

ЛИТЕРАТУРА

1. Чибисова М.А., Дударев А.Л., Батюков Н.М. Оптимизация диагностики и лечения хронических периодонтитов зубов с использованием дентальной компьютерной томографии. *Эндодонтия today*. 2012; VI (1-2): 63–74.
2. Garcia de Paul-Silva [et al.] Accuracy of periapical radiography and cone-beam computed tomography scans in diagnosing apical periodontitis using histopathological findings as a gold standard. *J. endodontology*. 2009; 35: 1009–12.
3. Patel et al.] Detection of periapical bone defects in human jaws using cone-beam tomography and intraoral radiography. *Int. endodont. J.* 2009; 42 (6): 507–15.
4. Estrela [et al.] Accuracy of cone-beam computed tomography and panoramic periapical radiography for detection of apical periodontitis. *J. endodonty*. 2008; 34 (3): 273–9.
5. Сорокин А.Ю., Шалаев О.Ю., Селина О.Б. Результаты применения богатой фибрином плазмы для замещения костных дефектов. *Врач-аспирант*. 2015; 4.1 (71): 186–92.
6. Митронин А.В., Понякина И.Д. Комплексное лечение пациентов с хроническим апикальным периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний. *Эндодонтия today*. 2009; 3: 57–64.
7. Митронин А.В., Воронина К.Ю. Опыт эндодонтического лечения хронического периодонтита при наличии перфорации в области фуркаций корней. *Эндодонтия today*. 2010; 4: 3–5.
8. Прийма Н.В. Патоморфологическая характеристика изменений в периапикальных тканях при хроническом периодонтите. *Актуальні проблеми сучасної медицини: вісник української медичної стоматологічної академії*. – 2013; 13.44 (4): 161–4.
9. Ронь Г.И., Черкасова Д.В. Опыт применения инновационных технологий в лечении верхушечного периодонтита. *Эндодонтия Today*. 2009; 1: 36–8.

REFERENCES

1. Chibisova M.A., Dudarev A.L., Batjukov N.M. Optimization of diagnostics and treatment of chronic periodontitis teeth using dental CT. *Endodontiya today*. 2012; VI. (1-2): 63–74. (in Russian)
2. Garcia de Paul-Silva et al. Accuracy of periapical radiography and cone-beam computed tomography scans in diagnosing apical periodontitis using histopathological findings as a gold standard. *J. endodontology*. 2009; 35: 1009–12.
3. Patel et al. Detection of periapical bone defects in human jaws using cone-beam tomography and intraoral radiography. *Int. endodont. J.* 2009; 42 (6): 507–15.
4. Estrela et al. Accuracy of cone-beam computed tomography and panoramic periapical radiography for detection of apical periodontitis. *J. endodonty*. 2008; 34 (3): 273–9.
5. Sorokin A.Yu., Shalaev O.Yu., Selina O.B. The results of the application of fibrin-rich plasma to fill bone defects. *Vrach-aspirant*. 2015; 4.1 (71): 186–92. (in Russian)
6. Mitronin A.V., Ponyakina I.D. Complex treatment of patients with chronic apical periodontitis in the background comorbidities. *Endodontiya today*. 2009; 3: 57–64. (in Russian)
7. Mitronin A.V., Voronin K.Ju. Experience endodontic treatment of chronic periodontitis in the presence of the perforations in the root. *Endodontiya today*. 2010; 4: 3–5. (in Russian)
8. Priyma N.V. Pathological characteristics of changes in the periapical tissues of chronic periodontitis. *Aktual'ni problemi suchasnoi meditsini: visnik ukrains'koï medichnoi stomatologichnoi akademii*. 2013; 44 (4): 161–4.
9. Ron G. I., Cherkasov D.V. Experience in the use of innovative technologies in the treatment of apical periodontitis. *Endodontiya Today*. 2009; 1: 36–8. (in Russian)

Поступила 16.03.16

Принята в печать 03.06.16

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.724-008.1-02:616.72-002.77-039]-08

Скоригов В.Ю.¹, Лапина Н.В.¹, Скоригова Л.А.²

ЛЕЧЕНИЕ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО Кубанского государственного университета Минздрава России, 350063, г. Краснодар; ²Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, 350063, г. Краснодар

Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при ревматоидном артрите – одно из самых сложных и противоречивых заболеваний, с которым приходится сталкиваться практическим врачам-стоматологам. Любое стоматологическое вмешательство должно проводиться на фоне усиления антиревматической терапии. При ревматическом артрите ВНЧС преобладают окклюзионные факторы, приводящие к выраженным нарушениям нейромышечного комплекса и внутрисуставных элементов. Лечение мышечно-суставных дисфункций ВНЧС при ревматоидном артрите проводят с помощью окклюзионных шин (разобщающая, релаксационная, стабилизирующая, репозиционная) и накусочных пластинок. Раннее обращение к стоматологу лиц с ревматоидным артритом способствует профилактике дисфункции ВНЧС. Пациенты с ревматоидным артритом ВНЧС должны находиться под диспансерным наблюдением с посещением врача-стоматолога 1 раз в 6 мес.

Ключевые слова: ревматоидный артрит; височно-нижнечелюстной сустав; окклюзионные каппы.

Для цитирования: Скоригов В.Ю., Лапина Н.В., Скоригова Л.А. Лечение мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава при ревматоидном артрите. *Российский стоматологический журнал*. 2016; 20 (4): 205-208. DOI 10.18821/1728-2802.2016; 20 (4): 205-208

Skorikov V.Yu.¹, Lapina N.V.¹, Skorikova L.A.²

THE TREATMENT OF MUSCULAR – ARTICULAR DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN RHEUMATOID ARTHRITIS

¹Department of orthopedic stomatology KSMU of Ministry of healthcare of Russia, 350063, Krasnodar; ²Department of propeudeutics and prophylaxis of dental diseases KSMU of Ministry of healthcare of Russia, 350063, Krasnodar

Для корреспонденции: Лапина Наталья Викторовна, д-р мед. наук, зав. кафедрой, E-mail: kgma74@yandex.ru.

The syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint in rheumatoid arthritis is one of the most complex and controversial of diseases confronting practitioners dentists. Any dental intervention should be carried out during the amplification of Antirheumatic therapy. Occlusal factors prevail In case of rheumatic arthritis of TMJ and lead to severe disorders of the neuromuscular complex and intra-articular elements. The treatment of muscular – articular dysfunction of TMJ in rheumatoid arthritis is carried out using the tires (release, relaxation, stabilizing, repositional) and occlusal biteplates. Early treatment to the dentist individuals with rheumatoid arthritis helps to prevent dysfunction of the temporomandibular joint. Patients with rheumatoid arthritis of TMJ should be under medical supervision and be visited by the dentist 1 time in 6 months.

Key words: rheumatoid arthritis; temporomandibular joint; occlusal splints.

For citation: Skorikov V.Yu., Lapina N.V., Skorikova L.A. The treatment of muscular-articular dysfunction of the temporomandibular joint in rheumatoid arthritis. Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal. 2016; 20 (4): 205-208. DOI 10.18821/1728-2802 2016; 20 (4): 205-208

For correspondence: Lapina Natal'ya Viktorovna, Dr. med. Sci., head. Department, E-mail: kgma74@yandex.ru.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 12.04.16

Accepted 03.06.16

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое прогрессирующее системное заболевание с поражением преимущественно периферических (синовиальных) суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита [1].

РА отличается прогрессивным хроническим течением с вовлечением в процесс различных суставов, в том числе и височно-нижнечелюстного (ВНЧС). Заболевание развивается быстро, и в течение 3–4 лет могут возникать деструктивные процессы, нередко приводящие к анкилозированию ВНЧС. При ревматоидном артрите основные изменения происходят в иммунной системе, которые ведут к образованию иммунных комплексов и развитию иммунологических процессов. В свою очередь заболевания полости рта и ВНЧС могут быть пусковыми или поддерживающими факторами в развитии системной патологии РА. В связи с этим стоматологам необходимо обращать внимание на изменения в полости рта, особенно в ранние сроки заболевания РА.

Синдром болевой дисфункции ВНЧС – одно из самых сложных и противоречивых заболеваний, с которым приходится сталкиваться практически врачам-стоматологам. Дисфункция ВНЧС – патология, включающая каскад анатомо-функциональных нарушений, состоящих из суставного, мышечного и окклюзионного комплекса [2]. Причины возникновения дисфункций ВНЧС при РА разнообразны и не всегда укладываются в клиническую симптоматику. Вместе с тем уже имеющиеся нарушения суставов могут протекать бессимптомно. Нарушение окклюзионных контактов зубных рядов ведет к изменению координационной функции жевательных мышц [3].

