

*О. С. Карасевич, А. Ю. Шелопухо*

**ИЗМЕНЕНИЯ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ПРИ  
РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЯХ СФОРМИРОВАННОГО ПРИКУСА**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. З. С. Ельцова-Таларико*

*Кафедра ортопедической стоматологии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*O. S. Krakasevich, A. Y. Shelopukho*

**CHANGES IN THE TEMPORARY-MANDIBULAR JOINT AT VARIOUS  
ANOMALIES OF THE FORMED BITE**

*Tutor: docent Z. S. Eltsova-Talarico*

*Department of Orthopedic Dentistry,*

*Belarusian State Medical University, Minsk*

**Резюме.** В настоящей статье выявлены и описаны изменения височно-нижнечелюстного сустава при различных аномалиях сформированного прикуса.

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной сустав, аномалии сформированного прикуса.

**Resume.** In this article changes in the temporary-mandibular joint at various anomalies of the formed bite have been identified and modified.

**Keywords:** temporary-mandibular joint, anomalies of the formed bite.

**Актуальность.** Распространенность аномалий и деформаций челюстно-лицевой области у взрослого населения составляет 33,7-61,9%, различные виды аномального прикуса встречаются у 76% обследованных [1, 3]. На протяжении нескольких лет среди стоматологов ведется дискуссия о наличии прямой закономерности между аномалиями прикуса и заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Некоторые авторы придерживаются мнения об отсутствии влияния патологии прикуса на функционирование височно-нижнечелюстного сустава [6, 7]. Другие авторы утверждают о наличии корреляции между патологией височно-нижнечелюстного сустава и аномалиями прикуса [2, 4, 5].

**Цель:** выявить изменения височно-нижнечелюстного сустава при различных аномалиях сформированного прикуса.

**Задачи:**

1. Изучить конусно-лучевые компьютерные томографии пациентов в возрасте от 20 до 45 лет, обратившихся для лечения.
2. Оценить параметры состояния височно-нижнечелюстного сустава.
3. Выявить влияние аномалии прикуса на состояние височно-нижнечелюстного сустава.

**Материалы и методы.** Проведено стоматологическое обследование 73 пациентов, обратившиеся в ортопедическое отделение Республиканской клинической стоматологической поликлиники в возрасте от 20 до 45 лет для лечения. Из них 36 пациентов с аномалиями II класса, 21 пациент с аномалиями II класса 2 подкласса, 2 пациента с аномалиями II класса 1 подкласса и 14 пациентов с аномалиями III по классификации Энгля.

Клинический диагноз поставлен по методике Ф.Я. Хорошилкиной. Отмечено, что у 4 обследованных мезиальный прикус сочетался с аномалией в вертикальном направлении – открытым прикусом. Морфологический диагноз подтвержден изучением конусно-лучевой компьютерной томографии.

Нами оценивались такие параметры, как положение суставной головки мыщелка в суставной ямке в положении привычной окклюзии, симметричность суставных головок, форма суставных головок, размеры рентгеновской суставной щели справа и слева в переднем, верхнем и заднем отделах, форма суставных ямок, форма суставных бугорков, наличие костно-деструктивных изменений, состояние субхондральных кортикальных пластинок

**Результаты и их обсуждение.** Принято считать, что в I классе по Энгля суставная головка мыщелка в суставной ямке занимает передне-верхнее положение в привычной окклюзии. Наблюдается симметричность суставных головок, обычная форма суставных головок и суставных ямок и бугорков без костно-деструктивных признаков и нарушения целостности субхондральной кортикальной пластинки.

По данным конусно-лучевой компьютерной томографии было отмечено, что у пациентов с аномалиями II класса превалирует центральное положение головки нижней челюсти – 38,9%, задне-верхнее положение встречается в 22,2% случаев, задне-нижнее положение – 18,1%, передне-верхнее – 12,5%, передне-нижнее – 8,3%. У пациентов с аномалиями II класса 1 подкласса распространенность центрального положения суставного отростка относительно суставной ямки – 100%. В то же время у пациентов с аномалиями II класса 2 подкласса суставные головки занимают центральное и задне-нижнее положение в равном процентом соотношении – 38,1%, передне-нижнее положение – 6%, передне-верхнее положение – 2%, задне-верхнее положение – 2%. У пациентов с аномалиями III класса одинаково часто встречается центральное и задне-нижнее положение – 28,6%, задне-верхнее положение – 25,0%, передне-верхнее – 10,7%, передне-нижнее – 7,1% (таблица 1).

