

При резкой деформации суставной головки, деформации прикуса и асимметрии лица показано хирургическое лечение (кондилэктомия), затем применяется шина с боковой наклонной плоскостью для установления челюсти в срединно-сагиттальной плоскости во время функции. Шиной больные должны пользоваться 5–8 месяцев.

В тех случаях, когда возникает перекрестный прикус и ортодонтическое лечение заведомо не даст положительного результата, а хирургическое противопоказано, следует производить протезирование зубов с двойным (дублирующим) рядом.

Резюмируя данные наших многолетних исследований и лечения больных с артрозами, можем заключить, что даже при значительных деформациях мышц можно обойтись без оперативных вмешательств.

Лечение проводится путём нормализации положения суставных головок в суставных ямках, нормализации деятельности жевательных мышц и соотношения зубных рядов и челюстей. Лишь при чрезмерном разрастании головки, когда консервативное лечение заведомо не может дать положительного результата, следует проводить хирургическое лечение в комплексе с ортопедическим.

Хирургическое лечение заключается в резекции деформированной суставной головки (кондилэктомии), а ортопедическое, направлено на смещение нижней челюсти и удержание её по средней линии лица ортопедическими аппаратами в течение длительного времени (5–6 месяцев), при этом сохраняется движение в суставе.

В результате проведенного лечения артрозов ВНЧС мы рекомендуем при данной патологии устранять этиологический фактор, если он продолжает действовать, нормализовать функцию нейромышечного комплекса ортопедическими аппаратами, выровнять окклюзию и завершить рациональным протезированием зубов с созданием плотного фиссурно-бугоркового контакта в зубных рядах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владыченкова Т. Н. Вопросы патогенеза, клиники и лечения инфекционного неспецифического воспаления височно-нижнечелюстного сустава и его дисфункции. (Клинич. исслед.): Автореф. дис. канд. мед. наук. Смоленск, 1974. 20 с.
2. Максудов М. М., Драновский Т. Е. Лечение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 1981. Т. 60, № 1. С. 44–46.
3. Насибуллин Г. Г., Зизевский С. А. Опыт лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава временной перестройкой прикуса // VIII Всесоюз. съезд стоматологов. Тезисы докладов. М., 1987. С. 205–206.
4. Петросов Ю. А., Калпакьянц М. П., Сеферян К. Г. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар, 1996. 325 с.
5. Хватова В. А. Диагностика и лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного нарушением функциональной окклюзии // Стоматология. 1985. № 6. С. 63–66.
6. Чердниченко Ю. Б. Ортопедическое лечение дисфункций, артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава // Сборник науч. трудов. Л., 1987. С. 133–138 (рукоп. депон. во ВНИИМИ МЗ СССР № 13874-87, с. 133–138).
7. Poswillo D. Experimental investigation of the effects of intra-articular hydrocortisone and high condylectomy of the mandibular condyle // Oral. Surg. 1970. Vol. 30, № 2. P. 161–173.
8. Yatani H., Minakuchi H., Matsuka Y., Fujisawa T., Yamashita A. The long-term effect of occlusal therapy on self-administered treatment outcomes of TMJ // J.Orfac.Pain. 1998. Vol. 12, № 1. P. 75–88.

**A. N. SIDORENKO, Y. A. PETROSOV,
K. G. SEFERYAN, M. P. KALPAKYANTS**

TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT ARTHROSIS

The article describes orthopedic treatment of 188 patients having various forms of arthroses of temporomandibular joint using the devices of our design.

Key words: arthrosis, orthopedic devices, treatment arthrosis.