Смещение нижней челюсти закрепляется в вынужденной окклюзии, и формируется новый стереотип нейромышечного комплекса, нарушается соотношение элементов ВНЧС, возникает асинхронная дисфункция обоих сочленений, появляются боли в челюстно-лицевой области, которые могут имитировать невралгию различных ветвей тройничного и других черепных нервов. Дисфункции ВНЧС сопровождаются болью, звуковыми явлениями в суставе и ограничением подвижности нижней челюсти, затруднением открывания рта [4].

Окклюзионные факторы играют важную роль в возникновении мышечно-суставной дисфункции, поскольку они нарушают координированную активность жевательных мышц и движения нижней челюсти, вовлекая в патологический процесс все органы зубочелюстной системы. Независимо от того, как обозначают функциональные и морфологические нарушения сустава и жевательных мышц, во всех случаях наблюдают одинаковую клинику: боль в суставе, ограничение подвижности нижней челюсти, суставной шум, боль в области жевательных мышц [5].

Цель исследования – повышение эффективности лечения больных с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС при РА.

Материал и методы

На лечение взяты 40 человек с мышечно-суставной дисфункцией и РА.

В первой группе (20 человек) преобладающим клиническим фактором при дисфункции стали: зигзагообразные смещения нижней челюсти, щелчки в суставе в начале, середине и конце открывания и закрывания рта. Пальпация ВНЧС у таких больных, как правило, была безболезненна.

Во второй группе (20 пациентов) мышечно-суставная дисфункция сопровождалась такими клиническими проявлениями, как боль в жевательных мышцах и в ВНЧС, ограничением открывания рта. В зависимости от поражения мышц боль была различной интенсивности и характера в околоушно-жевательной, щечной, височной и лобной областях, иррадиирующая в челюсти, зубы, ухо, твердое небо, язык, глотку. Боль сопровождалась ограничением подвижности нижней челюсти, усиливалась при жевании, глотании, разговоре.

Главенствующую роль в этиопатогенетической картине дисфункции ВНЧС при РА у всех 40 человек играли окклюзионные нарушения. Отсутствие боковой защиты зубов, снижение межокклюзионной высоты, аномалии прикуса (перекрестный прикус), нарушение боковых окклюзионных контактов, возникшие в результате деформаций или нерационального протезирования, стали пусковым механизмом развития дисфункции ВНЧС [2, 3].

Из 40 больных, обратившихся за помощью, 10 имели эксцентрические нарушения окклюзии без нарушения топографии элементов ВНЧС.

Эксцентрические нарушения с асимметрическим расположением мышечных впадин в суставных ямках, по данным компьютерной томограммы, зафиксированы у 19 человек. У этой группы больных наблюдались вывихи суставного диска, девиация – зигзагообразное смещение нижней челюсти, при открывании рта – «реципроктные щелчки». Центрические нарушения окклюзии отмечали у 11 человек, у которых были морфологические и топографические изменения элементов ВНЧС.

Нарушения центральной окклюзии были связаны с атипичным расположением нижней челюсти (а следовательно, и суставных головок) в вертикальном, трансверзальном и сагиттальном направлениях.

Причины таких нарушений разнообразны. Чаще всего они связаны с концевыми (14 человек) и включенными (8 больных) дефектами зубных рядов, повышенной стираемостью зубов (6 пациентов) и снижением межальвеолярной высоты (7 человек), чрезмерным препарированием жевательной группы зубов при изготовлении несъемных протезов (3 участника) и ошибками при определении центрального соотношения челюстей (2 пациента).

Результаты исследования

Лечение дисфункций ВНЧС при РА проводили комплексно с участием специалистов разного профиля: стоматологов и обязательно врача-ревматолога. Ревматолог анализирует клинико-лабораторные показатели течения ревматоидного артрита: С-реактивный белок, СОЭ, IgG, IgM, ЦИК, лейкоциты, эритроциты, лимфоциты и др. Стоматолог проводит вмешательство в период снижения активности ревматоидного процесса.

Главная задача лечения больных с синдромом дисфункции ВНЧС – нормализация пространственного положения нижней челюсти. Это способствует восстановлению функционального взаимоотношения между элементами сустава. Проводили избирательное пришлифовывание зубов и функциональную коррекцию окклюзионными шинами. Перед избирательным пришлифовыванием анализировали функциональную окклюзию в артикуляторе и в полости рта, выявляли окклюзионную интерференцию, намечали план избирательного пришлифовывания и после этого проводили коррекцию окклюзии.

