

Применение LM-Activator на этапе лечения мышечно-суставной дисфункции ВНЧС



*Спецаков Д.А. - врач-стоматолог-ортодонт,
Городской пародонтологической центр «ПАКС», Санкт-Петербург*

«Планировать ортодонтическое лечение нужно исходя из центрального соотношения челюстей» (Хватова В.А.). Но при зубочелюстно-лицевых аномалиях центральное соотношение челюстей нередко отличается от центральной окклюзии. (Рис.2-5) Нарушение прикуса, аномалия положения отдельных зубов, некорректная реставрация окклюзионных поверхностей, приводит к тому, что в положении центрального соотношения выявляются преждевременные контакты зубов, которые необходимо устранить до начала ортодонтического лечения. Сохранение преждевременных контактов может привести к возникновению мышечно-суставной дисфункции ВНЧС. Если же нарушение функции сустава уже присутствует, то не всегда удастся сразу выявить истинное центральное соотношение челюстей. В таких случаях, для перестройки мышечных и суставных рефлексов используются суставные окклюзионные каппы. Перед началом ношения капп, обычно производится избирательное сошлифовывание эмали, позволяющее устранить имеющиеся супраконтакты. Использование суставных капп позволяет нормализовать тонус жевательных мышц, и «перепрограммировать» сустав. В некоторых случаях для этих целей можно использовать функциональный аппарат фирмы LM-Instruments - LM-Activator. Применение этого аппарата целесообразно в тех случаях, когда искомое нами положение центрального соотношения челюстей совпадает с таковым, запрограммированным в LM-Activator. Помимо воздействия на ВНЧС LM-Activator оказывает нивелирующее воздействие на зубные ряды нижней и верхней челюстей, что, несомненно, облегчит дальнейшее лечение на несъемной технике и сделает его более комфортными быстрым.

Клинический случай:

Пациентка С., 27 лет. Пришла на прием по направлению стоматолога-терапевта из-за сложностей в проведении реставраций зубов, а именно, резких болезненных ощущений в области ВНЧС при необходимости долго находиться с широко открытым ртом.

При сборе жалоб пациентка отмечала появление болезненности в области ВНЧС при длительном открывании рта (на приеме у стоматолога), щелканье при открывании рта, периодические головные боли. Предъявляла жалобы на ночное скрежетание зубами.

Из анамнеза было выяснено, что травм челюстно-лицевой области не было.

При осмотре были выявлены следующие признаки мышечно-суставной дисфункции ВНЧС: безболезненное, ограниченное открывание рта, щелканье в ВНЧС слева при широком открывании рта, симптом девиации, затруднение смещения нижней челюсти влево. Тонус жевательных мышц повышен. Прикус 2 класс 2 подкласс по Энгля, глубокое резцовое перекрытие, смещение центральной линии нижней челюсти влево. Определяется выраженная травматическая окклюзия.

При обследовании пациентки использовался артикулятор, для выявления истинного центрального соотношения челюстей, на основании чего и был сделан вывод о необходимости выдвигания нижней челюсти и фиксации этого положения при последующем лечении на несъемной аппаратуре.

Первым этапом лечения было проведено избирательное сошлифовывание эмали, в области травматических узлов. Далее было решено использовать LM-activator, для нормализации положения нижней челюсти, устранения гипертонуса жевательных мышц и бруксизма, а так же для разгрузки ВНЧС.

Рекомендованный режим применения аппарата - ночное ношение. Пациентка наблюдалась один раз в месяц в течение полугода.

Со слов пациентки, ношение аппарата сопровождалось появлением значительных болезненных ощущений в области передней группы зубов верхней и нижней челюстей, после ночного ношения, что предположительно связано с характером прикуса пациентки и наличием бруксизма. Так же первое время предъявлялись жалобы на дискомфорт в области жевательных мышц, в дальнейшем сменившийся их расслаблением. Во время периода адаптации (14 дней) пациентка отмечала, что часто просыпается без аппарата.

Через 6 месяцев ношения аппарата при очередном клиническом осмотре было выявлено: увеличение открывания рта до нормы, нормализация тонуса жевательных мышц, отсутствие явления бруксизма, открывание рта без девиации. Так же пациентка отмечала уменьшение частоты возникновения головных болей.

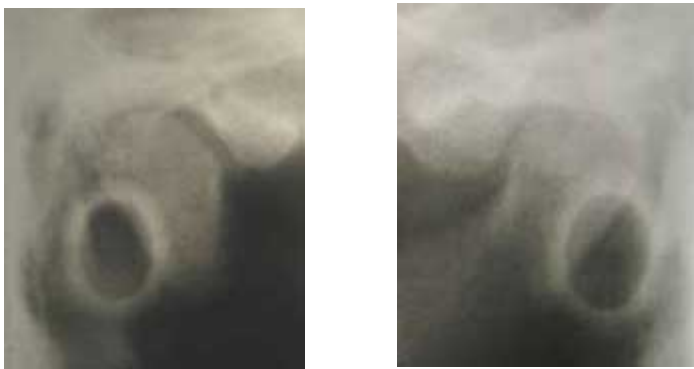


Рис. 6 и 7. Сохранение преждевременных контактов может привести к возникновению мышечно-суставной дисфункции ВНЧС

В заключении хочется отметить, что применение LM-Activator при мышечно-суставной дисфункции возможно, но с учетом особенностей клинической картины заболевания. Наличие готовых аппаратов устраняет необходимость лабораторного этапа изготовления каппы. Начальная коррекция зубочелюстной аномалии облегчает дальнейшее лечение на несъемной аппаратуре.



Рис. 2 и 3, рис. 4 и 5. При зубочелюстно-лицевых аномалиях центральное соотношение челюстей нередко отличается от центральной окклюзии