Результаты исследования также свидетельствуют, что суставные головки в правом и левом суставах располагаются асимметрично в 86,1% случаев в I и II классах и в 85,7% случаев в III классе (таблица 1).

Было выявлено 6 различных форм суставных головок. Во II классе распространенность обычной формы 45,8% случаев, уплощенной -18,1%, асимметричной – 16,7%, деформированной – 11,1%, клювовидной – 5,6%, утолщенной – 2,7%. Во II классе 1 подклассе обычная форма встречается в 50,0% случаев, асимметричная – 50,0%. Во II классе 2 подклассе обычная форма выявлена в 52,4% случаев, уплощенная – 33,3%, деформированная – 4,8%, клювовидная – 9,5%. В III классе распространенность обычной формы суставных головок составила 46,4% случаев, уплощенной – 17,9%, асимметричной – 14,3%, деформированной – 21,4% (таблица 1).

Также были выявлены 4 различные формы суставных ямок. Во II классе распространенность обычной формы 59,7% случаев, уплотненная – 36,1%, уплощенная – 4,2%. Во II классе 1 подклассе обычная форма встречается в 100,0% случаев. Во II классе 2 подклассе обычная форма выявлена в 64,3% случаев, уплотненная – 14,3%, плоская – 11,9%, глубокая – 9,5%. В III классе

распространенность обычной формы суставных ямок 57,2 % случаев, уплотненной – 35,7%, уплощенной – 7,1% (таблица 1).

Было выявлены 4 различные формы суставных бугорков. Во II классе распространенность обычной формы 55,6% случаев, уплотненной – 36,1%, высокой – 2,8%, низкой – 5,5%. Во II классе 1 подклассе обычная форма встречается в 100,0% случаев. Во II классе 2 подклассе обычная форма выявлена в 66,7% случаев, уплотненная – 14,3%, высокая – 9,5%, низкая – 9,5%. Костно-деструктивные изменения не выявлены ни в одном из классов. В III классе распространенность обычной формы суставных бугорков 50,0 % случаев, уплотненной – 35,7%, низкой – 14,3% (таблица 1).

Во II классе наблюдается уплотнение субхондральных кортикальных пластинок в 47,2% случаев, истончение – в 13,9% случаев. Во II классе 2 подклассе выявлено уплотнение субхондральных кортикальных пластинок в 33,3% случаев, истончение- в 4,8% случаев. В III классе наблюдается уплотнение субхондральных кортикальных пластинок в 50,0% случаев (таблица 1).

Костно-деструктивные изменения не выявлены ни в одном из классов (таблица 1).

**Табл. 1.** Рентгенологическая характеристика височно-нижнечелюстного сустава пациентов с аномалиями II класса, II класса 1 и 2 подклассов, III класса по данным конусно-лучевой компьютерной томографии

