

УДК 616.724 – 008.6

Новиков В.М., Рыбалов О.В., Яценко О.И., Яценко П.И.

АСИММЕТРИЯ РАЗМЕРОВ И ФОРМ СУСТАВНЫХ ГОЛОВЕК - ОДНА ИЗ ПРИЧИН КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Согласно литературным данным к этиологическим факторам дисфункций височно-нижнечелюстного сустава относят окклюзионные нарушения в виде концевых дефектов зубных рядов, повышенную стираемость зубов, неадекватную реставрацию зубов, ошибки в протезировании дефектов зубных рядов, аномалии прикуса, неврогенный фактор, асимметрию правой и левой половин нижней челюсти. Однако в литературе не отражены сведения о соответствии размеров и форм симметричных суставных головок у больных с явлениями компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Цель исследования - сравнительное изучение рентгенологических характеристик размеров и форм симметричных суставных головок нижней челюсти у больных с клиническими проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Объекты и методы исследования. Проведена визуальная оценка 108 прицельных зонограмм височно-нижнечелюстного сустава с открытым и закрытым ртом и 49 ортопантомограмм у больных с проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с сравнительным описанием формы и размеров головок нижней челюсти правой и левой стороны. Результаты исследования. Выяснено, что у больных с проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава имеет место асимметричное расположение суставных головок в суставной ямке как при закрытом, так и при открытом рте. При этом почти у каждого третьего пациента (29,6%) выявлена различной степени асимметрия размеров и форм суставных головок нижней челюсти, которая проявлялась в виде выраженной гиперплазии одной из головок, необычной остроконечной или плоской формой. Сделано заключение, что в патогенезе компрессионно-дислокационной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава ведущим звеном является асимметрия форм и размеров суставных головок нижней челюсти.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, дисфункция, асимметрия суставных головок.

Проведенное исследование является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры ортопедической стоматологии и имплантологии ВГУЗУ «УМСА» по комплексной теме: "Новые технологии, современные и усовершенствованные зуботехнические материалы в реабилитации больных с патологией зубочелюстной системы" (государственный регистрационный № 0111U006304), Самофинансирование.

В этиологии дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) основное место отводят окклюзионным нарушениям в виде концевых дефектов зубных рядов, нарушениям межальвеолярных расстояний в связи с повышенной стираемостью жевательных поверхностей зубов, неадекватной реставрацией зубов, ошибками в протезировании дефектов зубных рядов и изготвлении съёмных протезов [3,5,16]. Кроме того, имеется ряд публикаций, характеризующих один из видов дисфункции ВНЧС, связанного с аномалиями прикуса, в частности, при наличии глубокого дистального, прогенического и др.

Считается, что аномалии прикуса, зубочелюстные аномалии и деформации сопровождаются структурными и функциональными изменениями височно-нижнечелюстного сустава, что обусловлено его тесными взаимосвязями с нервно-мышечным аппаратом черепно-челюстно-лицевой области и характером смыкания зубных рядов [10,11,14]. В перечне причин развития дисфункции ВНЧС отмечается роль неврогенного фактора, особенно у лиц с лабильной нервной системой, у которых нередко возникают парафункции жевательных мышц [1,2,15]. В большом числе научных исследований отражен мышечный характер дисфункции ВНЧС, связан-

ный с явлениями миалгии, что определяет этот вид дисфункции как мышечно-суставной [7,8]. В ряде работ обращено внимание исследователей на наличие асимметрии правой и левой половин нижней челюсти [12,13]. В обобщённом виде дисфункциональные состояния, как все заболевания ВНЧС, связывают с внутри- и внесуставными патологическими процессами [6,17]. При достаточно хорошо разработанных вопросах об анатомических формах суставных головок [4,9] в литературе не отражены сведения о соответствии размеров и форм симметричных суставных головок у больных с явлениями компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС.

Цель исследования

Сравнительное изучение рентгенологических характеристик размеров и форм симметричных суставных головок нижней челюсти у больных с клиническими проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС.

