

СКРИНИНГ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

SCREENING OF SYNDROME OF PAIN DYSFUNCTION TMJ WHEN CARRYING OUT DENTAL IMPLANTATION

**A. Arkhipov
V. Arkhipov
V. Arkhipov
S. Maruk**

Summary. the Main cause of TMJ disorder from 172 patients who applied for treatment of pathology of the TMJ was dental procedures (n = 106, 61,7%). These patients constituted the control group

When examined 265 patients who applied for carrying out a dental implantation and subsequent prosthetics at 204 (77.1 percent) showed signs of BS of TMJ dysfunction. 112 (54.9 percent) of patients diagnosed with dysfunction of mild severity. Provides diagnosis and peculiarities of implantation at this stage of the disease.

Keywords: dysfunction of the temporomandibular joint, presledovanie supercontact, temporomandibular disorder.

Архипов Алексей Вячеславович

Д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Архипов Вячеслав Дмитриевич

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Архипов Вячеслав Яковлевич

Аспирант, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Марук Станислав Иванович

Врач-стоматолог, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

arhipov0163@mail.ru

Аннотация. Основной причиной возникновения дисфункции ВНЧС у 172 пациентов обратившихся для лечения патологии ВНЧС являлись стоматологические манипуляции (n = 106, 61,7%). Эти пациенты составили контрольную группу.

При обследовании 265 пациентов обратившихся для проведения дентальной имплантации и последующего протезирования у 204 (77,1%) выявлены признаки БС дисфункции ВНЧС. У 112 (54,9%) пациентов диагностирована дисфункция лёгкой степени тяжести. Приводится диагностика и особенности проведения имплантации на этой стадии заболевания.

Ключевые слова: скрининг дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, пришлифовывание суперконтактов, temporomandibular disorder.

В настоящее время публикуется значительное количество работ, посвящённых патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). В западной медицине это называется temporomandibular disorder [9]. На русский язык этот диагноз можно перевести «Височно-нижнечелюстное нарушение». В отечественной литературе чаще используется термин синдром болевой дисфункции ВНЧС, который являются наиболее распространённым неodontогенным болевым синдромом в челюстно — лицевой области.

Синдром болевой дисфункции ВНЧС — нарушение координированной функции жевательных мышц и взаимного расположения элементов ВНЧС, что приводит к пространственным нарушениям [7]. Изменения окклюзии могут являться причиной возникновения дисфункции или её проявлением [6].

В отечественной и иностранной литературе почти не рассматривается диагностика и тактика врача при начальных проявлениях патологии со стороны жевательных мышц и ВНЧС. При проведении скринингового исследования авторы в основном анализируют жалобы пациентов с выраженными проявлениями болевой дисфункции [2, 3]. Ранние проявления заболевания рассматривают единичные авторы [5]. Между тем вторичная профилактика заболеваний необходима для выявления и лечения заболеваний на ранних стадиях для своевременного устранения факторов риска, что позволяет устранить причины данной патологии и предупредить прогрессирование данного патологического процесса [5].

Цель исследования

Разработка методов активного выявления лиц, обратившихся за оказанием стоматологической помощи,

с начальными проявлениями дисфункции ВНЧС и разработка рекомендаций для проведения лечебно-диагностических мероприятий у пациентов в зависимости от тяжести заболевания.

Материал и методы исследования

Проанализированы причины возникновения дисфункции ВНЧС у 172 пациентов обратившихся в клинику для лечения патологии ВНЧС [1]. Эти пациенты составили контрольную группу.

С целью выявления патологии ВНЧС обследовано 265 пациентов обратившихся для проведения дентальной имплантации и последующего протезирования (основная группа). Основными жалобами у этих пациентов было отсутствие зубов, диагноз дисфункции устанавливался после изучения анамнеза и обследования.

У 61 пациента (22,9%) из 265 при открывании рта нижняя челюсть смещалась плавно, отсутствовали боковые смещения нижней челюсти, боли в суставе и жевательных мышцах. Отсутствие у них и других симптомов поражения ВНЧС и жевательных мышц позволило исключить у них патологию ВНЧС и жевательных мышц

У 204 (77,1%) из 265 пациентов выявлены признаки БС дисфункции ВНЧС.

У 112 (54,9%) из 204 пациентов с **дисфункцией лёгкой степени тяжести** заболевание характеризовались отсутствием плавности при открывании рта, смещением нижней челюсти в стороны при открывании рта, не физиологическим положением нижней челюсти в состоянии покоя.

