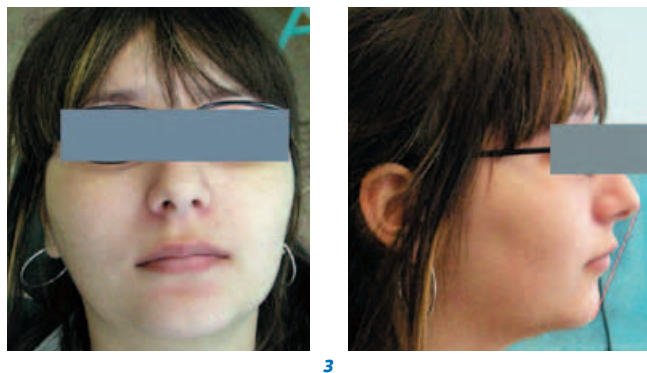
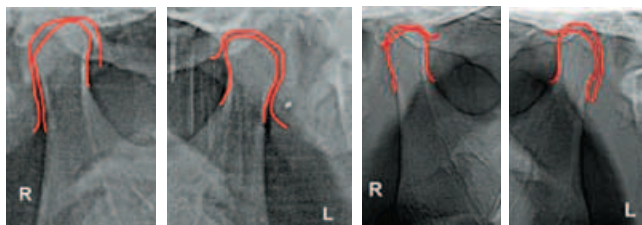


Рис. 2. Результаты лечения пациентки Александры Ч.

з – фото в анфас и профиль после лечения,
и – ОПТГ перед снятием аппаратуры, к – обрисовки
томограмм ВНЧС до и после лечения



и



к

Протокол лечения:

1. Подготовка к активному ортодонтическому лечению – миогимнатика для выдвижения нижней челюсти, в ночное время – трейнер II класса (2 месяца).

2. Фиксация системы Damon 3MX на оба зубных ряда, экспансия верхнего зубного ряда – 9 месяцев (из них 6 – на дугах Damon CuNiTi 0,016 x 0,025”).

3. Позиционирование нижней челюсти – межчелюстная тяга по II классу на дугах Damon SS 0,019 x 0,025” на обеих челюстях (6 месяцев).

4. Закрытие межокклюзионных пространств в боковых отделах и создание режуще-бугоркового контакта на дугах Damon SS 0,019 x 0,025”, применение V-образных эластиков и дробное использование эластиков II класса, сепарация резцов и клыков на верхней челюсти – 10 месяцев, протективные мероприятия для левого ВНЧС.

3. Окончательная коррекция окклюзии – V-образные эластики на дугах Damon SS 0,019 x 0,025” – 2 месяца.

4. Снятие системы, фиксация несъемных ретейнеров «от клыка до клыка» и сдача LM-активатора для применения в ночное время.

Активный период лечения составил 29 месяцев.

За период лечения достигнуто оптимальное смыкание зубных рядов, центральное положение челюстей, улучшение пропорциональности и экспрессии лицевой композиции. Симптомов дисфункции ВНЧС за период лечения отмечено не было.

Заключение

Таким образом, составление алгоритма лечения аномалии окклюзии, осложненной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, должно учитывать как субъективные пожелания пациента, так и объективный окклюзионный статус и адекватные возможности ортодонтической коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деймон Д. Рабочая тетрадь ортодонта. Руководство по применению системы пассивного самолигирования Damon System 2. – СПб., МЦ «Дентал Комплекс», 2005. – 76 с.
2. Джаханара С., Персин Л.С., Матвеев В.М. Нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дистальной окклюзией. // Ортодонтия. 2003. – № 2. – С. 33-37.
3. Карнаухова Е.А., Вязьмин А.Я., Газинский В.В. Комплексные методы лечения синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск). – 2006. – Т. 64. – №6. – С. 49-50.
4. Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и лечения больных с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов: автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб., 2010. – 17 с.
5. Окклюзия и клиническая практика: пер. с англ. / под ред. И. Клиберга и Р. Джагера – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 200.
6. Хватова В.А. Часть I. Какие заболевания височно-нижнечелюстного сустава наблюдаются в стоматологической клинике? // Новое в стоматологии. – 2001. – Т. 91, №1. – С. 4-7.
7. Фадеев Р.А., Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, осложненных заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов // Ортодонтия. – 2010. – №3 (51). – С. 74-75.