

DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100011  
УДК: 616-01

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРРЕКЦИИ АСИММЕТРИИ ЛИЦА КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Воронина Е.А.<sup>1</sup>, Нуриева Н.С.<sup>2</sup>, Луганский В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Центр по диагностике расстройств ВНЧС и стоматологической медицины сна «Альфа-Стом», г. Челябинск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, Россия

### Аннотация

**Предмет.** В настоящий период времени в стоматологии появляется тенденция на командную комплексную работу с использованием всех возможностей стоматологии и смежных специалистов, а также ресурсов организма. Для выбора правильной тактики окклюзионной реабилитации пациента с трансверсальной патологией прикуса и сочетанным расстройством височно-нижнечелюстных суставов необходимо провести предварительный обратимый не инвазивный диагностический этап: создание множественной окклюзии в терапевтическом положении на каппе с круглосуточным режимом использования до устранения всех симптомов и стабилизации структур ВНЧС.

**Цель.** Рассмотреть альтернативные пути решения устранения асимметрии лица до получения приемлемого эстетического и функционального результатов, используя компенсаторные возможности организма, не прибегая к челюстно-лицевой хирургии.

**Методология.** Представлен клинический случай пациента с боковым смещением нижней челюсти и клиникой дисфункции ВНЧС, который отказался от возможного хирургического вмешательства в силу возможных рисков и осложнений.

**Результаты.** Через три месяца после начала предварительного этапа шинотерапии получено новое стабильное соотношение челюстей, в котором отсутствуют боли и щелчки в височно-нижнечелюстных суставах, сформирована привычка двухстороннего типа жевания, отмечен отличный эстетичный результат: устранено смещение подбородка влево, получен неожиданный эффект в нормализации положения глаз (пожеланием пациента было сохранить анонимность, поэтому положение полоски, закрывающей глаза, максимально повторяет зрачковую линию). В связи с окончанием этапа и получением определенности в соотношении челюстей пациенту предложено несколько возможных вариантов окклюзионной реабилитации.

**Выводы.** Данный пример показывает большие компенсаторные возможности организма человека, которые можно и нужно использовать. При этом предварительный этап диагностики, который позволил найти альтернативные пути челюстно-лицевой хирургии, имеет множество преимуществ: низкую стоимость, обратимость, возможность оценить результат до начала основного лечения. Образно говоря, мы имеем определенный «тест-драйв» планируемой эстетики лица.

**Ключевые слова:** нехирургическая пластика лица, дисфункция ВНЧС

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflict of interest.*

---

#### Адрес для переписки:

Екатерина Александровна Воронина  
врач — стоматолог-ортопед, Центр по диагностике расстройств ВНЧС  
и стоматологической медицины сна «Альфа-Стом», Челябинск, Россия  
454090, г. Челябинск, ул. Тимирязева, 21а, кв. 2  
Тел. +7 (919) 1130036  
voroninae88@mail.ru

#### Образец цитирования:

Воронина Е.А., Нуриева Н.С., Луганский В.А.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОРРЕКЦИИ АСИММЕТРИИ  
ЛИЦА КОНСЕРВАТИВНЫМИ МЕТОДАМИ  
Проблемы стоматологии, 2018, т. 14, № 1, стр. 57-61  
© Воронина Е.А. и др. 2018  
DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100011

---

#### Correspondence address:

Ekaterina A. Voronina  
center for the diagnostics of disorders of the TMJ and dental  
sleep medicine «Alfa-Stom», Russia, Chelyabinsk  
Tel: +7 (919) 1130036  
454090, Russia, Chelyabinsk, Timiryazeva st., 21a-2  
voroninae88@mail.ru

#### For citation:

Voronina E.A., Nurieva N.S., Luganskiy V.A.  
A CLINICAL CASE OF FACIAL ASYMMETRY  
CORRECTION BY CONSERVATIVE METHODS  
Actual problems in dentistry, 2018. Vol. 14, № 1, pp. 57-61  
© Voronina E.A. and oth. 2018  
DOI: 10.24411/2077-7566-2018-100011

