

А.А. Григоренко, Д.А. Волчек,
Г.Б. Оспанова
ЦНИИС и ЧЛХ, Москва

Роль остеопатии в комплексной реабилитации пациентов с краниомандибулярной дисфункцией

В связи с увеличением частоты встречаемости заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) в практике врача-ортодонта комплексный подход к лечению данной аномалии является актуальной задачей. Синдром дисфункции ВНЧС — заболевание мультифакторное, поэтому оно может быть обусловлено причинами, связанными не только с нарушениями окклюзионных соотношений зубных рядов. В 1981 г. М. Rocabado выявил у пациентов с дисфункцией ВНЧС черепно-позвоночные расстройства в 70—80% случаев. Остальные причины находятся в диапазоне от окклюзионных нарушений до общесоматических заболеваний.

Дефекты зубных рядов, возникшие в результате ранней множественной потери временных или постоянных зубов, обычно сочетаются с аномалиями прикуса и нарушенной осанкой. В связи с этим стоматологические мероприятия необходимо дополнять нормализацией функций и формы опорно-двигательной системы [1].

По мнению Gelb и Siegel (1980), ВНЧС является центром равновесия всего организма человека. При правильном (симметричном) положении нижней челюсти мышцы головы не ис-

пытывают напряжения. Смещение нижней челюсти в любую сторону приводит к нарушению равновесия головы. Чтобы удержать ее в асимметричном положении, необходима соответствующая дополнительная нагрузка на мышцы головы, шеи, туловища и нижних конечностей. Большинство людей не замечают этого напряжения мышц и не испытывают дискомфорта от нарушения равновесия челюстей в течение нескольких месяцев или лет и только при появлении дополнительных неблагоприятных факторов, например бруксизма, стресса, возникают условия для развития синдрома дисфункции ВНЧС.

В нашей практике при лечении пациентов с дисфункцией ВНЧС предупреждение и устранение общих нарушений опорно-двигательной системы при лечении краниомандибулярной дисфункции (КМД) являются обязательными.

При нарушении осанки нагрузка, приходящаяся на мышцы шеи, увеличивается, при этом сохранение правильного положения головы и горизонтального направления взгляда возможно лишь при дальнейшем усилении их действия. В результате функциональной перегрузки у большинства больных с аномалиями прикуса наблюдают наклон голо-

вы вперед, западение грудной клетки, уменьшение ее переднезаднего размера, изменение угла наклона ребер, выступание лопаток, выпячивание живота, искривление голени, плоскостопие.

Остеопатия (от греч. *οστεον* — кость и *πάθεια* (*πάθος*) — болезнь, заболевание) — один из методов традиционной безмедикаментозной медицины, заключающийся в ручном воздействии на анатомические структуры тела с целью их освобождения от функциональных блоков и восстановления циркуляции жидкостей для создания оптимального двигательного состояния человека, ведущего к улучшению качества его жизни.

Термин «остеопатия» был предложен более 130 лет назад американским врачом-хирургом Э.Т. Стиллом, который сформулировал основные принципы остеопатии и разработал комплекс специальных ручных приемов диагностики и лечения целого ряда заболеваний.

В России остеопатию следует рассматривать как новое направление медицины, которое официально утверждено Министерством здравоохранения РФ в 2003 г. В стране открыто несколько высших учебных заведения, готовящих врачей-остеопатов, среди которых

Институт остеопатии им. Э.Т. Стилла в Санкт-Петербурге. Методы диагностики и лечения включают в себя воздействие на голову, позвоночный столб, суставы, мышцы, связки и внутренние органы.

При обращении пациента в клинику ортодонтии проводится стандартное обследование, включающее клинические, рентгенологические и дополнительные инструментальные методы обследования.

При клиническом обследовании обращаем внимание на внешний вид пациента, наличие асимметрии лицевого скелета. Обязательно проводим пальпацию ВНЧС и жевательных мышц, обращаем внимание на наличие триггерных точек (рис. 1).

При осмотре у остеопата выявлено открывание рта до 2,8 мм, отклонение вправо под углом 45°, обширные триггерные зоны в правой жевательной мышце, выраженная болезненность височной мышцы, в точке крепления височной мышцы к нижней челюсти и брюшке височной мышцы. Выраженная крепитация в обоих суставах, выраженный щелчок в правом ВНЧС в последней трети фазы движения. Напряжение коротких разгибателей шеи.

При внешнем осмотре выявлена незначительная асимметрия лица, умеренно выраженные носогубные складки, открывание рта ограничено, болезненно, при открывании рта обнаруживается смещение подбородка вправо.

При осмотре полости рта изучаем соотношение зубных рядов, аномалии положения отдельных зубов, наличие ортопедических конструкций в полости рта (рис. 2).

