

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ

Коннов В.В.¹, Климов А.В.¹, Анисимова Я.Ю.¹, Кленкова М.И.¹

¹ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, Россия, e-mail: konnovvaleriy@rambler.ru

Проведен анализ челюстно-лицевой области 88 пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, с применением клинических и специальных методов исследований. Группу сравнения составили 28 пациентов с дефектами зубных рядов без смещения нижней челюсти. В исследовании применялись следующие методы: клиническое обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, определение степени мышечно-суставной дисфункции, анализ окклюзии в артикуляторе, зонография височно-нижнечелюстного сустава, графическая внутриротавая регистрация движений нижней челюсти. Результаты проведенных исследований позволили выявить три варианта топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава: 1-й вариант – двустороннее симметричное смещение головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа и слева, 2-й вариант – двустороннее асимметричное смещение головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа и слева, 3-й вариант – одностороннее асимметричное смещение головки нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа или слева. Учет варианта топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава позволит повысить эффективность ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, дефекты зубных рядов, дистальная окклюзия

RESULTS FUNCTIONAL ANALYSIS OF THE MAXILLOFACIAL REGION IN PATIENTS WITH DEFECTS OF DENTITION, COMPLICATED BY DISTAL OCCLUSION

Konnov V.V.¹, Klimov V.A.¹, Anisimova Y.Y.¹, Klinkova M. I.¹

Saratov state medical University n. a. V. I. Razumovsky, Saratov, Russia, e-mail: konnovvaleriy@rambler.ru

The analysis of the maxillofacial region 88 patients with dentition defects, complications of distal occlusion, using clinical and special methods of research. The comparison group consisted of 28 patients with dentition defects without displacement of the lower jaw. The study employed the following methods: clinical examination of the temporomandibular joint and masticatory muscles, determining the degree of muscular-articular dysfunction, analysis of occlusion in the articulator, zonography TMJ, graphic intraoral registration of jaw movements. The results of the conducted research allowed to identify three variants of the topographical relationships of the elements of the temporomandibular joint: 1st option – bilateral symmetrical displacement of the head of mandible posteriorly in the sagittal plane on the right and left, 2 – sided asymmetric displacement of the head of mandible posteriorly in the sagittal plane on the right and left, the 3rd option – sided asymmetric shift of the head of the mandible posteriorly in the sagittal plane to the right or left. Accounting option topographical relationship of elements of the temporomandibular joint will improve the efficiency of orthopedic treatment of patients with dentition defects complicated with distal occlusion.

Keywords: temporomandibular joint, dental defect, distal occlusion

Дефекты зубных рядов являются одной из наиболее распространенных патологий, встречающихся в клинике ортопедической стоматологии. При отсутствии своевременного лечения дефекты зубных рядов осложняются дистальным сдвигом нижней челюсти, нарушением функции жевательных мышц, изменением топографии височно-нижнечелюстного сустава [1, 7].

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава в значительной мере влияют на развитие его патологии и должны учитываться при планировании комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальным сдвигом нижней челюсти [4, 5, 6, 8, 9, 10].

Лечение пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальным сдвигом нижней челюсти, требует комплексного подхода. Методам комплексного лечения данной патологии в настоящее время уделяется большое внимание [2, 3]. Однако в литературе отсутствуют четкие данные о вариантах строения височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, в зависимости от симметричности положения головок нижней челюсти в нижнечелюстных ямках справа и слева. Требуется уточнение сведений о функциональном состоянии челюстно-лицевой области пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальным сдвигом нижней челюсти.

Цель исследования – определить особенности функционального состояния челюстно-лицевой области пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, в зависимости от варианта топографических взаимоотношений височно-нижнечелюстного сустава.

Материал и методы

Было проведено обследование 116 взрослых людей, из которых 88 пациентов проходили ортопедическое лечение по поводу дефектов зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией. В группу сравнения вошли 28 пациентов с дефектами зубных рядов без смещения нижней челюсти.

В исследовании применялись следующие методы: клиническое обследование височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, определение степени мышечно-суставной дисфункции, анализ окклюзии в артикуляторе, зонография височно-нижнечелюстного сустава, графическая внутриротовая регистрация движений нижней челюсти.

Результаты исследования

Анализ зонограмм, полученных при рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава у взрослых пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, позволил выделить три варианта топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава при данной патологии

Первый вариант топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава определялся в 34,1% наблюдений и характеризовался симметричным двусторонним сдвигом головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости. При данном варианте топографических взаимоотношений элементов височно-

нижнечелюстного сустава выявлялись две степени смещения головок нижней челюсти кзади. При 1-й степени смещение головки нижней челюсти кзади составляло до 2 мм, при 2-й степени — от 2 до 4 мм. 1-я степень смещения головок нижней челюсти кзади была выявлена в 60% наблюдений, а 2-я – в 40% наблюдений.

Второй вариант топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава определялся в 31,8% наблюдений и характеризовался двусторонним асимметричным смещением головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости. При данном варианте топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава во всех наблюдениях с одной стороны определялась 1-я степень смещения головок нижней челюсти кзади (до 2 мм), а с другой стороны – 2-я степень (2–4 мм).

Третий вариант топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава определялся в 34,1% наблюдений и характеризовался односторонним асимметричным смещением головки нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости. Данный вариант топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава сопровождался 1-й (до 2 мм) или 2-й (2–4 мм) степенью смещения головки нижней челюсти кзади с одной стороны. 1-я степень смещения головок нижней челюсти кзади была выявлена в 56,7% наблюдений, а 2-я степень – в 43,3% наблюдений.

У пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, были выявлены наиболее типичные симптомы мышечно-суставной дисфункции: ограничение движений нижней челюсти; девиация и дефлексия при открывании рта; суставной шум при движениях нижней челюсти, выявляемый при аускультации, асимметрия лица, болевые ощущения в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах.