Объекты и методы исследования

Исследованию подверглась визуальная оценка 108 прицельных зонограмм ВНЧС с открытым и закрытым ртом и 49 ортопантомограмм этих больных с проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС. Особое внимание относилось к описанию фор-

мы и размеров головок нижней челюсти правой и левой стороны.

Результаты исследования

По результатам визуального анализа 108 зоннограмм и 49 ортопантомограмм больных с проявлениями компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС оказалось, что у этой категории пациентов имело место асимметричное расположение суставных головок в суставной ямке. При закрытом рте одна из суставных головок была смещена кзади, что подтверждалось

несоответствием ширины суставной щели: в передних отделах она была расширена, в задних – сужена (компрессия биламинарной зоны). При открытом рте смещённая кзади суставная головка обычно находилась либо на переднем скате суставного бугорка, либо на его вершине. Симметричная суставная головка при этом располагалась, как правило, кпереди за вершиной суставного бугорка – рентгенологический симптом дислокации (рис. 1).

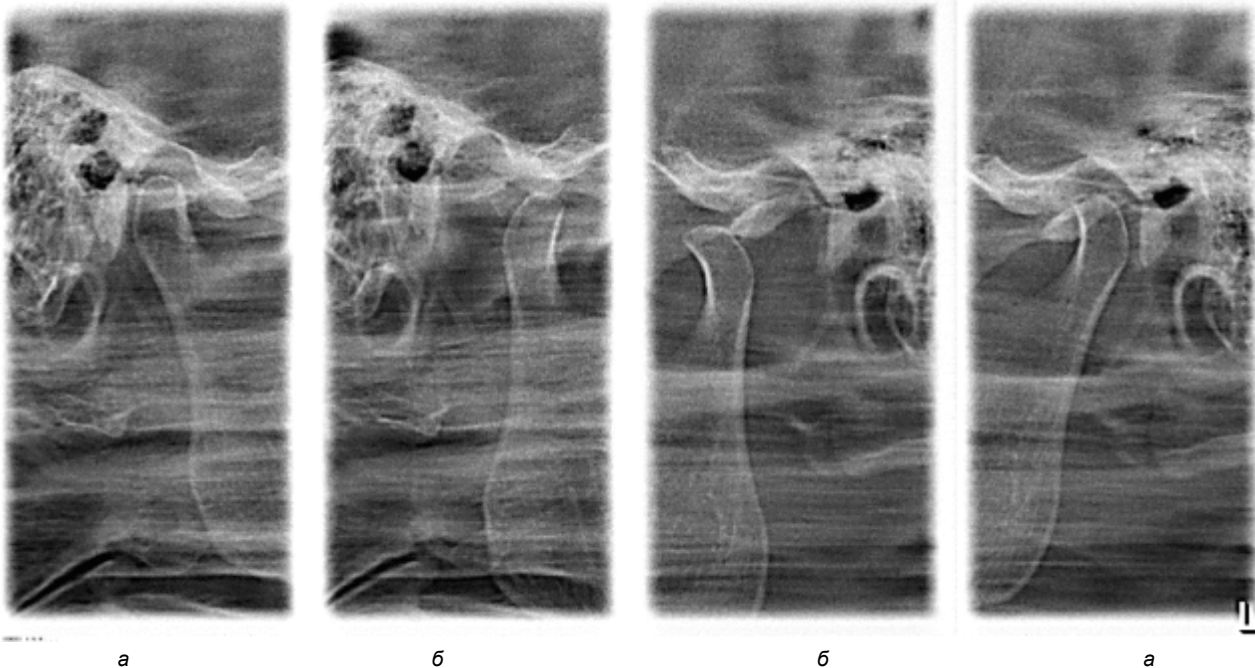


Рис. 1 Прицельные рентгенограммы обеих ВНЧС больной Д., 28 лет. При закрытом рте (а) суставная щель правого сустава сзади резко сужена (состояние компрессии), левого сустава – расширена. При открытом рте левая суставная головка смещена значительно кпереди от вершины суставного бугорка.