Зубы верхней и нижней челюсти должны находится в контакте только при жевании, глотании и при откусывании пищи фронтальными зубами. В остальных ситуациях (читаем, смотрим телевизор, ходим и др.) расстояние между зубами 2–4 мм [1]. Это правило для нормального функционирования зубочелюстной системы было нарушено.

Эти пациенты не предъявляли жалоб и не испытывали дискомфорта в области мышц и суставов. При внутриворотной пальпации определялась болезненность в области латеральных крыловидных мышц и сухожилия височных мышц на уровне венечного отростка и переднего края ветви нижней челюсти с одной или двух сторон.

Нами установлено, что на стороне преждевременно окклюзионного контакта зубов поражаются латеральная крыловидная мышца, а на противоположной стороне — височная.

Пациентам с дисфункцией лёгкой степени тяжести в течении 3–5 недель проводили аутотренинг, уменьшали речевую нагрузку, рекомендовали двустороннее пережевывание пищи, исключали физические нагрузки и рекомендовали нормализовать сон. Ограничивали объём открывания рта до пределов, когда не возникает смещения челюсти в сторону. Пациентам рекомендовали избавиться от скользящих движений нижней челюсти вперёд и в стороны, освоить шарнирные движения нижней челюсти вверх и вниз, пищу не откусывать, а вводить её в полость рта в объёме комфортном для жевания. Это упрощает функцию жевательных мышц сводя её до периода первых дней жизни новорождённого.

Рекомендовали пищу мягкой консистенции (кефир, картофельное пюре, творог, супы, омлеты, рыбу, каши, вареные фрукты, овощи). Продукты перед употреблением нарезают небольшими кусочками, чтобы уменьшить необходимость в пережевывании и широко открывать рот. Исключают твердые продукты (булочки с твердой коркой, сушки, сырую морковь), продукты, требующие длительного жевания (карамель, ириски), а также крупные куски пищи и фрукты, откусываемые широко открытым ртом.

Во время приёма пищи пациент не отвлекается: не читает, не смотрит телевизор, а концентрирует всё своё внимание на жевании.

После устранения симптомов дисфункции пациент ежедневно 4–6 раз в сутки по 5–6 минут выполняет перед зеркалом комплекс шарнирных, боковых и передних движений нижней челюсти, которые не должны сопровождаться болевыми ощущениями.

При санации полости рта исключалось длительное нахождение пациента в кресле с широко открытым ртом.

Избирательное шлифование зубов по данным выявленным при помощи копировальной бумаги проводили только там, где располагались искусственные пломбы или зубные протезы (96 пациентов, 85,7%).

Сошлифовывание твердых тканей коренных зубов — необратимый процесс, он может вызвать компрессию в суставе, дистальное смещение суставных головок. Шлифовывание суперконтактов на уровне бугров зуба при грубой патологии окклюзии (9 пациентов, 8%) проводили согласно результатам сканирования аппаратом T-Scan III. У 7 пациентов (6,3%) шлифовывание не проводилось.

На период между I и II этапами имплантации всем пациентам изготавливали временные лечебные съёмные

или несъемные зубные протезы. В процессе лечения постоянно контролировали контакты между зубами, состояние ВНЧС и жевательных мышц.

Постоянные протезы фиксировали после устранения симптомов дисфункции ВНЧС.

Пациенты с дисфункцией средней степени тяжести (87 больных, 42,6% из 204 обследованных) предъявляли жалобы на щёлканье в ВНЧС, боли в области ВНЧС.

Имелись и другие симптомы описанные в 1934 году американским врачом-отоларингологом J. V. Costen [8]. Этим пациентам проводилось комплексное индивидуальное лечение: аутогенная тренировка, лечебная гимнастика, медикаментозная терапия, физиотерапия, ортопедическое устранение окклюзионных нарушений.

Жалобы пациентов с дисфункцией тяжелой степени тяжести (5 пациентов, 2,5%) были аналогичны жалобам пациентов с дисфункцией средней степени тяжести. Однако у них при анализе конусно-лучевых томограмм были выявлены значительные изменения окклюзии, ВНЧС или в суставном отростке. При лечении этих пациентов использовали хондропротекторы и принципы нейромышечной стоматологии, что позволяло восстановить правильные функциональные отношения между челюстями.