## A CLINICAL CASE OF FACIAL ASYMMETRY CORRECTION BY CONSERVATIVE METHODS

Voronina E.A.<sup>1</sup>, Nurieva N.S.<sup>2</sup>, Luganskiy V.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Center for the diagnostics of disorders of the TMJ and dental sleep medicine «Alfa-Stom», Chelyabinsk, Russia

<sup>2</sup> Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

### Abstract

**Subject.** During the present period of time in stomatology the tendency for command complex work is defined, using all opportunities of stomatology and adjacent experts, and also resources of an organism. Including, for a choice of correct tactics of occlusive rehabilitations of the patient with transversal pathology of a bite and complex dysfunction of temporomandibular joints (TMJ) are necessary for leading preliminary reversible non-invasive diagnostic step: creation of multiple occlusion in therapeutic position with application of cap splint with a round-the-clock mode of use before elimination of all symptoms and stabilization of TMJ structures.

**The purpose.** To consider alternative ways of the decision of elimination of face asymmetry until reception of comprehensible aesthetic and functional result, using compensatory opportunities of the body, not resorting to maxillofacial surgery.

**Methodology.** The clinical case of the patient with lateral displacement of the mandible and clinic of TMJ dysfunction who has refused possible surgical intervention by virtue of possible risks and complications is presented.

**Results.** In three months after the beginning of a preliminary stage of splint therapy has been achieved the new stable jaw interrelation with no pain and clicks of TMJ, the habit of bilateral type of chewing was worked out, and the excellent aesthetic result was marked: displacement of a chin to the left has been removed, unexpected effect in normalization position of eyes has been made (a wish of the patient was to keep anonymity, therefore position of the strip which were closing eyes, as much as possible repeats pupillary line). Because of the ending of this step and reception of definiteness in the jaw interrelation, the patient was offered several options of occlusive rehabilitation.

**Conclusions.** This case shows greater compensatory opportunity of human body which it is possible and it is necessary to use. Thus, the preliminary diagnostic step which has allowed to find alternative ways of maxillofacial surgery, has set of advantages: low cost, reversibility, an opportunity to estimate result prior to the beginning of the basic treatment; figuratively, we have certain «test drive» of a planned face aesthetics.

**Keywords:** “non-surgical face plastic”, “dysfunction of TMJ”

### Введение

В настоящее время в стоматологии появляется тенденция на сокращение показаний для хирургического вмешательства при ортодонтическом лечении. В данной статье показан альтернативный вариант уменьшения асимметрии лица при трансверзальном смещении нижней челюсти, или «нехирургическая пластика лица». Рассматриваемый этап позволяет оценить компенсаторные возможности пациента, провести долговременную перестройку мышц челюстно-лицевой области, структур височно-нижнечелюстного сустава и пострурального компонента, подготовить их для выполнения функции жевания и речи в новом положении нижней челюсти, в котором также в дальнейшем будет проведена диагностика для составления плана окклюзионной реабилитации пациента.

Трансверсальные смещения нижней челюсти, по данным Исхакова И.Р., чаще сопровождаются односторонним типом, задержкой стирания и наличием суперконтактов. При отсутствии лечения данной челюстно-лицевой аномалии риски развития РВНЧС различной степени тяжести увеличиваются в сравнении с нейтральным положением нижней челюсти [1].

Усиливать дисфункцию ВНЧС будут сопутствующие патологические изменения, такие как наклон

головы, который приведет к сокращению мышц головы и шеи с противоположной стороны с целью восстановления правильного положения в пространстве, смещение зрительных осей, что может привести к нарушению осанки в целом или негативным изменениям поструральных параметров шейно-головного отдела из-за влияния проприоцептивных зрительных нарушений [2]. Безусловно, это также будет приводить к нарушению эстетики лица, отсутствию гармонии по основным показателям, что особенно четко видно на двухмерном изображении. Вследствие этого у пациентов могут возникать различные скрытые психологические сложности при общении, как правило, они либо не любят фотографироваться, либо подбирают ракурс для создания видимости симметрии. В повседневной жизни для посторонних людей асимметрии лица в основном не заметны, так как нивелируются в процессе работы мимической мускулатуры и наличием объемного зрения у наблюдателя.

