

(табл. 2) установлено, что на фоне использования линимента циклоферона МДА составил – $3,2 \pm 0,04$ нмоль/мл, СОД – $275,1 \pm 2,9$ усл. ед., во 2-й группе (традиционные методы) – $3,34 \pm 0,04$ и $225,2 \pm 12,6$ соответственно.

Обсуждение. Анализируя полученные результаты, можно предположить, что линимент циклоферона обладая иммуномодулирующим и модифицирующим действием на местный воспалительный процесс при пародонтите, позволяет снизить микробную нагрузку в одном из ключевых эпителиальных участков организма человека – пародонтальных карманах и за счет этого уменьшить явления эндотоксикоза, что находит свое отражение в стабилизации процессов липопероксидации.

Заключение. В комплексном лечении больных пародонтитом на фоне хронического бруксизма целесообразно использовать линимент циклоферона курсом 14 дней по две аппликации в день, что позволяет ускорить процесс выздоровления, снизить частоту рецидивов заболевания пародонта.

Эффективность линимента циклоферона при пародонтите на фоне хронического бруксизма обе-

спечивается редуцированием процессов местного воспаления за счет уменьшения активности провоспалительных цитокинов, снижением инфекционной нагрузки в жидкости пародонтальных карманов, нормализацией процессов липопероксидации.

Библиографический список

1. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта Киев: Здоровье, 2000. 464 с.
2. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. Н.Новгород, 2000. 158с.
3. Ляпина Е.П. Хронический бруксизм: системное воспаление и эндотоксикоз, совершенствование терапии и эпидемиологического надзора. Автореф. дис...докт. мед. наук: Саратов, 2008. 41 с.
4. Соболева Л.А., Лепилин А.В., Шульдяков А.А. Оптимизация терапии больных пародонтитом // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2004. № 1. С. 130-133.
5. Шульдяков А.А., Молочкина О.Н., Ляпина Е.П. и др. Клинико-иммунологическая эффективность циклоферона в комплексном лечении хронического бруксизма // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. 2005. № 4. С. 89-92.

УДК616.314-007.272:616724:616716.4:616.742.7]-036-07(045)

Обзор

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ОККЛЮЗИИ ЗУБОВ И ЗУБНЫХ РЯДОВ

А.В. Лепилин – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **В.В. Коннов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой стоматологии ортопедической, доцент, доктор медицинских наук; **Е.А. Багарян** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры стоматологии ортопедической; **А.Р. Арушанян** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, студентка 4 курса стоматологического факультета.

CLINICAL MANIFESTATIONS OF PATHOLOGY OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS AND MASTICATORY MUSCLES IN PATIENTS WITH TEETH OCCLUSION AND TEETH ROW DISTURBANCES

A.V. Lepilin – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V.V. Konnov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Orthopedic Dentistry, Assistant Professor, Doctor of Medical Science; **E.A. Bagaryan** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Orthopedic Dentistry, Post-graduate; **A.R. Arushanyan** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Student of Stomatological Faculty.

Дата поступления – 30.04.10 г.

Дата принятия в печать

А.В. Лепилин, В.В. Коннов, Е.А. Багарян, А.Р. Арушанян. Клинические проявления патологии височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц у пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов. Саратовский научно-медицинский журнал, 2010, том 6, № 2, с. 405-410.

Цель – обзор данных литературы по проблеме патологии височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц у пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов. Нарушения окклюзии зубов и зубных рядов являются довольно распространенной патологией челюстно-лицевой области, способствующей развитию различных патологических изменений жевательного аппарата, в том числе и мышечно-суставной дисфункции. По мнению одних специалистов, ключевым звеном патогенеза мышечно-суставной дисфункции являются окклюзионные нарушения, по представлению других, – дискоординация мышечных сокращений. Таким образом, окклюзионные и мышечные нарушения являются ведущими в патогенезе и клинике мышечно-суставной дисфункции.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, жевательные мышцы, окклюзия.

A.V. Lepilin, V.V. Konnov, E.A. Bagaryan, A.R. Arushanyan. Clinical Manifestations of pathology of temporomandibular joints and masticatory muscles in patients with teeth occlusion and teeth row disturbances. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2010, vol. 6, № 2, p. 405-410.

The aim of the research is a literature review about the problem of temporomandibular joints and masticatory muscles in patients with teeth occlusion and teeth row disturbances. Teeth occlusion and teeth row disturbances are widespread pathology of maxillofacial area, that can lead to different pathology alterations of masticatory system including musculo-articular dysfunction. Some specialists consider that the key factor of pathogenesis of musculo-articular dysfunction is occlusion disturbances, by the other opinion – discoordination of muscle contraction. Thus occlusive and muscular disorders are leading in pathogenesis and clinic of musculo-articular dysfunction.

Key words: temporomandibular joint, masticatory muscles, occlusion.

Окклюзионные взаимоотношения зубов и зубных рядов, жевательные мышцы и височно-нижнечелюстной сустав являются единым сбалансированным биомеханическим механизмом, обеспечивающим полноценную работу жевательного аппарата. Генератором механической силы жевательного аппарата выступают жевательные мышцы, получающие информацию от нервной системы. Нарушение анатомической формы либо функции в любом из механизмов жевательного аппарата сопровождается изменением равномерности, интенсивности, ритмичности силового воздействия, перегрузкой, недогрузкой и дисфункцией его элементов [1, 2].

Одним из основных этиологических факторов, способствующих развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, являются окклюзионные нарушения. Вопросам диагностики и лечения взрослых пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов в сочетании с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц в настоящее время уделяется большое внимание [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12].

