

## Сложности при терапии черепно-нижнечелюстных нарушений (ЧНЧН) с помощью шин

Alan Landry MSc., Director International teaching institute in Dental Occlusion and Craniomandibular Disorders (Canada)  
Сойхер М.Г. к.м.н. главный врач Центра междисциплинарной стоматологии и неврологии (Россия)

В научном сообществе принято считать, что черепно-нижнечелюстные нарушения (ЧНЧН) имеют многофакторную этиологию.

Лечение ЧНЧН должно быть основано на правильном диагнозе. Прежде чем поставить окончательный диагноз, врач должен провести дифференциальную диагностику, исключив следующие состояния: боль, связанная с зубами или пародонтом, опухоли, неврологические или лор- (ухо, горло, нос) заболевания, психологические и психосоматические нарушения, расстройства сна, гиперфункция управления стрессом (бруксизм), проблемы осанки.

Кокрановские обзоры, посвященные болям в полости рта, утверждают, что «отсутствуют достаточные аргументы как за, так и против использования стабилизационных шин для терапии височно-нижнечелюстного болевого синдрома».

Следует отметить, что под термином «стабилизационная шина» понимается «разновидность накусочной пластины, которая надевается на ночь, чтобы уменьшить проявления скрежетания зубами. Стабилизационная шина является одной из разновидностей аппаратов, также известных как аппарат Танера, аппарат Фокса, Мичиганская шина или шина центрального соотношения челюстей» (Кокрановская библиотека).

По сути, термин «шина центрального соотношения» является некорректным, поскольку в прошлом в литературе существовало несколько определений центрального соотношения, некоторые из которых находятся в прямом противоречии с другими.

В 1999 году было принято определение центрального соотношения, которое было внесено в международный словарь ортопедических терминов: центральным называется соотношение верхней и нижней челюстей при котором комплекс диск-суставная головка (головка находится в центральной, самой тонкой, а васкулизированной части диска) находятся напротив суставной поверхности основания черепа.

В определении отсутствует как локализация суставного комплекса на поверхности основания черепа так и положение нижней челюсти, что позволяет практически любое соотношение челюстей называть центральным.

Группа Рудольфа Славичека провела тысячи аксиографических исследований, в результате которых стало понятно, что у здоровых людей суставной комплекс в норме находится точно у основания ската суставного бугорка.

В связи с этим профессор Рудольф Славичек предпочитает говорить об исходном положении нижней челюсти (ИП), которое определяется как: «вынужденное заднее положение нижней челюсти, контролируемое височно-нижнечелюстной связкой, при котором

ткани ВНЧС не напряжены, суставной комплекс диск-головка находится у основания ската суставного бугорка» (Рудольф Славичек. *Жевательный орган*, 2002).

Профессор Славичек также одним из первых стал четко различать физиологическое ИП и нарушенное (ложное) ИП. Ложным исходным положением (ЛИП) называется невынужденное заднее положение нижней челюсти, при котором ткани ВНЧС не напряжены, то есть положение определено без давления в заднем направлении, но при этом в одном, либо обоих суставах нарушено соотношение-диск-суставная головка (имеется дислокация диска).

ИП – это предпочтительное положение при анализе всех случаев в работе со здоровыми пациентами при лечении нервно-мышечных расстройств.

В ходе терапии решение о том, нужна ли реконструкция черепно-челюстной области в ИП или нет, должно основываться на диагнозе. Если ИП физиологическое, то оно должно быть использовано для терапии.

Если ИП нарушенное, следует найти другое черепно-нижнечелюстное соотношение, мы называем его терапевтическим (ТП), и стабилизировать с помощью зубных рядов с целью достижения нового исходного положения (НИП).

Нефизиологическое (нарушенное, вынужденное) ИП может быть разделено по двум типам: без внутренних нарушений либо с внутренними нарушениями.

### Нефизиологическое ИП без внутренних нарушений

Нефизиологическое (вынужденное) ИП может быть при отсутствии внутренних нарушений в височно-нижнечелюстных суставах, то есть при наличии хорошего сцепления между суставным диском и мышелком. Это случай нервно-мышечных нарушений, когда привычная окклюзия и/или «центральное соотношение» являются причиной нагрузки на мышцы или связки.

