

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Шотт И.Е., Бармуцкая А.З., Шотт Е.В., Долин В.И.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Беларусь*

Введение. Среди всевозможных версий этиологии и патогенеза заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) имеют значение: психосоматические расстройства, которые приводят к парафункции жевательных мышц, вследствие чего окклюзия становится травматической, так как при ней возникает функциональная перегрузка периодонта. Отёк периодонта и компенсаторно возникающие перемещения или наклоны отдельных зубов приводят к неодновременным межзубным контактам в центральной окклюзии, и, в результате, к деформации окклюзионной поверхности зубных рядов. Указанные изменения влекут функциональную перегрузку жевательных мышц, а вслед за ними – височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования - изучить взаимосвязь нарушений окклюзионных взаимоотношений и состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Объекты и методы. Обследовано 30 пациентов с разрушениями коронковой части зубов, частичной вторичной адентией зубов на верхней и нижней челюстях, которые являлись для протезирования полости рта. Пациенты были обследованы по следующему плану: опрос, включающий определение наличие симптома бруксизма и других

функциональных состояний: болей в жевательных мышцах, дневного сжатие зубов, сжатия зубов во время сна, ночного скрежетания. Обращали внимание на наличие боли в области ВНЧС, акустических шумов в виде «щелчка», «хруста», степень открывания рта, определяли характер смещения нижней челюсти при открывании рта. Обследование включало функциональный анализ зубочелюстной системы. При этом оценивали прикус, состояние зубов на верхней и нижней челюстях в центральной, передней, боковых и задних окклюзиях. Для регистрации результатов исследований окклюзионных нарушений использовали обзорные окклюдодиаграммы на копировальной бумаге. Проводили анализ диагностических моделей.

Всем пациентам выполняли рентгенологические исследования челюстей, зубов, ВНЧС при смыкании зубов в центральной окклюзии и при максимальном открывании полости рта с использованием ортопантомографии, зонографии, у 10 пациентов было проведена конусно-лучевая компьютерная томография ВНЧС.

Результаты. Было установлено следующее: 7(23%) пациентов жаловались на боли в области ВНЧС, 9(30%) – на «утомляемость» мышц при жевании, при активной разговорной речи. При пальпации ВНЧС, при открывании полости рта у большинства пациентов суставные головки находились впереди суставного бугорка. Аускультация суставов выявляла акустический шум в виде «щелчка», «хруста» в одном или двух суставах. У всех пациентов при открывании рта наблюдалось латеральное отклонение нижней челюсти в поражённую сторону с последующим «S-образным» движением. 16(50%) пациентов отмечали ночное «сжатие» зубов и ночное «скрежетание».

У всех исследуемых пациентов отмечалось наличие дефектов зубных рядов от I до IV класса по Кеннеди, которые, в свою очередь, были осложнены множественными разрушениями окклюзионных поверхностей, патологической стираемостью зубов, деформациями зубных дуг, заболеваниями периодонта. В 90% наблюдений имело место снижение межокклюзионной высоты.

Изучение результатов лучевых методов диагностики при закрытом рте позволило установить, что заднее и центральное положение суставной головки превалировали у пациентов данной категории. Значительно реже наблюдалось переднее положение, которое было выявлено у 4 пациентов (13%). Следует отметить, что у 7(23%) пациентов отмечалось асимметричное расположение суставных головок нижней челюсти в суставных ямках справа и слева. Вероятно, это свидетельствовало о вынужденном положении нижней челюсти, её

боковым сдвиге из-за дискоординации мышечной активности или деформации окклюзионной поверхности зубных рядов.

При открывании рта у 80% пациентов суставная головка нижней челюсти находилась за вершиной суставного бугорка. У 44% пациентов наблюдались неодинаковые по форме головки нижней челюсти справа и слева. При этом у пациентов определяли деформации суставных головок, сужение суставных щелей различной степени выраженности и склероз компактной пластинки, уплощение суставных поверхностей.

Заключение. Таким образом, у всех обследованных пациентов, которые обращались по поводу протезирования полости рта, установлены изменения со стороны окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей с парафункциями и изменениями в ВНЧС. Это требует комплексного подхода к лечению травматической окклюзии и заболевания ВНЧС.

Литература.

1. Денисова, Ю.Л. Окклюзионная травма: Трудности в диагностике / Ю.Л. Денисова, А.С. Солоневич // Стоматология. - 2012. - № 1. - С. 41-49.
2. Трезубов, В.Н. Особенности диагностики и терапии дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.Н. Трезубов, И.И. Мицкевич // Новое в стоматологии. - 1996. - № 6. - С. 44-45.
3. Хватова, В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В.А. Хватова. - Н. Новгород: НГМА, 1996. - 275 с.