При этом у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, наиболее часто определялась легкая и средняя степень мышечно-суставной дисфункции, реже тяжелая степень. Мышечно-суставная дисфункция выявлялась у всех пациентов с данной патологией.

Окклюзионные взаимоотношения зубов анализировали при клиническом осмотре и на гипсовых моделях челюстей в артикуляторе. Дефекты зубных рядов, осложненные дистальной окклюзией, во всех наблюдениях сопровождались преждевременными окклюзионными контактами зубов. При этом окклюзионные нарушения характеризовались отсутствием контакта щёчных бугорков жевательных зубов и контакта клыков на латеротрузионной стороне. Отсутствие контактов клыков и щёчных бугорков жевательных зубов на латеротрузионной стороне сопровождалось выявлением преждевременных окклюзионных контактов зубов на медиотрузионной стороне.

Изменения окклюзионных взаимоотношений зубов и зубных рядов у пациентов второй группы определялись и при подсчете индекса окклюдозаграммы. Индекс окклюдозаграммы при первом варианте топографических взаимоотношений височно-нижнечелюстного сустава составил $45,90 \pm 1,94$ усл. ед., при втором – $41,21 \pm 1,99$ усл. ед., при третьем – $38,27 \pm 1,85$ усл. ед.

Внутриротовая запись движений нижней челюсти способствовала диагностике функциональных изменений височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, а также нарушений функциональной окклюзии. На функциограммах «готический угол» характеризовался асимметрией и ограничением амплитуды сторон. Точка расположения вершины «готического угла» не совпадала со срединно-сагиттальной линией металлической пластинки. При тяжелой степени мышечно-суставной дисфункции «готический угол» имел нечеткие очертания. Величина «готического угла» при первом варианте топографических взаимоотношений височно-нижнечелюстного сустава составила $86,92 \pm 2,93^0$, при втором – $80,61 \pm 3,26^0$, при третьем – $74,32 \pm 2,10^0$.

«Готическая дуга» характеризовалась нарушениями плавности и уменьшением длины сторон. Стороны «готической дуги» прерывались на различном расстоянии от срединно-сагиттальной линии. Окклюзионное поле имело асимметричное расположение. Точка привычной окклюзии не соответствовала срединно-сагиттальной линии.

Заключение

У пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, на зонограммах определяется три варианта топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава: 1-й вариант – двустороннее симметричное смещение головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа и слева; 2-й вариант – двустороннее асимметричное смещение головок нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа и слева; 3-й вариант – одностороннее асимметричное смещение головки нижней челюсти кзади в сагиттальной плоскости справа или слева.

При первом варианте топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава индекс окклюдозаграммы составил $45,90 \pm 1,94$ усл. ед., а величина «готического угла» была равна $86,92 \pm 2,93^0$. При втором варианте индекс окклюдозаграммы составил $41,21 \pm 1,99$ усл. ед., а величина «готического угла» была равна $80,61 \pm 3,26^0$. При третьем варианте индекс окклюдозаграммы составил $38,27 \pm 1,85$ усл. ед., а величина «готического угла» была равна $74,32 \pm 2,10^0$.

Таким образом, для каждого варианта топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных дистальной окклюзией, были характерны определенные изменения со стороны окклюзии и

жевательных мышц.

Список литературы

1. Афанасов М.В., Бизяев А.А., Коннов В.В. Оценка функционального статуса пациентов с включенными дефектами верхнего зубного ряда // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. № 3. – С. 364–366.
2. Дмитриенко С.В., Шемонаев В.И., Ильин Д.В. Комплексная реабилитация взрослых пациентов с дистальной окклюзией в сочетании с дефектами зубных рядов // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. – Волгоград, 2009. – С. 319–322.
3. Коннов В.В. Ортодонтическое и ортопедическое лечение взрослых пациентов с различными вариантами височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2008. – 34 с.
4. Коннов В.В., Николенко В.Н., Гооге Л.А. и др. Морфометрические характеристики височно-нижнечелюстного сустава у людей зрелого возраста с ортогнатическим прикусом // Морфологические ведомости. – 2005. – № 3-4. – С. 181–182.
5. Коннов В.В., Николенко В.Н., Гооге Л.А. и др. Морфометрические характеристики височно-нижнечелюстного сустава у людей зрелого возраста с дистальной окклюзией // Морфологические ведомости. – 2007. – Т. 1, № 1-2. – С. 252–253.
6. Лепилин А.В., Коннов В.В. Сравнительная характеристика строения височно-нижнечелюстного сустава у людей зрелого возраста с ортогнатическим прикусом и дистальной окклюзией // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 3. – С. 29–31.
7. Лепилин А.В., Коннов В.В., Багарян Е.А., Батусов Н.А. Методы обследования пациентов с патологией височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 4. – С. 914–918.
8. Музурова Л.В., Резугин А.М., Коннов В.В. Возрастная и индивидуальная изменчивость верхней и нижней челюсти у лиц с ортогнатическим прикусом // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 3. № 3. – С. 34–36.
9. Музурова Л.В., Коннов В.В., Сальников В.Н. Возрастная изменчивость лицевого черепа у лиц с различными видами прикусов // Морфология. – 2010. – № 4. – С. 134.
10. Шелудько С.Н., Музурова Л.В., Коннов В.В., Михеева М.В. Изменчивость кефалометрических параметров мужчин с ортогнатическим и прямым прикусами // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2014. – Т. 10, № 1. – С. 52–55.

Рецензенты:

Еремин О.В., д.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики стоматологических заболеваний
ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов;

Булкина Н.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО
«Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского», Минздрава России, г. Саратов.