Признак	Вероятность признака	II класс, n=72	II класс 1 подкласс, n=4	II класс 2 подкласс, n=42	III класс, n=28
Положение суставной головки мыщелка в суставной ямке в положении привычной окклюзии	Центральное	28(38,9%)	4(100,0%)	16(38,1%)	8(28,6%)
	Передне-верхнее	9(12,5%)	-	2(4,8%)	3(10,7%)
	Передне-нижнее	6(8,3%)	-	6(14,2%)	2(7,1%)
	Задне-верхнее	16(22,2%)	-	2(4,8%)	7(25%)
	Задне-нижнее	13(18,1%)	-	16(38,1%)	8(28,6%)
Симметричность суставных головок	Симметричны	5(13,9%)	1(50,0%)	3(14,3%)	2(14,3%)
	Несимметричны	31(86,1%)	1(50,0%)	18(85,7%)	12(85,7%)
Форма суставных головок	Обычная	33(45,8%)	2(50,0%)	22(52,4%)	13(46,4%)
	Деформированная	8(11,1%)	-	2(4,8%)	6(21,4%)
	Уплощенная	13(18%)	-	14(33,3%)	5(17,9%)
	Утолщенная	2(2,7%)	-	-	-
	Клювовидная	4(5,6%)	-	4(9,5%)	-
	Асимметричная	12(16,7%)	2(50,0%)	-	4(14,3%)
Форма суставных ямок	Обычная	43(59,7%)	4(100,0%)	27(64,3%)	16(57,2%)
	Уплотненная	26(36,1%)	-	6(14,3%)	10(35,7%)
	Уплощенная	3(4,2%)	-	5(11,9%)	2(7,1%)
	Глубокая	-	-	4(9,5%)	-
Форма суставных бугорков	Обычные	40(55,6%)	4(100,0%)	28(66,7%)	14(50,0%)
	Уплощенные	26(36,1%)	-	6(14,3%)	10(35,7%)
	Высокие	2(2,8%)	-	4(9,5%)	-
	Низкие	4(5,5%)	-	4(9,5%)	4(14,3±%)

Костно-деструктивные изменения	Есть/нет	нет	нет	нет	Нет
Субхондральные кортикальные пластинки	обычные	28(38,9%)	4(100,0%)	26(61,9%)	14(50,0%)
	Уплотнены	34(47,2%)	-	14(33,3%)	14(50,0%)
	Истончены	10(13,9%)	-	2(4,8%)	-

### Выводы:

1 У пациентов с аномалиями II класса и II класса 1 подкласса превалирует центральное положение головки нижней челюсти, у пациентов с аномалиями II класса 2 подкласса и III класса суставные головки занимают центральное и задне-нижнее положение в равном процентом соотношении.

2 Суставные головки в правом и левом суставах во всех классах располагаются асимметрично в 50,0-86,1% случаев.

3 Ремоделирование суставных головок нижней челюсти наблюдается во всех классах с частотой 47,6-54,2%.

4 Изменение формы суставных ямок во II классе, II классе 2 подклассе и III классе выявляется в 35,7-42,8% случаев.

5 Наблюдается изменение формы суставных бугорков II классе, II классе 2 подклассе и III классе с частотой 33,3-50,0%.

6 Костно-деструктивные изменения не выявлены ни в одном из классов.

7 Уплотнение субхондральной кортикальной пластинки наблюдается в 33,3-50,0% случаев.

### Литература

1. Ельцова-Таларико З. С. Показатели дентального эстетического индекса (DAI) у населения г. Минска / З. С. Ельцова-Таларико, М. О. Живень, Рубанов Р. А. // *Стоматологический журнал*. – 2014. – № 1. – С. 131-134.

2. Ленько Т. Н. Возможности магнитно-резонансной томографии при определении патологии височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с дистальной окклюзией / Т. Н. Ленько, А. Г. Надточий, О. И. Арсенина // *Ортодонтия*. – 2007. – № 3. – С. 70-71.

3. Нестеренко О. М. Оценка перестройки костной ткани челюстей у взрослых пациентов в ретенционном периоде ортодонтического лечения: автореф. дис. на получение науч. степени канд. мед. наук: спец 14.01.22 «Стоматология» / О. М. Нестеренко. – Полтава, 2008. – 18 с.

4. Сёмкин В. А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение) / В. А. Сёмкин, Н. А. Рабухина // *ЗАО Редакция журнала «Новое в стоматологии»*. – 2000. – С. 56.

5. Хорошилкина Ф. Я. *Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение* / Ф. Я. Хорошилкина. – Москва : МИА, 2006. – 544 с.

6. Kaselo E. Malocclusion and the need for orthodontic treatment in patients with temporomandibular dysfunction / Kaselo E., Jagomägi T, Voog U. // *Stomatologija*. – 2007. – Vol. 9 № 3. – P. 79-85.

7. [Macfarlane TV](#). Twenty-year cohort study of health gain from orthodontic treatment: temporomandibular disorders / [Macfarlane TV](#), [Kenealy P](#), [Kingdon HA](#). // [Am J Orthod Dentofacial Orthop](#). – 2007. – Vol. 135 № 6. – P. 692.