

УДК 616.724 - 089

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ АНАТОМО-
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

***П.А.Москаленко, И.В.Яценко, О.В.Рыбалов**

Высшее государственное учебное заведение Украины
«Украинская медицинская стоматологическая академия»,
*Сумская областная стоматологическая поликлиника

В настоящее время повсеместно отмечен рост числа обращений больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), сходство их клинических симптомов при различных вариантах заболеваний сустава, что нередко приводит к проведению неадекватного лечения, так как не учитываются особенности функциональных и морфологических нарушений в отдельных структурах ВНЧС.

В основе формирования анатомо-функциональных нарушений компонентов ВНЧС лежат нарушения биомеханических условий работы всего жевательного аппарата, к которым можно отнести структурно-пространственное несоответствие – дисконгруэнтность суставных поверхностей, изменение осевых соотношений ветви нижней челюсти и суставной ямки, дефекты или повреждения суставного бугорка, нарушения со стороны капсулы сустава; нарушения активно-пассивного баланса нагрузки – это неполноценная пассивная стабилизация суставной головки за счет изменения механических свойств капсулы и связочного аппарата без их повреждения (их функциональное перерастягивание, нарушение нормальных анатомических соотношений размеров и натяжения между передним и задним отделами капсулярно-связочно-мышечного аппарата), а так же недостаточность активной стабилизации за счет нарушения мышечного ответа (мышечные дисфункции). Все эти нарушения способствуют неадекватному (порочному) распределению механической нагрузки, локальной перегрузке элементов

одного из суставов, повреждению структурно-функциональных связей и формированию механизмов вывиха сустава.

Основываясь на опыте комплексного обследования и лечения 268 больных с заболеваниями ВНЧС, которые сопровождались болевым симптомом, а также данных литературы, мы пришли к убеждению, что у большинства из них имела место анатомическая нестабильность элементов сустава (суставной головки, внутрисуставного диска, связочного аппарата) с характерными функциональными изменениями:

- нарушением опорной функции суставных поверхностей;
- самопроизвольным нарушением функции движения одной или обеих суставных головок (неконтролируемые перемещения нижней челюсти – симптом ступеньки);
- возникновение несвойственных перемещений суставной головки за счёт дискоординации работы жевательных мышц и неадекватных перемещений контактных поверхностей сустава по отношению к внутрисуставному диску;
- появление внутрисуставных шумов (треск, хруст и др.).

Из 268 наблюдаемых больных у 129 (48,13%) подобного рода симптомы появились после посещения стоматологов различного профиля. При этом в достаточной мере чётко определялась основная причина возникновения болезни – чрезмерная нагрузка на ВНЧС (острая травма) во время лечебных манипуляций при широко открытом рте (у терапевтов, хирургов, ортопедов) либо хроническая микротравма при лечении ортодонтической патологии.

Анализ имевшихся при этом анатомо-функциональных нарушений на основании изучения мобильности суставных головок, рентгенометричной оценки ортрограмм, рентгенограмм за Шулером и Парма, компьютерной рентгенографии позволил выделить характерные виды нестабильности ВНЧС:

- гипермобильность одной или обеих суставных головок;
- импрессионная нестабильность;
- анатомическая (диспластическая), связанная с полным или неполным ВЫВИХОМ;

- окклюзионная (за счёт ортопедического или ортодонтического лечения).

Характеризуя гипермобильность суставных головок (наблюдалась у 15 больных – 15,12%), следует отметить их чрезмерное смещение вперед – на вершину суставного бугорка или на его передний скат. При этом не только пальпаторно, но и визуально они определяются под скуловой дугой. Такую ситуацию мы связываем с изменениями механических свойств капсулы сустава и его связочного аппарата без их повреждения (растяжение капсулы, нарушение размеров внутрисуставного диска, дисбаланс натяжения переднего и заднего отделов суставной капсулы).

При импрессионной нестабильности ВНЧС, которая обычно бывает односторонней и возникает при широком открывании рта во время лечения или удаления моляров на нижней или верхней челюсти (особенно «зубов мудрости»), обработке дистальных зубов для ортопедических конструкций и снятии оттисков, применении роторасширителей, проведении интубации (31 наблюдений – 24,03%), на фоне перегрузки одного из суставов возможны повреждения его отдельных компонентов, что сопровождается болевым симптомом, нарушением структурно-функциональных связей с симметричным суставом, возникновением инконгруентности и формированием стойкой нестабильности.

