

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ АНОМАЛИЯХ ОККЛЮЗИИ С ЛАТЕРАЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

■ Е.А. Логинова

врач стоматолог общей практики, ортодонт. ГБУЗ Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника. г. Самара

■ Г.В. Степанов

д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского возраста СамГМУ. г. Самара

■ Ю.А.Шухорова

к.м.н., главный врач. ГБУЗ Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника. г. Самара

дним из наиболее характерных и неприятных симптомов височно-нижнечелюстных расстройств является боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [4]. Боль в области ВНЧС вызывает значительный дискомфорт и может стать причиной нетрудоспособности. Как правило, источник ее локализуется в жевательной мускулатуре. Реже боль бывает вызвана поражением структур ВНЧС, что соответствует диагнозу «артралгия» или «остеоартрит» [5].

Суставная боль возникает в результате механического сдавления или растяжения позади дисковых тканей, раздражения внутрисуставных спаек, растягивающей нагрузки на хрящевую ткань, синовита и раздражения суставной капсулы. Локализованная боль в области ВНЧС приводит к рефлекторному ограничению активности прилегающих мышц для защиты сустава от повреждения. В свою очередь, это ограничивает подвижность в ВНЧС.

Физиотерапевтические методы достаточно эффективны при мышечной патологии, поэтому могут применяться при лечении височно-нижнечелюстных расстройств. Физиотерапия направлена на устранение воспаления, что ведет к уменьшению болевой симптоматики и нормализации функции ВНЧС и жевательной мускулатуры [6].

Цель исследования: изучить эффективность применения физиотерапии у пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами при аномалиях окклюзии с латеральным смещением нижней челюсти.

В Центре стоматологического здоровья ГБУЗ Самарской областной клинической стоматологической поликлиники и на кафедре стоматологии детского возраста СамГМУ 22 пациентам с выраженным болевым синдромом была проведена физиотерапия височно-нижнечелюстных расстройств, осложненных аномалиями окклюзии с латеральным смещением нижней челюсти. В исследовании участвовали пациенты в возрасте от 20 до 35 лет, 20 женщин и 2 мужчин.

Пациентам было проведено клиническое обследование с целью выявления аномалий окклюзии и сопутствующей патологии в ВНЧС. Исследование патологии ВНЧС и выявление височно-нижнечелюстных расстройств выполняли по исследовательским диагностическим критериям височно-нижнечелюстных расстройств Ось 1. [1; 5]. Всем пациентам была проведена конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС при закрытом и открытом рте.



Рис.1. Вид смыкания зубов, смещение средней межрезцовой линии

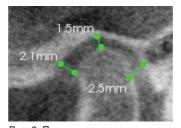


Рис. 2. Правая суставная головка, сагиттальная плоскость

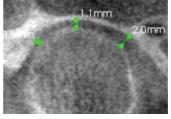


Рис. 4. Правая суставная головка, фронтальная плоскость

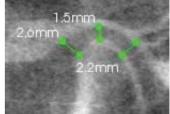


Рис. 3. Левая суставная головка, сагиттальная плоскость

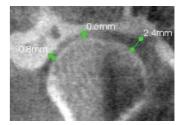


Рис. 5. Левая суставная головка, фронтальная плоскость

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ



На конусно-лучевых компьютерных томограммах ВНЧС при закрытом рте изучали положение суставных головок в суставных ямках в сагиттальной, фронтальной и аксиальной плоскостях. В сагиттальной плоскости проводили измерения переднего (AS), верхнего (PS) и заднего (PS) суставного пространства [2]. Во фронтальной плоскости делали измерения во фронтальном медиальном пространстве (CMS), фронтальном центральном пространстве (CCS) и фронтальном латеральном пространстве (CLS). В аксиальной плоскости выполняли измерения латерального и медиального аксиального пространства [3].

Всем пациентам, обратившимся в Центр стоматологического здоровья ГБУЗ СОКСП и на кафедру стоматологии детского возраста Сам-ГМУ, была назначена физиотерапия, которая состояла из миогимнастики, тепловых компрессов, массажа лица и воротниковой зоны. Пациентам были изготовлены индивидуальные каппы, фиксирующие нижнюю челюсть в центральном положении, а также рекомендованы силиконовые каппы Bruxogard.

Эффект от проведенной физиотерапии определяли по ряду критериев: наличие или отсутствие болевого синдрома, характер движений нижней челюсти, нормализация положения нижней челюсти и суставных головок в суставных ямках в ВНЧС, наличие шумов в ВНЧС.

