

Арушанян А.Р., Климов А.В.

Лечения пациентов с дистальной окклюзией с учетом анатомо-топографических особенностей строения височно-нижнечелюстных суставов*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии ортопедической**Научный руководитель: д.м.н. Коннов В.В.***Резюме**

Дистальная окклюзия встречается у людей в любом возрасте, при этом она сочетается и осложняется деформациями лицевого скелета, изменениями морфологических и функциональных соотношений его элементов и их эстетических пропорций. Кроме того, она сопровождается патологией со стороны височно-нижнечелюстных суставов, поэтому вопросам диагностики и комплексного лечения пациентов с данной патологией уделяется большое внимание.

Ключевые слова: дистальная окклюзия, височно-нижнечелюстной сустав**Актуальность**

Вопросам диагностики и комплексного лечения пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов в сочетании с патологией височно-нижнечелюстных суставов всегда уделялось большое внимание (Каливраджиян Э.С. с соавт., 2004; Лебедев И.Ю. с соавт., 2008).

Ю.А. Петросов с соавт. (2007) выделили пять типов нормального строения височно-нижнечелюстных суставов. А.В. Силин (2007) выявил четыре варианта формы височно-нижнечелюстных суставов. Таким образом, встречаются разнообразные сведения о критериях, определяющих тип строения височно-нижнечелюстных суставов, приводятся различные варианты их формы, предлагаются различные методики анализа анатомо-топографического строения височно-нижнечелюстных суставов по данным рентгенологического исследования. Поэтому необходимы уточнения данных о возможности перемещения головки нижней челюсти в зависимости от варианта строения височно-нижнечелюстных суставов.

Цель: повышение эффективности лечения пациентов с дистальной окклюзией в зависимости от варианта строения и топографии костных элементов височно-нижнечелюстных суставов.

Задачи исследования:

1. Выявить основные варианты строения височно-нижнечелюстного сустава;
2. Определить методы комплексного лечения пациентов с дистальной окклюзией в зависимости от варианта строения височно-нижнечелюстных суставов.

Материал и методы

Было проведено обследование 67 пациентов в возрасте от 20 до 55 лет, которые находились на ортодонтическом и ортопедическом лечении по поводу лечения дистальной окклюзии. У 49 пациентов дистальная окклюзия сочеталась с дефектами зубных рядов.

Распределение пациентов по группам осуществлялось в зависимости от варианта строения височно-нижнечелюстных суставов. Первую группу составили пациенты (16 человек), у которых вариант строения головки нижней челюсти был больше варианта строения нижнечелюстной ямки. Во вторую группу (17 человек) вошли пациенты, у которых вариант строения головки нижней челюсти соответствовал варианту строения нижнечелюстной ямки. В третью группу были включены пациенты (16 человек), у которых вариант строения головки нижней челюсти был меньше варианта строения нижнечелюстной ямки.

Для определения формы костных элементов височно-нижнечелюстного сустава на томограммах измеряли ширину нижнечелюстной ямки параллельно линии, соединяющей вершину суставного бугорка и нижний край наружного слухового прохода, на уровне середины расстояния от данной линии до наиболее глубокой точки свода нижнечелюстной ямки. Ширину головки нижней челюсти определяли по наибольшему ее диаметру. Затем распределяли полученные данные в соответствии с выделенными формами костных элементов височно-нижнечелюстного сустава: нижнечелюстная ямка по ширине – узкая (до 12 мм), средней ширины (от 12 до 15 мм) и широкая (более 15 мм); головка нижней челюсти по ширине – малая (до 8 мм), средней ширины (от 8 до 11 мм) и большая (более 11 мм).

Диагностику, планирование и выбор метода лечения проводили на основе результатов клинико-лабораторных, рентгенологических и графических методов исследования. На основании клинического обследования пациентов определяли степень мышечно-суставной дисфункции. Изучение функциональной окклюзии у пациентов, установку и подготовку к работе функциографа, изготовление ортодонтических аппаратов и ортопедических конструкций мы проводили с применением артикулятора. Анатомо-топографические особенности височно-нижнечелюстных суставов определяли при помощи боковой томографии, проводимой на универсальной рентгенологической установке "Orthophos 3".

Результаты

В зависимости от соотношений ширины нижнечелюстной ямки и ширины головки нижней челюсти были выделены три основных варианта строения височно-нижнечелюстного сустава:

первый – узкая нижнечелюстная ямка и средняя по ширине головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка средней ширины и большая по ширине головка нижней челюсти (вариант строения головки нижней челюсти был больше варианта строения нижнечелюстной ямки);

второй – узкая нижнечелюстная ямка и малая по ширине головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка и головка нижней челюсти средней ширины, широкая нижнечелюстная ямка и большая по ширине головка нижней челюсти (вариант строения головки нижней челюсти соответствовал варианту строения нижнечелюстной ямки);

третий – нижнечелюстная ямка средней ширины и малая по ширине головка нижней челюсти, широкая нижнечелюстная ямка и средняя по ширине головка нижней челюсти, широкая нижнечелюстная ямка и малая по ширине головка нижней челюсти (вариант строения головки нижней челюсти был меньше варианта строения нижнечелюстной ямки).

В соответствии с выделенными вариантами строения височно-нижнечелюстного сустава все пациенты с были распределены на три группы.

Клинико-лабораторные методы обследования взрослых пациентов позволили выявить различные нарушения со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов: ограничение вертикального и боковых движений нижней челюсти, ограничение при протрузии нижней челюсти, девиацию и дефлекцию, боль в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах при движениях нижней челюсти и пальпации, асимметрию лица, суставной шум.