**Цель** — поиск альтернативных путей получения прогнозируемого функционального и эстетического результатов с минимальными рисками в сложных случаях лицевых деформаций с сочетанной патологией ВНЧС.



Рис. 1. Исходная ситуация стоя.

Fig. 1. Initial situation, standing position.



Рис. 2. Исходная ситуация сидя.

Fig. 2. Initial situation, sitting position.



Рис. 3. Улыбка в привычном прикусе  
Fig. 3. Habitual occlusion smiling..



Рис. 4. Привычный прикус.  
Fig. 4. Habitual occlusion.



Рис. 5. Верхний зубной ряд.  
Fig. 5. Upper jaw.



Рис. 6. Нижний зубной ряд.  
Fig. 6. Lower jaw.



Рис. 7. Уздечки в привычной окклюзии.  
Fig. 7. Labial bridles in habitual occlusion.



Рис. 8. Уздечки при открытом рте.  
Fig. 8. Labial bridles with mouth opened.



Рис. 9. Абфракции на зубах 4.3, 4.4, 4.5.  
Fig. 9. Ablation of teeth 4.3, 4.4, 4.5.



Рис. 10. Абфракции и стираемость на зубах 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.  
Fig. 10. Ablation and abrasion of teeth 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.

## Материалы и методы

Пациент обратился в клинику «Альфа-стом» (г. Челябинск) с жалобами на асимметрию лица, наличие регулярных височных и затылочных головных болей (больше слева), щелчков в левом ВНЧС, неодновременное смыкание зубов, трудности при жевании жесткой пищи. Цель приема — рассмотреть варианты устранения жалоб без хирургических вмешательств, но с возможным ортодонтическим и/или ортопедическим лечением. Асимметрия возникла в период сменного прикуса. В последующем усиливалась. На момент начала лечения пациенту 22 года.

В ходе клинического осмотра выявлены:

- смещение подбородка влево и гипертрофия правой собственно жевательной мышцы (рис. 1, 2);
- глаза расположены на разном уровне (слева ниже) (рис. 1, 2);
- левое ухо расположено ниже, чем правое;
- комиссуральная линия не параллельна горизонту (слева выше) (рис. 1, 2);
- смещение нижней губы и филтума влево (рис. 1, 2);
- в состоянии покоя верхние зубы видны на 1 мм;
- пальпация височной, собственно жевательной, медиальной крыловидной и затылочной мышц слева болезненная;
- пальпация ВНЧС безболезненная, определяются щелчки в обоих ВНЧС;
- уздечка нижней губы смещена влево относительно верхней на 7 мм (рис. 7);
- открывание рта в полном объеме 43 мм с девиацией влево;
- абфракции на зубах 4.5, 4.4, 4.3, 3.3, 3.4, 3.5 и стираемость зубов 2.2, 3.3, 3.2, 3.1, которые свидетельствуют о парафункциональной активности жевательных мышц (рис. 9—11);
- признаки одностороннего типа жевания слева (выраженная стираемость твердых тканей зубов слева, рецессии десны больше слева).

На рис. 1 отчетливо видны наклон зрачковой линии, разное положение ушей, наклон комиссуральной линии, смещение подбородка влево. Асимметрия усиливается на фотографии в другом ракурсе (рис. 2), что дает больше информации о выраженности патологии. Безусловно, есть влияние пострального компонента в теле любого пациента, но в данном случае значительная роль отводится ракурсу и акцентированию внимания на изменениях, а не влиянию положения тела в пространстве.

При открывании рта уздечки губы совпадают, что является хорошим прогностическим критерием для коррекции положения нижней челюсти.