В таких случаях шину можно сделать в нефизиологическом ИП, чтобы дать возможность нижней челюсти самой по себе принять более физиологическое положение, в процессе миорелаксации.

Некоторые типы шин могут быть выполнены в «центральном соотношении», что не является принципиальным для проведения миорелаксации, так как у большинства таких шин имеется задняя зона опоры, являющаяся плоской (без углубления) или с небольшим углублением и отсутствует фронтальные направляющие, например: шина ИП, нервно-мышечная шина, шина биологической обратной связи профессора Славичека. Основной миорелаксирующий эффект достигается уменьшением афферентной потока проприоцептивной информации.

С другой стороны, большинство клинических школ различным об-

разом подходят к боковой и передней направляющей: например, Мичиганская шина (Рэмфиорд и Эш) использует крутую боковую и протрузивную направляющую. Школа Панки-Манн-Шуйлер (а также Доусон) использует боковую направляющую (наклон клыка) и протрузивную направляющую под углом 5°. Плоские шины передней и боковой направляющей (ФГС) доктора Герда Райхардта (Reichardt) используют близкую к 0° переднюю направляющую.

При выполнении шины в центральном соотношении термин «стабилизационная шина» не описывает должным образом данный тип шины, поскольку такие шины имеют плоские задние поверхности, которые не стабилизируют нижнюю челюсть. Кроме того, одно из их предназначений – дать возможность нижней челюсти самой по себе адаптироваться к новому, «более физиологическому» соотношению челюстей. Для достижения этой цели шина должна предоставлять некоторую свободу движения, так что термин «стабилизация» является неуместным и некорректным.

Кроме того, в мире существует ряд различных концепций окклюзии и черепно-нижнечелюстных нарушений (Мак Коллум, Стюарт; Рэмфиорд, Эш, Славичек; Доусон; Панки-Манн-Шуйлер; Гельб; Вильямсон; Рот; Янкельсон (Мио-троник), Куа и др.).

Большинство подобных методов оказываются очень полезными в случаях нервно-мышечных нарушений, но они исходят из того, что у пациента нет внутренних нарушений в височно-нижнечелюстных суставах. В работе с такими случаями (без внутренних нарушений в височно-нижнечелюстных суставах) основное значение имеет надлежащий опыт доктора. Тем не менее, вовсе не все случаи одинаковы, некоторые из них могут быть весьма сложными с точки зрения коррекции, относительно других.

С другой стороны, большинство подобных методов не противопоставлены, но и не эффективны, когда у пациента имеется внутреннее нарушение височно-нижнечелюстных суставов. Их использование в таких обстоятельствах может быть обусловлено отсутствием альтернативных методов.

Возможно возникновение следующей проблемы: когда стоматолог придерживается одной концепции, у него может появиться искушение использовать ее для всех своих клинических случаев, независимо от диагноза.

### Нарушение ИП с внутренним нарушением (ложное ИП)

ИП может быть нарушено из-за разъединения диска и суставного мышелка; в этом случае наблюдаются внутренние нарушения, такие как вправимые дислокации диска, невправимые дислокации, дегенеративные заболевания суставов (артрозы и артриты). В таких обсто-

тельствах использование «нервно-мышечного» подхода в лечении приведет к скудным результатам.

Более целесообразно применение врачом терапевтического положения, при котором нижняя челюсть будет поддерживаться в стабильном положении по отношению к верхней челюсти.

Терапевтическое положение может конструироваться методом произвольной репозиции нижней челюсти с помощью: произвольной регистрации прикуса, осуществляемой непосредственно в полости рта; произвольного положения каждого мышелка, зафиксированного на кондилографических (аксиографических) записях.