Диагноз: компрессионно-дислокационная дисфункция ВНЧС.

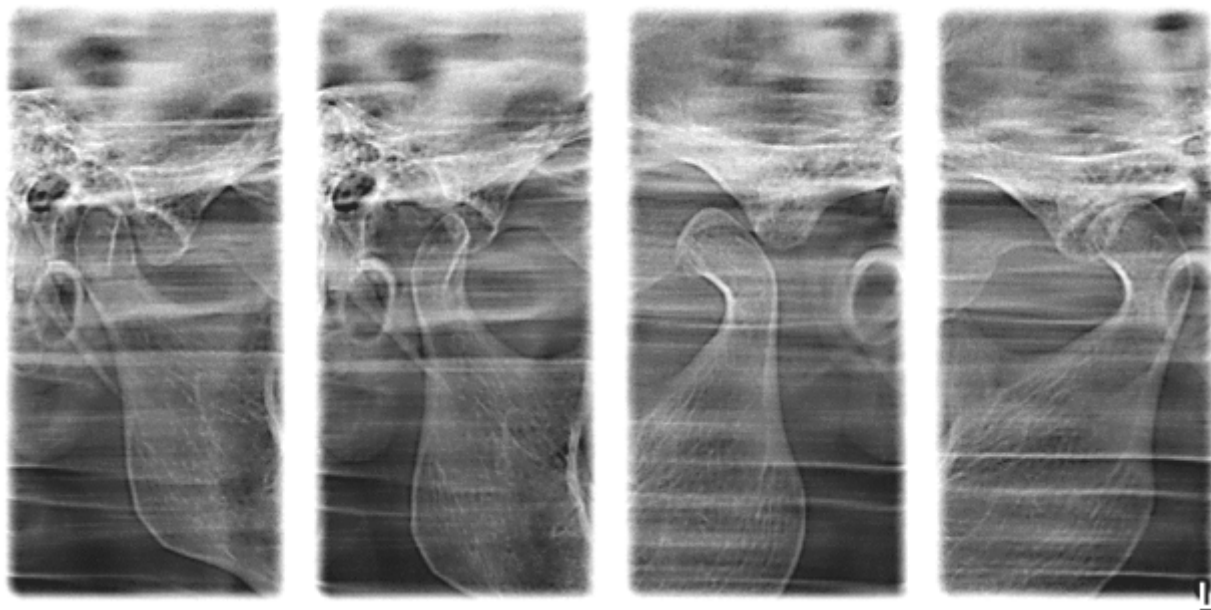


Рис. 2 Прицельные рентгенограммы ВНЧС больной С., 39 лет. Диагноз: компрессионно-дислокационная дисфункция ВНЧС – компрессия справа, дислокация слева. Левая суставная головка по размерам в 1,5 раза превышает правую.

У 76 пациентов (70,4%) из 108 наблюдаемых, по данным прицельных рентгенограмм ВНЧС и ортопантомограмм, суставные головки нижней челюсти по форме и размерам имели соответствия правой и левой стороны. При этом у большинства из них форма суставных головок была полуовальной (49 чел.), у 12 человек – слегка уплощенной, у 8 – плоской, у 7 – остроко-

нечной. У 15 человек они были широкими (до $13,3 \pm 0,5$ мм), у 54 – средними (до $11,4 \pm 0,2$ мм), у 7 – узкими, тонкими (до $9,1 \pm 0,4$ мм).

У 32 больных (29,6%) выявлена различной степени асимметрия размеров и форм суставных головок нижней челюсти, которая у 5 человек проявлялась в виде выраженной гиперплазии одной из головок (рис.2).