При эксцентрических нарушениях суперконтакта устраняли в боковой и передней окклюзии. При центрических нарушениях проводили пришлифовывание в задней контактной позиции и центральной окклюзии. Сначала устраняли центрические, а затем эксцентрические суперконтакты.

Окклюзионную коррекцию шинами проводили при увеличении межальвеолярного расстояния, устранении преждевременных контактов, расслаблении жевательных мышц, окклюзионной и нейромышечной стабилизации, репозиции головки и диска ВНЧС.

При преобладании мышечного фактора приме-

няли релаксационные шины для купирования боли и миорелаксации жевательных мышц. Изготавливали окклюзионную шину на весь зубной ряд с обязательными отпечатками зубов-антагонистов (рис. 1 на вклейке).

При снижении окклюзионной высоты, сужении верхней и задней суставной щели в ВНЧС применяли разобщающие шины, перекрывающие зубной ряд одной из челюстей. С помощью окклюзионных накладок восстанавливали межокклюзионную высоту (рис. 2 на вклейке).

С помощью центрирующих или репозиционных шин осуществляли репозицию нижней челюсти и центрирование суставных головок в суставных ямках. Эти шины применяли при частичной или полной дислокации диска.

При передней дислокации диска и смещении суставной головки дистально шину устанавливали в конструктивном прикусе для устранения хруста и щелчков в ВНЧС.

В стабилизирующие конструкционные шины были включены центрирующие и разобщающие позиционные элементы. Эти шины перекрывали окклюзионную поверхность жевательной группы зубов и имели отпечатки бугров зубов-антагонистов.

Этими шинами достигалась стабилизация пространственного положения нижней челюсти. Шину устанавливали на ту челюсть, где она могла создавать наибольшую окклюзионную стабильность, в основном на челюсть с малым числом сохранившихся зубов (рис. 3 на вклейке).

При повышенном трансляционном движении в суставе, зигзагообразном смещении нижней челюсти при открывании рта лечение стабилизирующей шиной сочетали с ограничителями вертикального движения нижней челюсти. Для этого в области клыков или премоляров фиксировали брекеты для эластических ограничителей (рис. 4 на вклейке).

Окклюзионная и нейромышечная стабилизация сочеталась с медикаментозной и физиотерапевтической коррекцией. Для купирования боли назначали нестероидные противовоспалительные препараты («Вольтарен», «Ксефокам») – по традиционной схеме. Для регулирования состояния психики, тонуса жевательных мышц назначали транквилизаторы («Элениум», «Седуксен», «Грандаксин»). Для снятия гипертонуса жевательных мышц применяли миорелаксанты («Сирдалуд»), при преобладающей картине функционального нарушения тонуса жевательных мышц (мнимое жевание, отсутствие состояния физиологического покоя, спазм) больным назначали электрофорез с сульфидными грязями в область жевательных мышц. Грязи оказывали благоприятное воздействие на функциональное состояние мышц, стимулировали нейрогуморальные и иммунные процессы.

При внутрисуставных изменениях, когда имелось затруднение открывания рта, ограничение подвижности в суставе, связанные с формированием соединительнотканых мостиков между суставными поверхностями или псевдоадгезией (синовiales проблемы), больным проводили однократное введение

хондропротектора Neu Arthos Nr 43 в капсулу ВНЧС, затем 10 инъекций интракапсулярно (1 инъекция в 3 дня). При восстановлении амплитуды открывания рта или ее увеличении в сравнении с первоначальными данными проводили нормализацию окклюзии и рассасывающую терапию в виде электрофореза с медицинской желчью и лидазой в область ВНЧС.

Для снятия спазма и болей в триггерных точках жевательных мышц, заднедисковой зоне больным проводили лазеротерапию до 10 сеансов по 10 мин. В результате ортопедической и медикаментозной терапии были восстановлены функциональные окклюзионные взаимоотношения зубных рядов, что способствовало нормализации пространственного положения нижней челюсти. Благодаря этому исчезли боли в ВНЧС и жевательных мышцах как при движениях нижней челюсти, так и в покое, исчезли щелканье, хруст. Это создавало благоприятную возможность для проведения дальнейшего ортопедического лечения у лиц с РА ВНЧС.