Несмотря на то, что ортопантограмма имеет значительно большие проценты деформации, можно оценить различное положение углов нижней челюсти,

разную форму мышечков при условии, что во фронтальном отделе установлен позиционер, который провоцирует смещение вправо, судя по расположению фронтальных зубов верхней и нижней челюстей.

Пациенту проведено расслабление мышц аппаратом Миостим фирмы Вюрак. Изготовлены регистраты в терапевтическом положении, по которым методом поэтапного переноса изготовлены каппы из термоформеров для круглосуточного ношения до момента сдачи стабилизирующей каппы из жесткой пластмассы на нижнюю челюсть. Пациенту рекомендованы соблюдение температурного режима при приеме пищи, а также по возможности щадящая диета для профилактики мышечных спазмов жевательной мускулатуры.

Через неделю после установки капп из термоформеров видны значительные изменения в смыкании, идет активная перестройка работы мышц и суставных структур. По внешнему виду можно оценить, что пациент соблюдал рекомендации в полном объеме, несмотря на явный дискомфорт в речи и значительное одномоментное изменение положения нижней челюсти в пространстве.

Изготовлена каппа из жесткой пластмассы на нижнюю челюсть для удобства использования, гладкая, без стабилизирующих элементов для профилактики миоспазмов латеральных крыловидных мышц в случае рецидивов смещения нижней челюсти в привычную сторону. Наклонная плоскость во фронтальном отделе позволяет дополнительно позиционировать нижнюю челюсть, а также исключить помехи в динамической окклюзии за счет создания направляющих на ней.

На момент контрольного осмотра с каппой в ноябре 2017 г. (через 3 месяца после установки аппарата) пациент отметил отсутствие жалоб, симметрию лица, возможность пережевывать пищу на двух сторонах, отсутствие щелчков в ВНЧС. Проведен этап стабилизации на каппе за счет ремоделирования окклюзионной поверхности прямым способом. Контрольный осмотр с УЗИ ВНЧС через месяц. В дальнейшем планируется поэтапное снижение высоты прикуса на каппе с параллельным пришлифовыванием зубов и сохранением нейтрального положения нижней челюсти по трансверзали; проведение диагностики для окклюзионной реабилитации после окончания этапа избирательного пришлифовывания.



Рис. 11. Стираемость зуба 2.2.  
Fig. 11. Abrasion 2.2.



Рис. 12. Модели в привычном прикусе.  
Fig. 12. Jaw models positioned in habitual bite.



Рис. 13. Ортопантограмма пациента.  
Fig. 13. Orthopantomogram.



Рис. 14. Миомонитор Миотроник.  
Fig. 14. Miomonitor Miotronik material.



Рис. 15. Изготовлены каппы из термоформеров в терапевтическом положении.  
Fig. 15. Splints made of thermoplastic.



Рис. 16. Смыкание зубов через неделю.  
Fig. 16. Occlusion in a week.



Рис. 17. Смыкание зубов на каппах из термоформеров.  
Fig. 17. Interdigitation with thermoplastic splint.



Рис. 18. Внешний вид капп через 7 дней.  
Fig. 18. Appearance of splint in 7 days.



Рис. 19. Каппа из жесткой пластмассы на момент сдачи.  
Fig. 19. Rigid plastic splint.



Рис. 20. Смыкание зубов на каппе.  
Fig. 20. Splint occlusion.



Рис. 21. Наклонная плоскость на каппе.  
Fig. 21. Inclined plane.



Рис. 22. С каппой в терапевтическом положении и сравнение с исходной ситуацией (ноябрь 2017 г.).

Fig. 22. With a splint in therapeutic situation and comparison with an initial situation (November, 2017).



Рис. 23. Смыкание зубов после и до ношения каппы.

Fig. 23. Occlusion before and after using splint.

## Результаты

Получено новое положение нижней челюсти (постоянное), в котором пациент адаптировался пользоваться обеими сторонами для жевания, а также нет проявлений дисфункции ВНЧС.