А. Н. СИДОРЕНКО

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРИВЫЧНЫМИ САГИТАЛЬНЫМИ СДВИГАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра ортопедической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета

Заболевания ВНЧС широко распространены среди населения. Результаты многих исследований показывают, что дисфункция встречается в основном у пациентов в возрасте от 18 до 25 лет. По данным А. N. Goss, B. Speculand, пациенты в молодом возрасте страдают в 80%, по данным Ors (1982) – в 75,2%. Женщины болеют в 3 раза чаще, чем мужчины. Некоторые авторы не отмечают различий в распределении этого заболевания по полу [8, 9, 10]. Широкая распространенность отдельных симптомов ВНЧС у населения требует от практикующих врачей-стоматологов определенной целенаправленности на активное выявление больных с

хроническими формами заболевания ВНЧС. Отсутствие общих критериев при обследовании ВНЧС приводит к разноречивым показателям в эпидемиологических работах. Дисфункциональные заболевания составляют самую большую группу в патологии ВНЧС.

Согласно литературным данным дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются значительно чаще, чем другие заболевания ВНЧС (артриты, артрозы, анкилозы). Частота возникновения дисфункций, по данным ряда авторов, составляет от 27,5% до 43,3%.

Клинические наблюдения показали, что дисфункция

встречается еще чаще, так как многие больные с явными симптомами дисфункции (щелканье, хруст, толчкообразные, зигзагообразные движения, смещение нижней челюсти в сторону) за медицинской помощью не обращаются и случайно выявляются в стоматологических учреждениях во время лечения или протезирования зубов.

Дистальное смещение нижней челюсти исследовали многие авторы. Эта патология развивается при потере жевательных зубов с одной или обеих сторон, при патологической стираемости зубов, вторично при глубоком прикусе и т. д. Эти артикуляционные нарушения ведут к дистальному смещению мыщелков и нарушению функциональных соотношений элементов ВНЧС. Е. И. Гаврилов и Д. К. Курочкин указывают причину дистального смещения нижней челюсти и дисфункции ВНЧС помимо вышеперечисленного стирания зубных (небных) бугорков верхних резцов: зубоальвеолярное удлинение резцов и клыков, изготовление утолщенной небной поверхности искусственных коронок верхних резцов. По их мнению, сочетание темпорального типа жевания (Schwarz – цит. Криштаб С. И., 1975) и окклюзионных нарушений может вести к дистальному сдвигу нижней челюсти. Раднаев, изучая функциональную перестройку зубочелюстной системы при потере жевательных зубов, установил, что удаление этих зубов ведет к изменению положения нижней челюсти. В результате дистального сдвига нижней челюсти увеличивается степень резцового перекрытия, изменяются топографические изменения элементов ВНЧС и активность жевательных мышц. Сохранение первых премоляров способствует удержанию положения нижней челюсти в центральной окклюзии при условии малых сроков после удаления моляров и вторых премоляров.

Л. А. Weinberg выдвинул «биофизическую» концепцию механизма сохранения положения мыщелков. Он заявил, что скорее мышцы, чем связки, определяют заднее или переднее положение мыщелков. Зубы, мышцы, мениск сохраняют положение нижней челюсти и направляют движения суставных головок в суставных ямках. В центральной окклюзии обе суставные головки находятся в центре суставных ямок. Неправильное положение мыщелков приводит к дисгармонии между окклюзией и ориентацией нижней челюсти. Из этого следует, что цель лечения состоит в коррекции окклюзии и возвращении суставных головок в правильное, срединное положение в суставных ямках. Л. А. Weinberg подчеркнул, что 51% больных с болевыми симптомами отмечали начало заболевания с нарушения прикуса или острого стресса, что дистальное или медиальное смещение суставных мыщелков является ведущим признаком дисфункции ВНЧС.

Дисфункциональные состояния ВНЧС с привычными сагиттальными сдвигами могут сопровождаться смещением нижней челюсти как в дистальном, так и в медиальном направлении.

Под нашим наблюдением находилось 20 человек с сагиттальными сдвигами нижней челюсти.