У пациентов с дистальной окклюзией в зависимости от варианта строения височно-нижнечелюстного сустава установлены две степени смещения головки нижней челюсти кзади в нижнечелюстной ямке по данным томограмм. У пациентов первой группы вариант строения головки нижней челюсти был больше варианта строения нижнечелюстной ямки, поэтому у них не выявлялось смещения головки нижней челюсти кзади, а определялось центральное ее положение в нижнечелюстной ямке. У пациентов второй группы определялось смещение головки нижней челюсти кзади до 2 мм (первая степень). У пациентов третьей группы возможно смещение головки нижней челюсти кзади до 4 мм (вторая степень).

Лечение взрослых пациентов исследуемых групп планировали с учетом степени мышечно-суставной дисфункции. Так у пациентов при легкой степени мышечно-суставной дисфункции сразу приступали к ортодонтическому или ортопедическому лечению, а при мышечно-суставной дисфункции средней и тяжелой степени вначале устраняли болевой синдром. Для снятия болевого синдрома применяли медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Для определения оптимального пространственного положения нижней челюсти, нормализации топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстных суставов, восстановления «клыкового ведения» изготавливали окклюзионные шины.

При планировании ортодонтического и ортопедического лечения руководствовались вариантом строения височно-нижнечелюстного сустава и положением головки нижней челюсти в нижнечелюстной ямке. Величину смещения головки нижней челюсти кпереди до заднего ската суставного бугорка с сохранением суставной щели в переднем отделе не менее 2 мм определяли на этапе формирования конструктивного прикуса, под контролем томограмм.

У пациентов первой группы лечение планировали без учета перемещения нижней челюсти и проводили зубоальвеолярную компенсацию основной патологии и протетическое лечение без нормализации положения нижней челюсти.

У пациентов второй и третьей групп при заднем положении головки нижней челюсти ортодонтическое и ортопедическое лечение планировали с учетом перемещения нижней челюсти кпереди. Для нормализации формы зубных дуг использовали аппараты механического действия, а выдвижение нижней челюсти проводили с помощью функционально-направляющих ортодонтических аппаратов. После определения конструктивного прикуса, под контролем томограмм височно-нижнечелюстного сустава, мы добивались расположения головки нижней челюсти в центральном или переднем (у основания ската суставного бугорка) отделах нижнечелюстной ямки (рис. 4 и 5).

В результате лечения пациентов первой группы головка нижней челюсти не меняла свое первоначальное положение. У пациентов второй группы определялся сдвиг головки нижней челюсти вперед на $1,52 \pm 0,04$ мм. У пациентов третьей группы отмечался сдвиг головки нижней челюсти вперед на $2,34 \pm 0,12$ мм.

Ортопедическое лечение проводили в два этапа. На первом этапе изготавливали временные протетические конструкции, что способствовало адаптации пациентов к новым условиям функционирования челюстно-лицевой области. На втором этапе изготавливали постоянные ортопедические конструкции.

Выводы

Таким образом, в результате лечения пациентов первой группы головка нижней челюсти не меняла свое первоначальное положение. У пациентов второй группы определялся сдвиг головки нижней челюсти вперед на $1,52 \pm 0,04$ мм. В третьей группе отмечался сдвиг головки нижней челюсти вперед на $2,34 \pm 0,12$ мм. Следовательно одним из основных критериев выбора методов комплексного лечения взрослых пациентов с дистальной окклюзией является величина смещения головки нижней челюсти кпереди до заднего ската суставного бугорка с сохранением суставной щели в переднем отделе не менее 2 мм на этапе формирования конструктивного прикуса, под контролем томограмм. У пациентов при первом варианте строения височно-нижнечелюстного сустава ортодонтическое и ортопедическое лечение заключается в зубоальвеолярной компенсации основной патологии и протетических мероприятиях без смещения нижней челюсти и изменения топографии элементов височно-нижнечелюстных суставов. У пациентов при втором и третьем вариантах строения височно-нижнечелюстного сустава комплексное

лечение может предусматривать этап смещения нижней челюсти кпереди с перемещением головки нижней челюсти до заднего ската суставного бугорка с сохранением суставной щели в переднем отделе не менее 2 мм.

Литература

1. Биомеханическое обоснование комплексного лечения взрослых с аномалиями и деформациями зубных рядов / Т.Ф. Данилина, В.П. Багмутов, В.Г. Коноваленко, Е.В. Данилина // Клиническая стоматология. – 2008. – № 4. – С. 60-65.
2. Дмитриенко, С.В. Комплексная реабилитация взрослых пациентов с дистальной окклюзией в сочетании с дефектами зубных рядов / С.В. Дмитриенко, В.И. Шемонаев, Д.В. Ильин // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. – Волгоград, 2009. – С. 319-322.
3. Дробышева, Н.С. Оценка ортодонтического лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и воспалительно-дистрофическими заболеваниями пародонта: Автореф. дис... канд. мед. наук / Н.С. Дробышева; – М., 2007. – 15 с.
4. Иде, Й. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава / Й. Иде, К. Наказава, К. Камимура. – М.: Азбука, 2004. – 114 с.
5. Петросов, Ю.А. Понятие о мениске, получение модели вывиха мениска на свежем трупном материале / Ю.А. Петросов, Р.Б. Ермошенко // Современная ортопедическая стоматология. – 2007. – № 8. – С. 102-105.
6. Силин, А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфо-функциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: Автореф. дис... докт. мед. наук / А.В. Силин; – Санкт-Петербург, 2007. – 43 с.
7. Трезубов, В.Н. Планирование и прогнозирование лечения больных с зубочелюстными аномалиями / В.Н. Трезубов., Р.А. Фадеев. – М.: «МЕДпресс-информ», 2005. – 224 с.