Клинический пример. Пациентка А., 24 лет, обратилась в Центр стоматологического здоровья ГБУЗ Самарская областная клиническая стоматологическая поликлиника и на кафедру стоматологии детского возраста СамГМУ, с жалобами на постоянную боль в левой половине лица. Боль усиливается при движениях нижней челюстью: при приеме пищи и разговоре. Пациентка обратила внимание на возникшее ощущение ограничения открывания рта.

При визуальном осмотре выявлена асимметрия лица за счет смещения нижней челюсти влево. При открывании рта – девиация нижней челюсти и ограничение открывания рта. При пальпации жевательных мышц болевые точки найдены слева в височной, жевательной и латеральной крыловидной мышце. При пальпации ВНЧС слева выслушивается щелчок при открывании и закрывании рта. Диагноз: дистальная окклюзия, скученное положение фронтальной группы зубов, латеральное смещение нижней челюсти влево, болевая дисфункция ВНЧС.

Пациентке проводилась физиотерапия, которая состояла из миогимнастики, улучшающей координацию работы мышц челюстно-лицевой области, тепловых компрессов, массажа лица и воротниковой зоны. Назначены нестероидные противовоспалительные средства (Нимесил®) и Афобазол®, изготовлена индивидуальная каппа



Рис. 6. Вид смыкания зубов, средняя межрезцовая линия на верхней и нижней челюстях совмещена

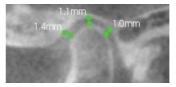


Рис. 7. Правая суставная головка, сагиттальная плоскость

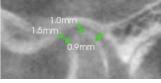


Рис. 8. Левая суставная головка, сагиттальная плоскость

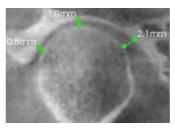


Рис. 9. Правая суставная головка, фронтальная плоскость

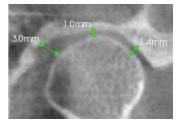


Рис. 10. Левая суставная головка, фронтальная плоскость

для удержания нижней челюсти в правильном положении. Для контроля на разных этапах лечения пациентке была проведена конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС.

В настоящее время наиболее эффективными и распространенными обезболивающими препаратами являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые обладают сочетанием трех основополагающих эффектов - анальгетического, противовоспалительного и жаропонижающего. НПВП широко применяются в стоматологической практике, в первую очередь для купирования болевого синдрома при острых и хронических состояниях различного происхождения. Однако к обезболивающим препаратам, применяемым в стоматологии, предъявляют целый ряд требований: они должны купировать острый болевой приступ достаточно быстро, обеспечивать длительный эффект и отвечать требованиям безопасности.

В основе механизма действия НПВП лежит подавление синтеза циклооксигеназы (ЦОГ). При повреждении тканей, будь то механическое воздействие или микробная инвазия, в организме развивается каскад реакций, в результате чего и активизируется ЦОГ — фермент, регулирующий образование простагландинов (ПГ), медиаторов отека, воспаления и боли.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ



Механизм неселективного ингибирования ЦОГ является ключевым моментом в понимании возникающих нежелательных эффектов. Именно воздействие на обе изоформы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2) является риском возникновения побочных явлений, так как ЦОГ-1, будучи структурным ферментом, регулирует продукцию ПГ, участвующих в обеспечении нормальной (физиологической) функциональной активности клеток.

С точки зрения практической медицины наибольший интерес среди НПВП представляют современные препараты, способные подавлять преимущественно ЦОГ-2 — фермент, принимающий участие в синтезе ПГ именно в зоне воспаления. Таким препаратом является Нимесил[®] (нимесулид) — нестероидный противовоспалительный препарат класса сульфонамидов, представленный на российском рынке компанией «Берлин-Хеми / А. Менарини».

Форма выпуска препарата Нимесил[®] (гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь) обеспечивает удобство его применения, оптимальное всасывание и быстрое начало действия. Уже через 30 минут после приема внутрь концентрация препарата в крови составляет 25-80% от максимального уровня, отмечается начало обезболивающего действия. Пик концентрации препарата и максимальное анальгетическое действие достигается через 1-3 часа [7,8,9].