Результаты и обсуждение

Анализ анамнестических данных показал, что развитию синдрома дисфункции ВНЧС предшествовали: травматическое удаление зубов, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, общее и местное переохлаждение, стоматологическое ортопедическое лечение, бруксизм, ортодонтическое лечение, направленное на восстановление зубных рядов, длительное существование вторичной адентии, длительное пребывание с открытым ртом на стоматологическом приёме.

При анализе причин возникновения дисфункции ВНЧС у 172 пациентов контрольной группы обратившихся в клинику для лечения патологии ВНЧС, мы установили, что у большинства пациентов ($n = 106$, 61,7%) в период от 2 до 18 месяцев до клинических проявлений дисфункции были проведены стоматологические манипуляции. Следующей по частоте причиной была стрессовая ситуация — 36 (20,9%) человек. С переохлаждением и простудой дисфункцию связывали 16 (9,3%) обследуемых, у остальных 14 (8,1%) больных симптоматика развивалась без видимых причин. У ряда больных отмечалось сочетание нескольких провоцирующих факторов в возникновении заболевания

У 101 (90,2%) из 112 пациентов с **дисфункцией лёгкой степени тяжести**, обратившихся для проведения дентальной имплантации, на момент фиксации ортопедической конструкции (основная группа) отсутствовали симптомы патологии ВНЧС. Пациентам ($n = 11$, 9,8%), у которых сохранялись симптомы дисфункции, дополнительно проведена медикаментозная терапия с использованием элементов нейромышечной стоматологии.

При повторном осмотре 112 пациентов через 1 год после лечения в основной группе выявлен рецидив заболевания у 7 человек (6,2%), который был устранён после проведения диагностики и комплексного лечения.

Таким образом, перед проведением стоматологических манипуляций, даже при отсутствии жалоб, необходимо проанализировать состояние окклюзии, провести пальпацию височных и наружных крыловидных мышц. Проведение стоматологических манипуляций, при наличии начальных симптомов дисфункции, часто приводит к утяжелению болевого синдрома дисфункции ВНЧС. Диагностика и лечение пациентов с дисфункцией лёгкой степени тяжести при проведении предоперационной санации полости рта, имплантации и протезирования создаёт благоприятные условия для длительного функционирования ортопедического протеза фиксированного на дентальных имплантатах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболмасов Н. Н. Избирательная шлифовка зубов. Смоленск 2004. — 92 с.
2. Арушанян А. Р. Оценка распространенности симптомов мышечно-суставной дисфункции у лиц, обращающихся в стоматологическую поликлинику / А. Р. Арушанян, [и др.] — Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 5, Issue 12, 2016, pp. 1755–1756.
3. Гелетин П. Н. Способ диагностики синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / П. Н. Гелетин [и др.] // Российский стоматологический журнал. — (Москва). — 2016. — Том: 20. — № 2. — С. 82–84.
4. Лечение височно-нижнечелюстных расстройств / В. Д. Архипов [и др.] // Международный научно-исследовательский журнал. Успехи современной науки и образования. № 9, Том 3, 2016. — С 148–151.
5. Мишутин Е. А. Результаты оценки индивидуально-типологических особенностей психологического статуса больных с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава и пациентов группы сравнения / Е. А. 6. Мишутин // Смоленский медицинский альманах. — 2016, № 1. — С. 152–155
6. Поспелов А. Н. Окклюзионные нарушения в зубных рядах при повышенной стираемости твердых тканей зубов / А. Н. Поспелов, В. В. Коннов, А. А. Бизяев, А. Г. Прошин // Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2012. 88 с.

7. Семенов Р. Р. Этиологические и патогенетические механизмы формирования дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Р. Р. Семенов, [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. Издательство: Издательский Дом «Академия Естествознания» (Пенза). — 2013. — № 11–1. — С. 46–51.
8. Costen J. B. Neuroglia and ear symptoms associated with distributed function of temporomandibular joint // Am Med Assoc J. 1934. № 107. P. 252–255.
9. Jung A, Shin BC, Lee MS, Sim H, Ernst E (May 2011). «Acupuncture for treating temporomandibular joint disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized, sham-controlled trials». Journal of Dentistry. 39 (5): 341–50.

© Архипов Алексей Вячеславович, Архипов Вячеслав Дмитриевич,
Архипов Вячеслав Яковлевич, Марук Станислав Иванович (arhipov0163@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»