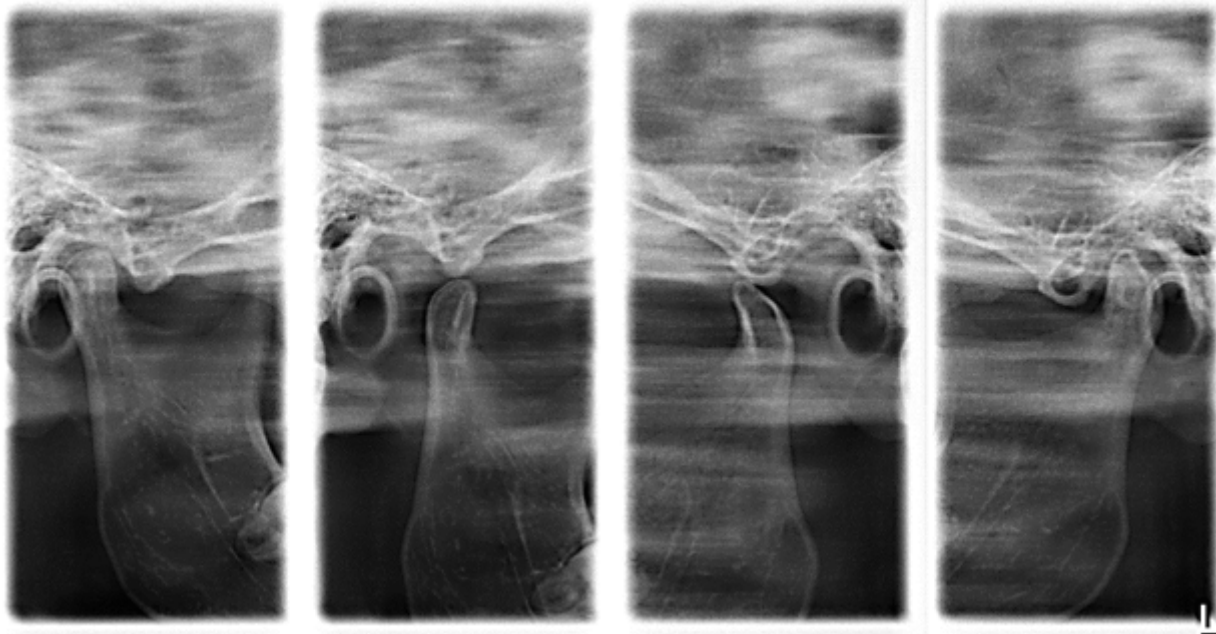


Рис. 3 Прицельные рентгенограммы ВНЧС больной К., 33 лет. Диагноз: компрессионно-дислокационная дисфункция ВНЧС – компрессия справа, дислокация слева. Левая суставная головка по размерам меньше правой и имеет остроконечную форму

У 5 пациенток одна из суставных головок была меньше другой и имела остроконечную форму (рис. 3).

Из 8 больных, имевших плоскую форму сус-

тавных головок, у 5 они были симметричными, у 3 одна из головок была плоской, другая – полуовальной (рис. 4).