Пациентка получала Нимесил[®] внутрь по 1 пакетику (100 мг) 2 раза в день. Обезболивающий эффект наступал примерно через 30 мин после применения препарата, достигая своего максимума в течение 2 ч. Основанием для уменьшения дозы и отмены препарата Нимесил[®] служила положительная динамика, а именно – уменьшение болевого синдрома. Пациентка принимала Нимесил[®] внутрь в течение 7 дней.

Проведены измерения в сагиттальной плоскости переднего, верхнего и заднего суставного пространства справа и слева, которые составили справа AS=2.1 мм, SS=1.5 мм, PS=2,5 мм; слева AS=2.6 мм, SS=1.5 мм, PS=2,2 мм. Сделаны измерения во фронтальной плоскости во фронтальном медиальном пространстве (CMS), фронтальном центральном пространстве (CCS) и фронтальном латеральном пространстве (CLS) справа. CMS=0,5 мм, CCS=1,1 мм, CLS=2,0 мм; слева CMS=0,8 мм, CCS=0,6 мм, CLS=2,4 мм.

Проанализировав полученные данные, выявили переднее положение правой суставной головки и заднее положение левой суставной головки. Для достижения оптимального положения суставных головок в суставных ямках в височно-нижнечелюстном суставе необходимо ротировать нижнюю челюсть вправо на 0,3мм. Пациентке было рекомендовано сместить нижнюю челюсть вправо до достижения положения, в котором не ощущалась боль. Данное положение соответствовало сопоставлению срединных межрезцовых линий верхней и нижней челюстей, и было зафиксировано с помощью регистратора прикуса.

Повторно была проведена конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС. Проведены измерения в сагиттальной плоскости переднего, верхнего и заднего суставного пространства

справа и слева, результаты которых составили справа: AS=1.4мм, SS=1.1мм, PS=1,0мм; слева: AS=1.5мм, SS=1.0мм, PS=0,9мм. Сделаны измерения во фронтальной плоскости во фронтальном медиальном пространстве (CMS), фронтальном центральном пространстве (CCS) и фронтальном латеральном пространстве (CLS) справа: CMS=0,8мм, CCS=1,0мм, CLS=2,1мм; слева: CMS=1,4мм, CCS=1,0мм, CLS=3,0мм.

При анализе полученных данных было выявлено оптимальное положение суставных головок в суставных ямках. За период наблюдения в течение 2,5 лет пациентка отмечает улучшение качества жизни, нормализацию открывания рта и отсутствие обострения болевой дисфункции ВНЧС. При внешнем осмотре у данной пациентки выявлено улучшение симметрии лица, рот открывается в полном объеме, девиация отсутствует. Пальпация жевательных мышц и ВНЧС безболезненна. Пациентке рекомендовано ортодонтическое лечение.

выводы:

Эффективность физиотерапии зависит от кооперации врача с пациентом. У пациентов, выполняющих все рекомендации и назначения врача, болевой синдром был полностью устранен в течение недели.

Нормализация координации мышц челюстно-лицевой области способствует уменьшению частоты возникновения щелчков в ВНЧС.

Эффективность физиотерапии повышается при совместном применении капп различных конструкций, седативных препаратов и нестероидных противовоспалительных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения. М.: Азбука, 2013.
- Ikeda K., Kawamura A. Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography.
 - Am J OrthodDentofacialOrthop 2009;135:495-501.
- Ikeda K., Kawamura A., Ikeda R. Assessment of optimal condylar position in the coronal and axial planes with limited cone-beam computed tomography. - J Prosthodont 2011; 20: 432-438.
- Lee L.T.K., Yeung R.W.K., Wong M.C.M., McMillan A.S. Diagnostic sub-types, psychological distress and psychosocial dysfunction in southern Chinese people with temporomandibular disorders. – J Oral Rehabil 2008; 35; 184-190.
- Dworkin S.F., LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. – J CraniomandibDisord 2013; 6; 301-355.
- 6. Закурдаев Ю.А. Применение препарата Нимесил[®] в хирургической стоматологии// Стоматолог практик 2014. №2, С. 48 49.
- 7. А.Е. Каратеев. Нимесулид: вопросы безопасности и возможность длительного применения//Фарматека 2009; №4, С. 17-25
- 8. Rainsford K. Nimesulide a multifactorial approach to inflammation and pain: scientific and clinical consensus. Curr Med Res Opin 2006;22(6):1161-70.
- Rainsford K. Current status of the therapeutic uses and actions of the preferential cyclo-oxygenase-2 NSAID, nimesulide. Inflammopharmacology 2006;14(3-4): 120-37.