Импрессиональную нестабильность необходимо отличать от анатомической, когда имеет место обычно неполный стойкий вывих одного из ВНЧС. Длительный анамнез (от нескольких месяцев до нескольких лет), безуспешное лечение, недоверие к врачебным действиям – стандартная характеристика этого вида патологии, которую мы наблюдали у 56 больных (43,41%). Нарушение биомеханики работы ВНЧС при этом связана со структурно-пространственными нефизиологическими смещениями суставной головки по отношению к суставной ямке и внутрисуставному диску, смещением осевых соотношений ветви челюсти и суставной ямки, повреждениями суставного бугорка и суставной капсулы.

На основании даже общепринятой рентгенографии ВНЧС с учётом объективного обследования больного подтверждается наличие вывиха.

Особую группу составили больные с нестабильностью окклюзионных соотношений зубных рядов или отдельных зубов (27 человек – 20,93%) после ортопедического лечения несъёмными или съёмными протезами (8 больных – 6,2%) и на этапах ортодонтической коррекции прикуса, особенно брекет-системами (19 пациентов – 14,7%). Клинически при этом отмечались боли как в области ВНЧС, так и по ходу ветвей тройничного нерва. Боли при этом носили характер невралгических.

Таким образом, при проведении врачебных манипуляций стоматологом любой специальности и квалификации могут быть произвольно вызваны анатомо-функциональные нарушения со стороны ВНЧС, которые проявляются реактивными (временными) болевыми симптомами, дисфункциями или развитием стойкого патологического состояния в виде различных форм нестабильности движений нижней челюсти, что связано с нарушением компенсаторно-приспособительных возможностей всех компонентов ВНЧС.

Наши наблюдения и разработанная классификационная схема отдельных видов нестабильности ВНЧС обосновывают методологический подход к лечению больных с этой патологией, которое предусматривает выяснение основной причины заболевания, использование патогенетически обоснованных мероприятий для устранения этой причины и адекватную реабилитационную тактику, что в совокупности обеспечивает максимальный положительный результат.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кац А.Г., Скородумова И.В., Шевченко М.И., Казаков С.Ю., Саадян А.А., Сныткин В.А. Травматическая зубочелюстная окклюзия // Российский стоматологический журнал, 2005. - № 1. – с. 49 – 53.
2. Новіков В.М. Рентгенологічні методи в комплексному дослідженні хронічної патології СНЩС // Український стоматологічний альманах, 2005. - № 1. – с. 26 – 28.
3. Сысолятин П.Г., Ильин А.А., Дергилев А.П. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава // М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. – 128 с.
4. Коротких Н.Г., Аникеев Ю.М. Использование артроскопической ревизии у пациентов с внутренними нарушениями ВНЧ суставов // Стоматология на пороге третьего тысячелетия / Матер. междунар. форума. – М., 2001. – с. 370 – 371.
5. Хватова В.А. Функциональная окклюзия в норме и патологии // М., 1993. – 142 с.
6. Чергештов Ю.И., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстных суставов // Стоматология, 2000. - № 1. – с. 27 – 30.
7. Рибалов О.В., Яценко І.В., Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба // Галицький лікарський вісник, 2005. - № 3. – с. 82 – 83.
8. Рябоконт Е.Н. Внутрисуставной диск височно-нижнечелюстного сустава и его прикрепление // Стоматолог, 2007. - № 10. – с. 32 – 35.

РЕЗЮМЕ

Авторами выявлено, что из 268 наблюдаемых больных с болевым симптомом со стороны височно-нижнечелюстного сустава у 48,13% пациентов

его появление связано с посещениями стоматологов различного профиля. Основная причина возникновения болезни – чрезмерная нагрузка на ВНЧС во время лечебных манипуляций при широко открытом рте. На основании ряда дополнительных методов исследований выделены четыре вида нестабильности ВНЧС, отражающие анатомо-функциональные нарушения со стороны его компонентов.