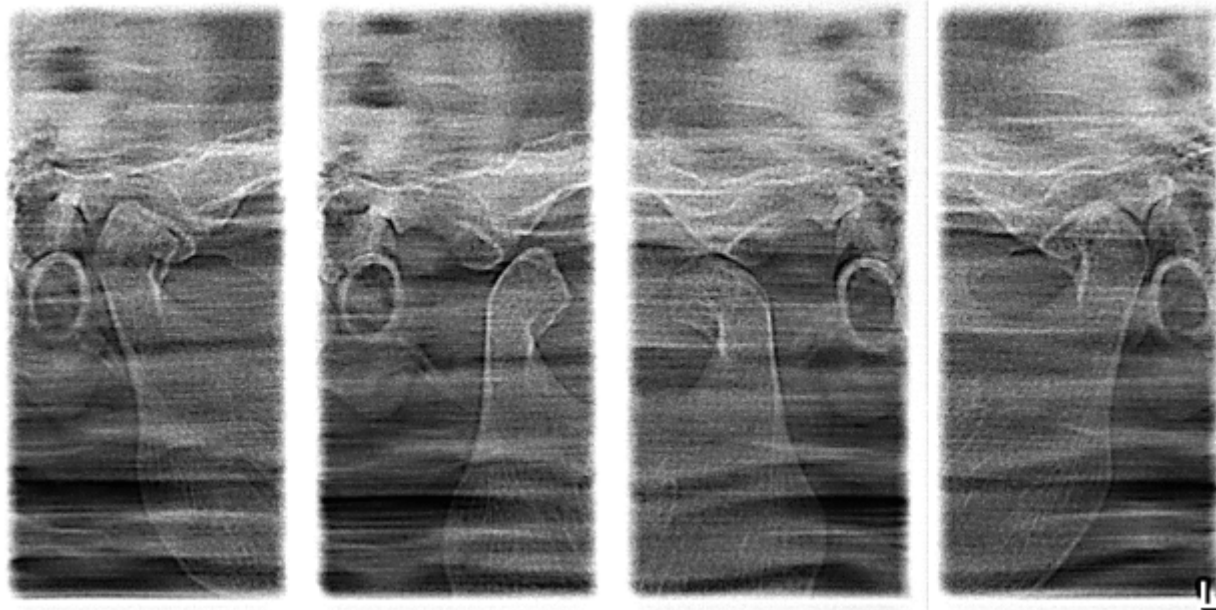


Рис. 4 Прицельные рентгенограммы ВНЧС больной Г., 26 лет. Диагноз: компрессионно-дислокационная дисфункция ВНЧС – компрессия слева, дислокация справа. Правая суставная головка имеет плоскую форму, левая – полуовальную.

У остальных 19 больных, имевших несоответствие форм и размеров суставных головок нижней челюсти, признаки асимметрии носили менее выраженный характер, но в достаточной мере хорошо определялись визуально.

Таким образом, по результатам проведенного анализа прицельных рентгенограмм ВНЧС у больных с явлениями компрессионно-дислокационной дисфункции сустава можно доказательно утверждать, что почти у третьей части из них в патогенезе заболевания ведущим звеном является асимметрия форм и размеров суставных головок нижней челюсти, то есть к этиологическому фактору следует отнести внутрисуставные нарушения.

Полученные данные имеют как теоретическое значение в понимании механизмов развития компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС, так и практическое с позиций интерпретации прицельных рентгенограмм ВНЧС и проведения адекватного лечения этой категории больных.

Література

1. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное решение. / Е.А. Булычева // Стоматология. – Т.85. - №4. - С.24-26.
2. Воловар О.С. Диагностика та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба на фоні соматичних захворювань : автореф. дис. доктора мед. наук: 14.01.22- «Стоматология». / О. С. Воловар - К.- 2013. – 40 с.
3. Долгалев А.А. Сравнительный рентгенологический анализ при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава. / А.А. Долгалев, А.Е. Брагин // Кубанский научный медицинский вестник. - 2008. - № 3-4. - С. 25-28.
4. Иде Й. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава / Й. Иде, К. Наказава; [пер.з англ.А.Островский]. – М. : Азбука, 2004. – 120с.