Заключение

Стоматологические вмешательства нельзя проводить при высокой клинико-лабораторной активности РА. Необходимо усилить антиревматическую терапию. При РА ВНЧС преобладают окклюзионные факторы, приводящие к выраженным нарушениям нейромышечного комплекса и внутрисуставных элементов. Лечение мышечно-суставных дисфункций ВНЧС при РА проводят с помощью окклюзионных шин (разобщающая, релаксационная, стабилизирующая, репозиционная) и накусочных пластинок.

Раннее обращение к стоматологу лиц с РА способствует профилактике дисфункции ВНЧС. Пациенты с РА ВНЧС должны находиться под диспансерным наблюдением с посещением врача-стоматолога 1 раз в 6 мес.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каратеев Д.Е. *Ревматоидный артрит*. М.: Медицина; 2014.
2. Славичек Р. *Жевательный орган. Функции и дисфункции*. М.: Азбука; 2008.
3. Хватова В.А., Чикунов С.О. *Окклюзионные шины (современное состояние проблемы)*. М.: МИГ «Медицинская книга»; 2010.
4. Wicke Ch., Wilsonsche Kurve. *Die transversal Spbarik der Orclusion und die Logik der Wilsonschen Kurve. Gesetzmäßigkeiten speziell im Bezug auf die Kinematik des Kiefergelenkes: Diss.* Wien; 1998.
5. Bumann A., Lotzmann U. *Color Atlas of Dental Medicine. TMJ Disorders and Orofacial Pain. The Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach*. New York: Thieme; 2008.

REFERENCES

1. Karateev D.E. *Rheumatoid Arthritis. [Revmatoidnyy artrit]*. Moscow: Meditsina; 2014. (in Russian)
2. Slavichek R. *The Masticatory Organ. Function and Dysfunction. [Zhevatel'nyy organ. Funktsii i disfunktsii]*. Moscow: Azbuka; 2008. (in Russian)
3. Khvatova A.V., Chikunov S.O. *Occlusal Tires (Current State of the Problem). [Okklyuzionnye shiny (sovremennoe sostoyanie problemy)]*. Moscow: MIG "Medical book"; 2010. (in Russian)
4. Wicke Ch., Wilsonsche Kurve. *Die transversal Spbarik der Orclusion und die Logik der Wilsonschen Kurve. Gesetzmäßigkeiten speziell im Bezug auf die Kinematik des Kiefergelenkes: Diss.* Wien; 1998.
5. Bumann A., Lotzmann U. *Color Atlas of Dental Medicine. TMJ Disorders and Orofacial Pain. The Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach*. New York: Thieme; 2008.

Поступила 12.04.16

Принята в печать 03.06.16

К ст. М.В. Самойловой и соавт.



Рис. 3. Нанесение геля после удаления зубов.



Рис. 4. Наложение имедиат-протеза после удаления зубов.



Рис. 5. Стадия эпителизации спустя 6 дней использования геля.

К ст. В.Ю. Скорикова и соавт.

Рис. 1. Оклюзионная шина в полости рта на весь зубной ряд с отпечатками зубов-антагонистов.

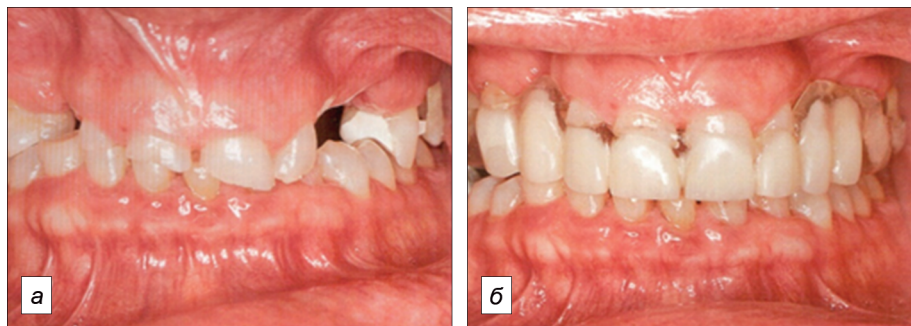


Рис. 2. Снижение межокклюзионной высоты вследствие повышенной стираемости зубов (а); на этапе лечения восстановление межокклюзионной высоты окклюзионной шиной – протезом (б).

К ст. В.Ю. Скорикова и соавт.