Вместе со стандартными рентгено-



Рис. 1. Пациентка Т. обратилась к врачу-остеопату с жалобами на боли в правом ВНЧС, ограничение открывание рта, возникшее после проведения ортопедического лечения в стоматологической клинике



Рис. 2. При осмотре полости рта выявлены аномалии положения отдельных зубов, скученное положение зубов на нижней челюсти, в полости рта временные и постоянные ортопедические конструкции. Отсутствуют контакты в области боковых зубов справа и слева, стираемость режущих краев резцов на нижней челюсти

логическими методами исследования — ортопантомографией и телерентгенографией (ТРГ) в боковой проекции — у пациентов с подозрениями на КМД дополнительно проводим зонографию ВНЧС, магнитно-резонансную и компьютерную томографию ВНЧС (рис. 3—6).

Из описания врача-рентгенолога: «МР-картина внутренних нарушений в обоих ВНЧС с полной вентральной дислокацией диска без репозиции справа и с парциальной вентральной дислокацией диска без репозиции слева. Остеоартроз правого сустава». «Правый ВНЧС: головка мыщелка деформирова-



Рис. 3. На ортопантомограмме выявлено отсутствие зуба 24, отдельные зубы ранее пролечены эндодонтически, в некоторых зубах присутствуют изменения в области корней и явления хронического периодонтита, дистопия и ретенция зуба 48



Рис. 4. ТРГ в боковой проекции

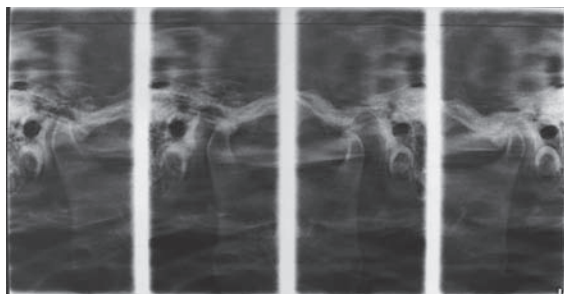


Рис. 5. Зонোগрамма ВНЧС

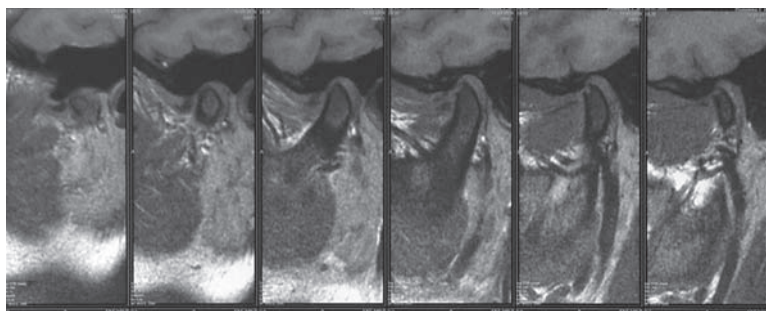


Рис. 6. МРТ ВНЧС

на, по переднему контуру отмечена эрозия кортикальной кости и подлежащих отделов губчатой кости...Внутриуставной диск деформирован за счет сжатия, дегенеративен, уплотнен... приоткрытом до 1,8 см рте головка мыщелка не достигает верхушки бугорка, репозиции мыщелка не происходит, разобщает бугорок и мыщелок биламинарная структура... Левый ВНЧС: головка мыщелка не смещена, не деформирована... Внутриуставной диск неравномерно

уплощен, с признаками дегенерации. При открытом до 1,8 см рте головка мыщелка практически достигает верхушки бугорка, происходит полная репозиция диска, между бугорком и мыщелком определяется промежуточная зона диска над всеми отделами головки. Диск подвижен».

После проведения ортодонтического обследования пациентам с подозрением на КМД проводим скрининг стоматогнатической системы по «Гамбургской»

схеме сокращенного обследования ВНЧС (Ahlbers M.O., Jakstat H.A., 2000).

Этот тест позволяет за 5 мин определить, есть ли у пациента КМД. Врач-ортодонт дополнительно оценивает:

1. Асимметричное открывание рта
2. Ограниченное открывание рта
3. Шумы в ВНЧС
4. Оклюзионные шумы
5. Болезненная пальпация мышц
6. Наличие преждевременных контактов

При наличии 2 или более пунктов необходимо проведение клинического остеопатического функционального анализа ВНЧС и всего опорно-двигательного аппарата. После проведения всех методов обследования возможна постановка диагноза и выбор тактики комплексной терапии, включающей в себя как ортодонтические, так и остеопатические методы лечения (рис. 7).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

На клиническом примере продемонстрирована тактика ведения пациента с КМД. Представленный случай необычен тем, что не врач-стоматолог направил пациента к остеопату, а наоборот.

Предварительный ортодонтический диагноз: краниомандибулярная дисфункция, эрозия головки правого ВНЧС, частичная вторичная адентия, аномалии положения отдельных зубов, скученное положение зубов на нижней челюсти.

