

# КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Рыбалов О.В., Хлановская О.С.

*ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава,  
Украина*

По сведениям отечественных и зарубежных учёных, занимающихся проблемами ВНЧС, его заболевания встречаются от 5% до 50% взрослого населения.

Статистические данные клиник ортопедической и хирургической стоматологий констатируют значительное увеличение в последние годы числа обращений больных с симптомами дисфункции ВНЧС. Строение ВНЧС обязывает рассматривать его как кинематически активную, многофункциональную, адаптирующуюся биологическую микро-макросистему, объединённую мышечно-связочным и окклюзионным компонентом жевательного аппарата. Особенно значимым в развитии симптомов дисфункции ВНЧС является нарушение пространственного расположения его внутренних структур по отношению друг к другу во всех трёх плоскостях, асимметрия функциональной активности всех групп жевательных мышц, нарушение смыкания зубных рядов в результате их терапевтического, ортопедического (ортодонтического) лечения или травмы.

Видимая схожесть симптомов дисфункции ВНЧС при достаточно большом перечне его самостоятельных заболеваний порождает проблему описания дифференциально-диагностических критериев каждого из них, что имеет непосредственное отношение к адекватному этиопатогенетическому лечению.

**Целью исследования** явилась оценка клинико-рентгенологических характеристик ряда заболеваний ВНЧС, сопровождающихся его функциональными нарушениями.

**Объектами исследования** явились 24 пациента, обратившихся в ПОКСП с симптомами дисфункции ВНЧС. У 12 из них диагностирована гипермобильность суставной головки нижней челюсти с признаками вправляемого вывиха; у 5 – травма ВНЧС; у 5 – воспалительная контрактура жевательных мышц; у 2 – полный застарелый вывих суставной головки с явлениями мышечного и скуло-мышцелкового блока.

**Методы исследования** – клинические, рентгенологические (укладки по Парма, Шюллеру, ортопантомография, прицельная рентгенография ВНЧС с закрытым и открытым ртом, КТ), МРТ ВНЧС.

**Результаты исследования.** Ведущими симптомами гипермобильности суставной головки нижней челюсти явились: неадекватно широкое открывание рта с заметным даже внешне выхождением суставной головки вперёд (обычно одной) за пределы вершины суставного бугорка; шумовые явления в поражённом суставе виде шелеста, хруста, кляцанья. На прицельных рентгенограммах и КТ-исследованиях ВНЧС характерным было асимметричное расположение одной из суставных головок по отношению к суставному бугорку, явления неполного вывиха.

У больных с травматическими повреждениями ВНЧС (у двух с явлениями гемартроза, у трёх – недиагностированного перелома основания шейки суставной головки), ведущими жалобами были интенсивные боли в области одного из суставов при открывании рта и в покое, ограничение открывания рта. На прицельных рентгенограммах ВНЧС у больных с гемартрозом наблюдается увеличение суставной щели поражённого сустава как при открытом, так и при закрытом рте. У больных с переломами шейки суставного отростка имелись характерные локальные нарушения целостности костной ткани.

У больных с мышечными контрактурами основные жалобы относились к невозможности оптимального открывания рта различной степени, что обычно сопровождалось нарушениями мимики. В анамнезе у этих больных имела место

инъекционная туберальная анестезия по поводу удаления периодонтитных моляров верхней челюсти. На прицельных рентгенограммах при открытом и закрытом рте суставные головки не меняли своего положения. Электромиография выявляет выраженное падение биоэлектрической активности собственно жевательных мышц как на стороне контрактуры, так и на симметричной.

У больных с полным двусторонним передним застарелым вывихом суставной головки основными жалобами были не возможность закрыть рот, затруднения при приёме пищи и разговоре, слюнотечение. Внешне отмечались двусторонние выпячивания в переднем отделе основания скуловых дуг. На рентгенограммах по Парма и Шюллеру, на прицельных рентгенограммах ВНЧС характерным было чрезмерное выхождение обеих суставных головок далеко вперёд за пределы суставного бугорка.

Таким образом функциональные нарушения со стороны ВНЧС (дисфункции) следует рассматривать как сложный многокомпонентный комплекс патологических изменений в его структурах. Каждой форме дисфункции (гипермобильность суставной головки нижней челюсти, травматическая дисфункция, воспалительные контрактуры, вывих нижней челюсти) свойственны свои как клинические, так и рентгено-анатомические изменения. Полученные данные позволяют дифференцированно подойти к проведению комплексных лечебных мероприятий.