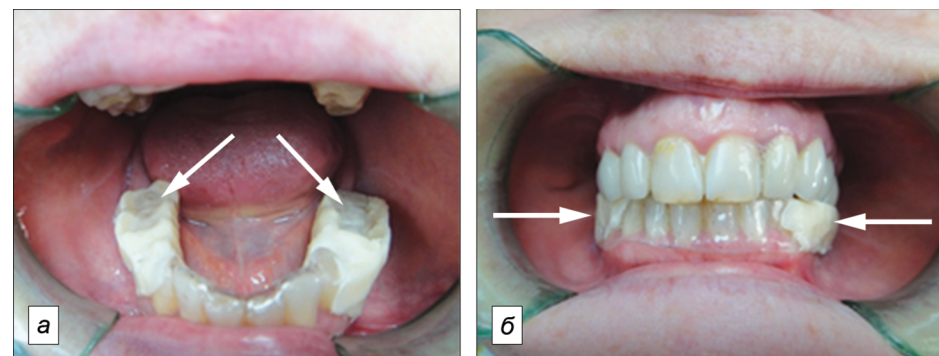


Рис. 3. Стабилизирующая конструкционная шина на нижней челюсти в полости рта (а); шина в полости рта, зубные ряды в положении центральной окклюзии (б).

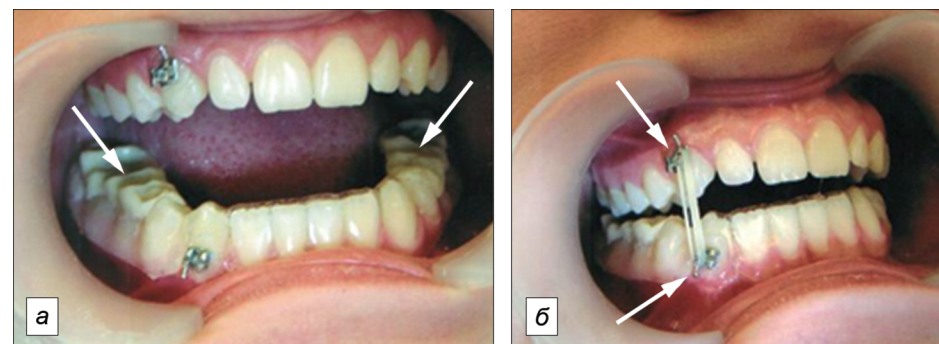


Рис. 4. Стабилизирующая шина на нижней челюсти в полости рта (а); стабилизирующая шина на нижней челюсти в полости рта с зафиксированными брекетами в области клыков и наложенным эластическим ограничителем (б).

К ст. Н.В. Стариковой и соавт.

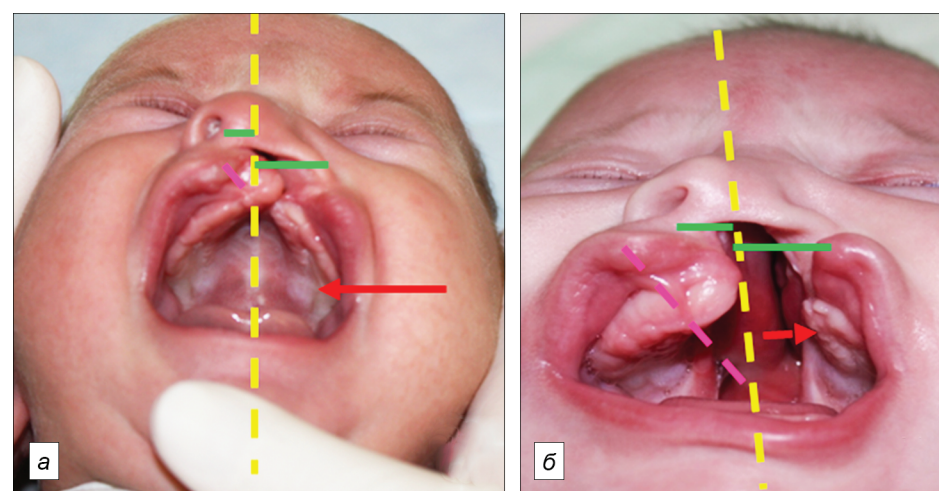


Рис. 1. Взаиморасположение фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти у пациентов с ОРГН.

а – пациент с ОРГАО, отмечается краевое прилегание малого и большого фрагмента, большой фрагмент альвеолярного отростка смещен в сторону, контралатеральную расщелине, малый фрагмент альвеолярного отростка смещен дистально, на что указывает дистальное смещение крыла носа; б – пациент с ОРГН, выявлен диастаз 17 мм, большой фрагмент смещен в сторону, контралатеральную расщелине, малый фрагмент смещен латерально.