В дальнейшем будет предложено несколько вариантов стабилизации прикуса пациента на выбор:

- классическое ортодонтическое лечение на брекет-системах (методами прямой или многопетлевой дуги): проверенная отработанная техника, длительный срок, дорогостоящее лечение, сложности

## Литература

1. Исхаков И. Р. Определение факторов риска и экспресс диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / И. Р. Исхаков, М. В. Галиуллина, Р. Р. Юнусов // Биосовместимые материалы и новые технологии в стоматологии: Сборники трудов конференции (Казань, 27-28 ноября 2014 г.). – Казань, 2014. – С. 107–113.
2. Bilello G., Caradonna D., Caradonna C., Cuccia A. M., Manzella A. Correlazione tra i sistemi stomatognatico e oculomotore nel determinismo della postura. *Mondo Ortodontico*, 2009, no. 34, pp. 235–242.

## References

1. Iskhakov I. R., Galiullina M. V., Unusov R. R. *Opredeleniye faktorov riska i ekspress diagnostika zabolevaniy visochno-nizhnelyustnogo sustava* [Determination of risk factors and rapid diagnosis of diseases of the temporomandibular joint] *Biosovmestimyye materialy i novyye tekhnologii v stomatologii: Sbornik trudov konferentsii (Kazan, 27-28 noyabrya 2014 g.)* [Biocompatible materials and new technologies in dentistry: article in conference proceedings (Kazan, 27-28 November 2014)], Kazan, 2014, pp. 107–113.
2. Bilello G., Caradonna D., Caradonna C., Cuccia A. M., Manzella A. Correlazione tra i sistemi stomatognatico e oculomotore nel determinismo della postura. *Mondo Ortodontico*, 2009, no. 34, pp. 235–242.

в гигиене, необходима коррекция остеопата, возможные риски по усилению рецессии десны и появлению подвижности зубов;

- тотальное протезирование: дорогостоящее агрессивное лечение без устранения перекрестного прикуса с возможным переводом в прямой;
- лечение методом Оклюзионно-Структурального Баланса (метод ОСБ): дорогостоящее, длительное лечение, требуется привлечение остеопата, сложности в процессе лечения в силу отсутствия опыта отдаленных результатов и возможных осложнений, но многообещающе по гармонизации тела в целом, легче уход за зубами в повседневной жизни;
- избирательное шлифование с прямой реконструкцией композитными материалами: относительно дешевый, быстрый, возможны сколы реставрации, необходимо рассматривать как долговременный вариант реабилитации с частичной заменой реставраций на ортопедические конструкции;
- комбинации методик.

## Выводы

На данном клиническом примере хорошо видны большие компенсаторные возможности организма, которые можно и нужно использовать в практике для достижения функциональных и эстетических норм без проведения сложных и высокорискованных хирургических вмешательств в данном случае. Безусловно, челюстно-лицевая хирургия показана при значительных скелетных деформациях, когда это единственная возможность достичь отличного функционального и эстетического результатов и значительно улучшить жизнь пациента.

## Авторы:

### Екатерина Александровна Воронина

врач — стоматолог-ортопед, Центр по диагностике расстройств ВНЧС и стоматологической медицины сна «Альфа-Стом», Челябинск, Россия  
voroninae88@mail.ru

### Наталья Сергеевна Нуриева

д. м. н., профессор кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии, Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия  
natakira@mail.ru

### Вадим Александрович Луганский

к. м. н., врач — стоматолог-ортопед, руководитель и ведущий специалист Центра по диагностике расстройств ВНЧС и стоматологической медицины сна «Альфа-Стом» Челябинск, Россия  
lugansk64@gmail.com

## Authors:

### Ekaterina A. Voronina

center for the diagnostics of disorders of the TMJ and dental sleep medicine «Alfa-Stom», Russia, Chelyabinsk, Russia  
voroninae88@mail.ru

### Natalia S. Nurieva

Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia  
natakira@mail.ru

### Vadim A. Luganskiy

Cand. Sci. (Med.), center for the diagnostics of disorders of the TMJ and dental sleep medicine «Alfa-Stom», Russia, Chelyabinsk, Russia  
lugansk64@gmail.com