Терапевтическое положение может также конструироваться посредством метода контролируемой репозиции нижней челюсти, который основан на цефалометрии (для измерения вертикальных параметров), кондилографии (для руководства отдельной репозицией каждого мышелка в трех измерениях) и пальпации мышц и структур кранио-челюстной области. При использовании этого метода чувствительность при пальпации мышцы и структур дает врачу обратную связь по адаптации черепно-нижнечелюстной области (ЧНО) и нервно-мышечного аппарата (НМА) к терапевтическому положению в течение 5 минут.

Конструкция шины для терапевтического положения должна включать: заднюю опору с углублениями (для поддержания стабильного положения), боковую направляющую (наклон клыка), протрузивную направляющую, заднюю направляющую. Таким образом, шина должна обеспечивать новую позицию окклюзии и имитировать естественное расположение зубов.

Для успешной терапии с помощью шины, врач должен также учитывать позу и осанку тела в целом и принимать во внимание боли, связанные с шейным, грудным, поясничным и крестцовым отделами позвоночника. По мнению профессора Мариано Рокабадо, проблемы с шеей и черепно-нижнечелюстные нарушения чаще всего являются взаимообусловленными.

В заключение следует сказать, что для обеспечения лучшего ухода за нашими пациентами целесообразно работать в команде. Междисциплинарная команда должна включать (помимо прочих): терапевта, невролога, ЛОР- (ухо-горло-нос) специалиста, психиатра, пульмонолога, сомнолога, стоматолога, сведущего в диагностике и лечении черепно-нижнечелюстных нарушений, физиотерапевтов (физиотерапевтов, ортопедов, остеопатов, постурологов)...

Итак, терапия черепно-нижнечелюстных нарушений должна быть основана на правильной диагностике, которую, в большинстве случаев, следует проводить в сотрудничестве с другими специалистами-медиками.

# СЕМИНАР «ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ КРАНИО–МАНДИБУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ (КОНДИЛОГРАФИЯ)»



**Alan Landry MS (Canada)** С 1976 года и по настоящее время вся клиническая работа доктора направлена на лечение дисфункции ВНЧС. Директор International Teaching Institute in Dental Occlusion and Craniomandibular Disorders (Канада). Благодаря своим от-

крытиям в области дисфункции ВНЧС, / доктор Ландри является востребованным лектором в Северной Америке, Европе и Японии, где читает лекции, основываясь на результатах своей работы.

## Базовый курс

**2 октября 2013 года**

1. Жевательная система как целое с точки зрения структур и функций.

2. Различные окклюзионные школы и подходы к диагностике и лечению кранио-мандибулярных расстройств.

3. Статический и динамический анализ жевательной системы:

- кондиллярная позиция нижней челюсти;
- базовые движения;
- функциональные модели движения;
- рекомендуемый протокол кондилографического исследования.

4. Обоснование необходимости регистрации горизонтального суставного наклона с целью программирования и корректного использования артикулятора.

5. Базовые диагностические исследования: клинический анализ.

6. Наиболее важные детали для постановки диагнозов в различных клинических случаях. Алгоритм клинического мышления при планировании фазы 1 (инициальная терапия) и фазы 2 (основное лечение).

**Курс для специалистов с опытом проведения и анализа кондилографического исследования**

**Дата 3 октября 2013 года**

ПРОГРАММА

Интерпретация кондилографических графиков:

- Норма;
- нейромышечные расстройства;

- вправляемая дислокация диска:

- а) без трансферзального смещения,
- б) с трансферзальным смещением;

- не вправляемая дислокация диска:

- а) острая,
- б) хроническая,
- в) артриты,
- г) артрозы.

**Место проведения:** Москва, конференц-центр «На Филипповском», Филипповский пер., д. 8, стр. 1.

**Стоимость участия (один день):** 12тыс. руб., при оплате до 30 июня – 9600 руб., до 31 августа – 10 800 руб.

*Возможен наличный и безналичный расчет.*

**ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ТЕЛЕФОНАМ:**

**8 (495) 223-54-05, 8 (495) 223-54-06**

**Факс 8 (495) 223-54-07**

**Электронная почта: info@biointerdent.ru**

**Сайт: www.biointerdent.ru**

**г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 32/2**

**Центр междисциплинарной стоматологии и неврологии**