5. Новіков В.М. Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В.М. Новіков, Ю.С. Лунькова // Проблеми екології та медицини. – 2011. – № 15(3-4). – С. 120-122.
6. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.mkb10.ra/>
7. Рабухина Н.А. Некоторые проблемы диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Н.А. Рабухина, В.А. Семкин // Стоматология. - 2005. - № 3. - С. 33-34.
8. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглобу / О.В. Рибалов, І.В. Яценко // Галлиц.лікар.вісн., 2005. - №3. - С.82-84.
9. Рябоконт Е.Н. Головка нижней челюсти височно-нижнечелюстного сустава человека. (Часть 2) / Е.Н. Рябоконт // Стоматолог. - 2008. - №1. - С. 28-33.
10. Силин А.В. Морфофункциональное состояние височно-нижнечелюстных суставов при дефектах зубов, зубных рядов и аномалиях прикуса / А.В. Силин // Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфологические нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 137-152.
11. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в залежності від морфофункціонального стану зубо-щелепної ділянки. / Л.В. Смаглюк, Н.М. Трофіменко // Вісн.стоматологіі. - 2005. - №2. - С.75-77.
12. Шувалов С.М. Заболевания и дисфункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение. / С.М. Шувалов - Винница: «Книга-Вега». - 2012. - 48 с.
13. Яценко О.И. Рентгеноанатомические характеристики височно-нижнечелюстных суставов при функциональной нестабильности одного из них / О.И. Яценко, Хатами Хорасани Амин // Проблеми екології та медицини. - 2011. – № 15(3-4). – С. 171-172.
14. Cooper В. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В. Cooper // DentalMarket. - 2012.- № 1. - С. 39-46.
15. Niemi P.M. Psychological factors and responses to artificial interferences in subjects with and without a history of temporomandibular disorders / P.M. Niemi, Y. Le Bell, I.M. Kyll [et al.] // Acta Odontol. Scand. - 2006.- V. 64.- № 5.- P. 300-305.
16. Scriveri S.J. Temporomandibular disorders / S.J. Scriveri, D.A. Keith, L.B. Kaban // N. Engl. J. Med.- 2008.- № 25 (359). - P.2693-2705.
17. Chiba I. M. The relationship of bone marrow edema pattern in the mandibular condyle with joint pain in patients with temporomandibular joint disorders: longitudinal study with MR imaging / I. M. Chiba, M. Kumagai, N. Fukui [et al.] // Int. J. OralandMaxillofac. Surg. – 2006. – No.35. - P. 55-59.

Реферат

АСИМЕТРИЯ РОЗМІРІВ І ФОРМ СУГЛОБОВИХ ГОЛІВОК - ОДНА З ПРИЧИН КОМПРЕСІЙНО-ДИСЛОКАЦІЙНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Новіков В.М., Рибалов О.В., Яценко О.І., Яценко П.І.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, дисфункція, асиметрія суглобових головок.

Згідно з літературними даними до етіологічних факторів дисфункцій скронево-нижньощелепного суглоба відносять оклюзійні порушення у вигляді кінцевих дефектів зубних рядів, підвищену стертість зубів, неадекватну реставрацію зубів, помилки в протезуванні дефектів зубних рядів, аномалії прикусу, нейрогенний фактор, асиметрію правої і лівої половини нижньої щелепи. Однак у літературі не відображені відомості про відповідність розмірів і форм симетричних суглобових головок у хворих з явищами компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Мета дослідження – порівняльне вивчення рентгенологічних характеристик розмірів і форм симетричних суглобових головок нижньої щелепи у хворих з клінічними проявами компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Об'єкти і методи дослідження. Проведена візуальна оцінка 108 прицільних зонограм скронево-нижньощелепного суглоба з відкритим і закритим ротом і 49 ортопантомограм у хворих з проявами компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба з порівняльним описом форм і розмірів головок нижньої щелепи правої і лівої сторони. Результати дослідження. З'ясовано, що у хворих з проявами компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба має місце асиметричне розташування суглобових головок у суглобовій ямці як при закритому, так і при відкритому роті. При цьому майже у кожного третього пацієнта (29,6%) виявлено різного ступеня асиметрію розмірів і форм суглобових головок нижньої щелепи, яка визначалася у вигляді вираженої гіперплазії однієї з головок, незвичайної гострої або плоскою формою. Зроблено висновок, що в патогенезі компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба провідною ланкою є асиметрія форм і розмірів суглобових головок нижньої щелепи.

Summary

ASYMMETRY IN SIZE AND SHAPE OF ARTICULAR HEADS A CAUSE OF COMPRESSION AND DISLOCATION DYSFUNCTION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Novikov V.M., Rybalov O.V., Yatsenko P.I., Yatsenko O.I.

Key words: temporomandibular joint, dysfunction, articular heads, asymmetry.