Предварительный остеопатический диагноз: функциональное укорочение правой жевательной мышцы, триггерные зоны в правой жевательной мышце, гипертонус правой височной мышцы. Ограничение пассивной подвижности правого ВНЧС, усиление шейного и поясничного лордоза, скрученный таз, функциональное укорочение правой ноги.

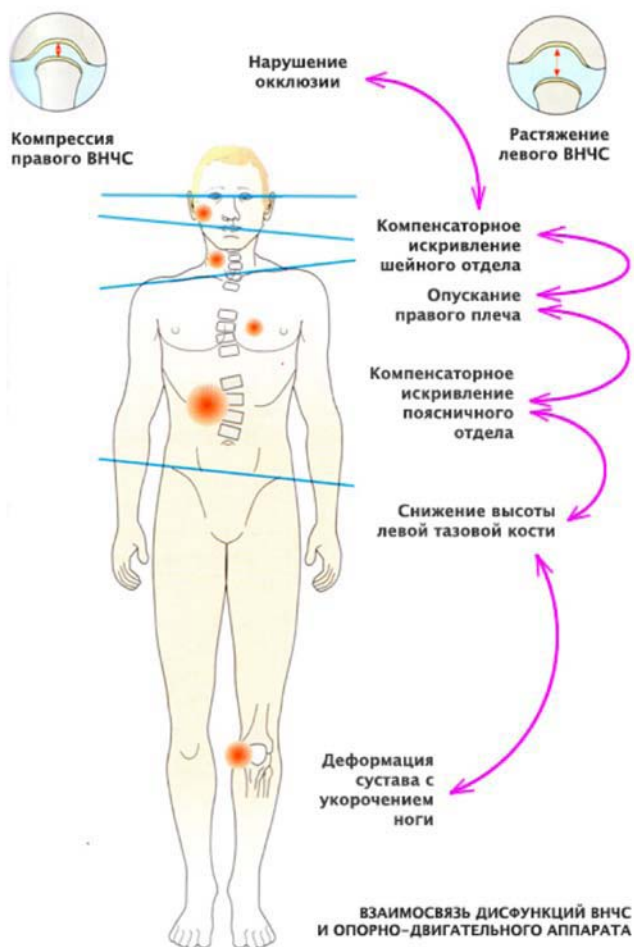


Рис. 7. Взаимосвязь стоматогнатической системы и опорно-двигательного аппарата. Лечение ортодонтических проблем становится более успешным с учетом коррекции проблем опорно-двигательного аппарата и ВНЧС с остеопатических позиций



Рис. 8. Каппа полного покрытия на верхний зубной ряд

План лечения у врача-ортодонта: лечение с помощью каппы полного покрытия на верхнем зубном ряду (рис. 8). Динамическое наблюдение в течение 6–12 мес. Оценивали состояние правого ВНЧС, открывание рта, болезненность при жевании и открывании рта. Контролировали состояние правого ВНЧС с помощью компьютерной томографии через 6–8 мес после начала лечения.

План лечения у врача-остеопата: коррекция тазовой области, восстановление физиологичности поясничного и шейного лордозов, устранение триггерных зон и напряжения в височной и жевательной мышцах, восстановление физиологической подвижности правого ВНЧС, коррекция движений в нижней челюсти.

Через 8 мес комплексного лечения пациентка отмечала отсутствие болей при открывании рта, открывание рта свободное до 4–5 см, пальпация жевательных мышц безболезненна (рис. 9).

В настоящее время планируется продолжение комплексного лечения, ортодонтическое лечение на нижней



Рис. 9. Лицо пациентки после лечения

челюсти и подготовка полости рта к рациональному протезированию.

ВЫВОДЫ

Изменение положения головы влияет на развитие и функции мышц челюстно-лицевой области, размер тела челюстей, ветвей нижней челюсти, обуславливает возникновение аномалий положения зубов, положения нижней челюсти, изменение функции дыхания. У таких пациентов часто отмечается

дискомфорт в области ВНЧС, изменен тонус мышц, окружающих зубные ряды, мышц шеи и груди, нередко уменьшается вертикальный размер нижней части лица. Проведение комплексной реабилитации таких пациентов совместно с врачом-остеопатом приводит к более стабильным результатам лечения и позволяет ускорить процесс выздоровления, позволяя врачу-стоматологу проводить стоматологическую санацию после устранения болевых ощущений челюстно-лицевой области.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. — М., 2006.
2. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. Том 1. — М., 1989.
3. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. Том 2. — М., 1989.
4. Klinenberg I., Jagger R. Occlusion and clinical practice. — 2004.
5. Carlsson G.E., Magnusson T. Management of temporomandibular disorders in the general dental practice. — 1999.