

Король М.Д., Рыбалов О.В., Яценко О.И.

**ПРИЧИНЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С
ГЛУБОКИМ РЕЗЦОВЫМ ПЕРЕКРЫТИЕМ**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Наследие научных разработок профессора Л.П. Григорьевой в учении о патологии височно-нижнечелюстного сустава у больных с аномалиями прикуса на сегодняшний день получило дальнейшее развитие в вопросах патогенеза, диагностики и лечения. В настоящее время, по литературным данным, повсеместно отмечается рост числа обращений больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и больных с различными видами аномалий прикуса. Различные варианты заболеваний сустава, сходство их клинических симптомов нередко приводят к проведению неадекватного лечения, которое осуществляется без учёта особенностей функциональных и морфологических нарушений во всех структурах жевательного мускулярно-суставного аппарата. К этим нарушениям 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.

Описанию этиопатогенических составляющих в компонентах ВНЧС при нарушениях окклюзии, в частности у больных с глубоким резцовым перекрытием, в литературе уделено недостаточное внимание.

Целью нашего исследования явилось определение основных причин функциональной нестабильности височно-нижнечелюстного сустава у больных с глубоким резцовым перекрытием.

Объекты и методы исследования. Наблюдалось 32 больных в возрасте от 19 до 38 лет с нарушениями окклюзии в виде глубокого резцового перекрытия. Женщин было 26, мужчин – 6. При этом у 15 из них глубина перекрытия была в пределах $1/3$ коронки нижних резцов, у 11 – до $1/2$; у 6 – режущие поверхности центральных резцов верхней челюсти были на уровне десневого края резцов нижней челюсти. Патологической стираемости зубов и дефектов зубных рядов ни у одного пациента не было.

Наряду с изучением степени глубины резцового перекрытия проводилась прицельная рентгенография ВНЧС в боковой проекции с закрытым и открытым ртом, электромиография симметричных собственно жевательных мышц.

Результаты исследования. Основные жалобы наблюдаемых больных были на неадекватно широкое, обычно нерегулируемое открывание рта, на дискомфорт при открывании и закрывании рта, боль в одном (24 чел.) или обоих (8 чел.) ВНЧС, посторонние звуковые явления в виде шуршания, скрежета, хруста, клацанья в суставе. Из анамнеза выяснено, что 18 пациентов в различные периоды лечились различными конструкциями ортодонтических аппаратов.

На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте обращало на себя внимание в различной степени, в зависимости от глубины резцового перекрытия, сужение суставной щели в верхних и передних и расширение в задних отделах. При открытом рте у больных со средней и тяжелой степенью глубины резцового перекрытия суставная головка располагалась значительно вперед от вершины суставного бугорка. У части больных (13 чел.) отмечалось анатомическое несоответствие (асимметрия) величины суставного бугорка и глубины суставной ямки правого и левого сустава.

Анализ электромиограмм правой и левой собственно жевательных мышц исследованных больных при сжатии челюстей и при жевании показал различной степени уменьшение их биоэлектрической активности,

что объективно отражает симптоматику мышечной дисфункции, связанной с чрезмерным открыванием рта для захвата и откусывания пищи, что в последующем приводит к смещению суставного диска и суставной головки значительно вперед вплоть до выхода её за вершину суставного бугорка, к растяжению жевательных мышц и падению их функции.

Таким образом, нами объективно по результатам анализа клинических проявлений, прицельной рентгенографии ВНЧС и электромиографии собственно жевательных мышц сделано заключение, что в возникновении функциональной нестабильности ВНЧС у больных с глубоким резцовым перекрытием основными причинами являются нарушения структурно-функциональных связей с симметричным суставом за счет несоответствия размеров суставного бугорка и глубины суставной ямки, функциональный дисбаланс переднего и заднего отделов суставной капсулы, суб- и декомпенсированная дисфункция жевательных мышц.