According to the literature the etiological factors of TMJ dysfunctions include: occlusive abnormalities, mostly free-end edentulous spaces, excessive dental abrasion, inadequate dental restoration, failures in replacement of dentition defects, malocclusion, neurogenic factor, asymmetry of mandibular left and right parts. However, there are little data on the relevant sizes and shape of symmetrical articular heads in patients with TMJ compression and dislocation dysfunction. The objective of this research was to compare X-ray characteristics of sizes and shapes of symmetrical articular heads of the lower jaw bone in patients with clinical symptoms of TMJ compression and dislocation dysfunction. We assessed visually 108 focused z-nograms of the temporomandibular joint with open and closed mouth and 49 orthopantomograms of the patients with the symptoms of TMJ compression and dislocation dysfunction. The comparative description of sizes and shapes of the left and right parts of the lower jaw bone was given. Results. Asymmetrical location of articular heads in the glenoid fossa both at the open and closed mouth was found out. Moreover, asymmetry of different size and shapes of TMJ articular heads was detected in every third patient (29,6%) that was manifested by the evident hyperplasia of one of the heads, their unusual spinescent or flat shape. We can conclude that asymmetry in the size and shape of articular heads of the lower bone can trigger the pathogenesis of compression and dislocation dysfunction of temporomandibular joint.

УДК 616.314-089.843-085.847.8 -07:616.316-008.8-07

Олекшій П.В., Лаповець Л.Є., Уштан С.В., Горицький В.М.

РІВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО IGA В РОТОВІЙ РІДИНІ ПІСЛЯ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МАГНІТОТЕРАПІЇ

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Визначення статусу мукозного імунітету має суттєве значення для діагностики та контролю лікування ряду захворювань ротової порожнини. Тому особливу цінність мають не абсолютні значення рівня sIgA як показника місцевого імунітету, а його динамічні зміни. Метою дослідження було вивчення рівня sIgA в ротовій рідині пацієнтів до і після проведення дентальної імплантації та після застосування магнітотерапії. Проведено клініко-лабораторне обстеження 50 осіб, у яких були покази до дентальної імплантації. 25-ти пацієнтам застосовувалась магнітотерапія. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб із санованою ротовою порожниною. Встановлено, що після проведення дентальної імплантації спостерігалась активація секреції sIgA. У пацієнтів, яким застосовували магнітотерапію процеси саногенезу прискорювались, свідченням чого є наближення рівня sIgA до показника норми.

Ключові слова: мукозний імунітет, імплантація, секреторний IgA, магнітотерапія.

Дане дослідження є фрагментом планової НДР «Вроджені та набуті дефекти та деформації щелепно-лицевої ділянки, оптимізація процесів загоєння і профілактика ускладнень», № державної реєстрації: 0105U007856, шифр теми: ІН 30.00.0003.05.

Вступ

Основною причиною розвитку захворювання практично завжди є зниження імунітету, в тому числі і місцевого. Аналіз накопиченого наукового матеріалу дозволяє зробити висновок, що рівень секреторного IgA (sIgA) відображає статус місцевого імунітету [2,3]. Підвищення його рівня свідчить про розвиток адаптивної імунної відповіді, скерованої на формування механізмів адаптації як до стресу, так і до зміни зовнішніх умов. Рівень цього імуноглобуліну відображає активність секреторних механізмів в системі імунітету слизових оболонок [5,6].

Визначення статусу мукозного імунітету має суттєве значення для діагностики та контролю лікування ряду захворювань ротової порожнини та ін. [4]. Тому особливу цінність мають не абсолютні значення sIgA як показника місцевого імунітету, а його динамічні зміни. Це має значення

для спостереження за розвитком захворювання та контролю за ходом лікування пацієнта. На результати лікування впливає вірний вибір ефективної та безпечної підтримуючої терапії [3,7].

Мета дослідження

Вивчення рівня sIgA в ротовій рідині пацієнтів до і після проведення дентальної імплантації (ДІ) та після застосування магнітотерапії (МТ).

Матеріали і методи дослідження

Проведено клініко-лабораторне обстеження 50 осіб, у яких були покази до дентальної імплантації. Забір ротової рідини проводився до і після проведення імплантації. 25 пацієнтам застосовувалась магнітотерапія: протягом 6 днів по 12 хвилин кожного дня (початок магнітотерапії на наступний день після операції) здійснювали вплив низькочастотного синусоїдального ма-