Дистальный сдвиг нижней челюсти. Болевые ощущения, которые появляются у больных с дистальным сдвигом нижней челюсти, нередко связаны со спазмом жевательных мышц, а также со сдавлением сосудисто-нервного пучка в биламинарной зоне и капсулы сустава, богатой нервными рецепторами, за счет смещения суставных головок дистально. При этом больные могут отмечать появление чувства шума, звона, пересыпания песка, заложенности в ушах, головокружение, что вызвано постоянными застойными явлениями и затруднением лимфо- и кровотока. Шумовые симптомы в виде щелканья возникают в момент смыкания зубных ря-

дов в положении привычного дистального сдвига или в начале открывания рта. Это происходит вследствие чрезмерной подвижности мениска и связано с тем, что в момент смыкания зубных рядов латеральные крыловидные мышцы удерживают мениск в несколько переднем положении, а суставная головка в момент плотного смыкания зубных рядов, перескакивая через утолщенный задний край мениска, издает глухое щелканье и вызывает боль в суставе. А в момент открывания рта суставные головки вначале упираются в задний утолщенный край мениска, а затем, перескакивая при дальнейшем движении через него, вновь сдавливают мениск, что приводит к возникновению боли и щелканья в суставе. В подобных случаях у больных наблюдается частичное блокирование движения в суставе. Субъективные патологические симптомы у данной группы больных исчезают при применении пробы № 3, что свидетельствует о функциональном характере заболевания.

Рентгенологическая картина характеризуется двусторонним смещением суставных головок дистально, что выражается сужением суставных щелей в верхне-заднем отделе и расширением в переднем.

Медиальный сдвиг нижней челюсти. Длительный двусторонний спазм жевательных мышц, особенно латеральных крыловидных, может привести к возникновению дисфункциональных состояний ВНЧС с привычным медиальным смещением нижней челюсти. Очень часто наблюдается медиальный сдвиг нижней челюсти в момент открывания рта при интактных зубных рядах и ортогнатическом прикусе, на что раньше не обращали внимания специалисты. Подобные движения связаны с резким сокращением мышц, выдвигающих нижнюю челюсть. Порой при этом бывает трудно даже руками удержать челюсть в положении центральной окклюзии. Эти движения сопровождаются чаще щелканьем в суставах и реже – болью. Механизм возникновения медиального сдвига нижней челюсти при интактных зубных рядах, по-видимому, объясняется тем, что вследствие воздействия различных этиологических факторов (травма, стрессовые состояния и т. д.) может возникнуть перерастяжение, а скорее – разрыв тонких боковых мениско-кондиларных связок сустава, что приводит к чрезмерной подвижности мениска. Во время начала движения челюсти верхние пучки латеральной крыловидной мышцы смещают мениск вперед, а суставные головки движутся следом с некоторым опозданием.

Больной достигает ощущения удобства в суставах при выдвижении нижней челюсти вперед. В дальнейшем подобные атипичные движения становятся привычными, стабильными. Атипичные движения, в свою очередь, приводят к патологическим изменениям функции нейромышечного комплекса и возникновению патологических симптомов в суставе. Подобные медиальные сдвиги нижней челюсти хорошо выявляются в клинике при слабой фиксации челюсти за подбородок. В начале движения больной, смещая челюсть, одновременно смещает вперед и руку клинициста. Эти сдвиги нижней челюсти можно зарегистрировать методом кинематографии с применением зубонадесневых шин со встречными металлическими стержнями в области центральных резцов. Смещение нижней челюсти вперед может сопровождаться сильными невралгическими болями с иррадиацией в ухо, висок, заушную область, шею, ключицу, а также двусторонним щелканьем в суставах. Щелканье обусловлено потерей прочной связи мениска с суставной головкой. Пальпаторно через полость рта обнаруживается болезненность обеих крыловидных мышц.

Применение функционально-диагностической

пробы № 4, т. е. смещение нижней челюсти дистально и удержание ее в данном положении во время вертикальных движений, устраняет патологические симптомы в суставе, что позволяет планировать применение тех или иных ортопедических аппаратов в зависимости от степени и давности привычного сдвига нижней челюсти.

Наиболее информативными методами рентгенологического исследования ВНЧС при дисфункциях с привычными медиальными сдвигами нижней челюсти являются рентгенокинематография и поэтапная томография в процессе открывания рта. При этом рентгенологическая картина характеризуется смещением суставных головок вперед в начале открывания рта, сужением суставной щели в переднем и расширением в верхнезаднем отделе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банух В. Н., Кожокару М. П. Клиника дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава // Вопросы стоматологии: Сб. науч. тр. Кишиневского гос. мед. инст-та. 1989. С. 67–68.
2. Демпер Л. М., Залиган А. П. Клиника и лечение бруксизма / Стоматология. 1986. № 5. С. 77–79.
3. Дымкова В. Н. Клинико-рентгенологические параллели при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 1976. Т. 55. № 2. С. 97–98.
4. Егоров П. М., Карапетян И. С. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М., 1986.
5. Петросов Ю. А., Калпакянц М. П., Сеферян К. Г. Заболе-

вания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар, 1996. 325 с.

6. Сидоренко А. Н., Петросов Ю. А. Комплексное лечение дисфункций ВНЧС с привычными сагиттальными и трансверсальными сдвигами нижней челюсти // Маэстро. 2000. № 1. С. 83–85.

7. Хватова В. А. Диагностика и лечение функциональной окклюзии. Нижний Новгород, 1996. 276 с.

8. Bell W. E. Clinical management of temporomandibular disorders. Chicago; London, 1982. 231 p.

9. Denucci D. J., Dionne R. A., Dubner R. Identifying a neurobiologic basis for drug therapy in TMDs // J. Am. Dent Assoc. 1996. Vol. 127. № 5. P. 581–593.

10. Wisth P. Mandibular function and dysfunction in patient with mandibular prognathism // Am. J. Orthod., 1984. V. 85. P. 193–198.

A. N. SIDORENKO

CLINICAL MANIFESTATIONS OF DISFUNCTIONS OF TEMPORAL MANDIBULAR JOINT WITH CUSTOMARY SAGITTAL SHIFTS OF LOWER JAW

Etiology, pathogenesis and clinical manifestations of disfunctions of temporal mandibular joint with sagittal shifts of lower jaw are discussed in the article.

Keywords: disfunction temporal mandibular joint, shifts lower jaw.

Н. В. ЛАПИНА, Л. А. СКОРИКОВА, Ю. В. СКОРИКОВ

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ПОТЕРИ ЗУБОВ

Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний,

кафедра ортопедической стоматологии

Кубанского государственного медицинского университета

Ортопедическое лечение при дефектах и деформациях зубных рядов является одной из актуальных проблем стоматологии [1, 3, 6, 13].

Как показали исследования многих авторов [4, 11, 13], дефекты зубных рядов при несвоевременном ортопедическом лечении могут привести к деформациям, которые сопровождаются рядом морфологических и функциональных нарушений.

При дефектах и деформациях зубных рядов нарушается функция жевательных мышц, блокируются движения нижней челюсти, возникают дисфункции височно-нижнечелюстного сустава [2, 5, 8, 12].

Дефекты и деформации зубных рядов при определенных условиях приводят к функциональной перегрузке зубов и травматической окклюзии, которая усугубляет развившуюся патологию [7, 9, 10]. Ортопедическое лечение таких больных проводится комплексно и длительно, направлено на восстановление функционального равновесия зубочелюстной системы, устранение травматической окклюзии и артикуляции, замещение дефектов зубных рядов ортопедическими конструкциями.

Цель исследования – повысить эффективность ортопедического лечения больных с вторичными деформациями зубов и челюстей вследствие частичной потери зубов.

Материалы и методы

На лечении находилось 147 больных (52 мужчины и 95 женщин) с вторичными деформациями зубных рядов вследствие их частичной потери. Все пациенты разделены на 5 групп.

В первую группу вошли 62 человека (42,1±0,1%) с деформацией окклюзионной поверхности и дефектами зубов или зубных рядов.

Вторую группу составили 33 человека (22,4±0,1%) с деформациями зубных рядов вследствие вертикального зубоальвеолярного удлинения верхних или нижних зубов.

В третью группу вошли 22 человека (15,0±0,2%) с дефектами зубного ряда и смещением нижней челюсти, блокирующей ее движение.

Четвертую группу составили 19 человек (12,9±0,3%) с дефектами зубного ряда и снижением межокклюзионной высоты.