Существует много терминов для обозначения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава: мышечно-суставная дисфункция, миофасциальный болевой дисфункциональный синдром, болевой синдром дисфункции сустава, синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и др. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава – одна из самых сложных проблем в стоматологии, остается не решенной до сих пор [13].

В клинике сложно определить, является ли заболевание артрогенным или миогенным, поскольку у пациентов с первичными нарушениями в височно-нижнечелюстном суставе обычно имеется дисфункция жевательных мышц, а у пациентов с первичной патологией мышц могут наблюдаться патологические симптомы со стороны височно-нижнечелюстного сустава [14].

Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава затруднены из-за разнообразной клинической картины данной патологии. Клиническая картина мышечно-суставной дисфункции характеризуется различными патологическими симптомами со стороны височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: ограничение амплитуды открывания рта и движений нижней челюсти, нарушение симметричности движений нижней челюсти и ее смещение в сторону при открывании рта, напряжение и утомляемость жевательной мускулатуры, боль в области височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц с иррадиацией в различные отделы челюстно-лицевой области, хруст и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе, чувство заложенности в ухе, понижение слуха, головная боль, чувство прилива крови при наклоне головы, головокружение, раздражительность, чувство жжения, покалывания, пощипывания или боли в языке, сжатие и скрежет зубов, металлический привкус во рту [15, 16, 17].

При обследовании 104 пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава выявляются следующие ее клинические проявления: боль (46%), щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава (87%), дискоординация движений нижней челюсти при открывании рта (100%), напряжение жевательных мышц (76%), брук-

сизм (36%), снижение слуха (24%), головная боль (62%) и др. [18].

Зубочелюстные аномалии и деформации, дефекты зубов и зубных рядов, преждевременные окклюзионные контакты способствуют развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц [19].

Под аномалией в биологии понимают морфологические или функциональные отклонения, возникающие вследствие нарушения развития. К аномалиям относят пороки развития и уродства. Под аномалиями в ортодонтии понимают отклонения от нормальных показателей анатомических частей челюстно-лицевой области (зубов, челюстей и др.). Аномалии подразделяют на врожденные и приобретенные после рождения. Если морфологические нарушения появились под воздействием различных неблагоприятных факторов после рождения ребенка, то их обозначают термином «деформация». Деформация более узкий термин по сравнению с аномалией и обозначает изменение размеров и формы тела под действием внешней силы. Деформация рассматривается как частный случай аномалии [20].

Зубочелюстные аномалии и деформации встречаются во все возрастные периоды жизни человека. У взрослых клиническая картина при зубочелюстных аномалиях более выражена, чем у детей. С одной стороны, это связано с уменьшением толщины мягких тканей по сравнению с детьми, что приводит к развитию более выраженных лицевых признаков аномалии, с другой, – с усугублением сопутствующей патологии височно-нижнечелюстного сустава на фоне длительно существующей травматической окклюзии [21].

Распространенность зубочелюстных аномалий довольно велика. Зубочелюстные аномалии встречаются у 50% детей и 30% подростков и взрослых. Возникновению зубочелюстных аномалий способствуют различные причины и факторы. Очень часто возникновение одних и тех же аномалий связано с различными этиологическими факторами. Так, например, дистальная окклюзия может быть результатом как аномалии развития зубов верхней челюсти, верхней прогнатии, макрогнатии, так и аномалии развития зубов нижней челюсти, нижней ретрогнатии, микрогнатии. В то же время аномалии зубов и челюстей могут развиваться в результате заболеваний организма или быть следствием врожденной патологии. Существует огромное количество аномалий, которые имеют схожую клиническую картину. В связи с этим были предложены всевозможные классификации, позволяющие упорядочить и систематизировать различные виды зубочелюстных аномалий. Систематизация зубочелюстных аномалий дает возможность выбрать правильный подход к их пониманию, изучить этиопатогенетические факторы их возникновения [21].

Нарушение окклюзионных взаимоотношений зубов и зубных рядов способствует возникновению нефункциональных нагрузок в области височно-нижнечелюстного сустава, которые оказывают чрезмерное давление на его структурные элементы. В результате снижаются адаптационные возможности тканей височно-нижнечелюстного сустава, что приводит к ограничению движений нижней челюсти, напряжению и болевым ощущениям в области жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и, в дальнейшем – к дегенеративным изменениям его структурных элементов [22].

Ответственный автор – Коннов Валерий Владимирович
Тел: (8-917) 026-51-76.
E-mail: konnovvaleriy@rambler.ru

Состояние окклюзионных поверхностей зубов и зубных рядов влияет на функциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава. Так, при интактных зубных рядах, в связи с возрастными изменениями, происходящими с их окклюзионными поверхностями, увеличивается частота встречаемости клинических признаков мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, которая еще больше увеличивается при повышенной стираемости, что обусловлено тяжестью нарушений окклюзионных поверхностей зубов и зубных рядов, приводящих к изменению топографических взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сустава [23].

Зубочелюстные аномалии и деформации, как правило, сочетаются и усложняются деформациями лицевого скелета, характеризующимися нарушением морфо-функциональных соотношений его элементов и их эстетических пропорций. Так, при обследовании 45 человек с трансверзальными аномалиями окклюзии была выявлена тесная взаимосвязь между несоответствием зубных рядов в трансверзальном направлении и асимметрией лица. Количество зубов и степень несоответствия являются прогностическими критериями в выборе метода и планировании ортодонтического лечения. Это особенно важно, учитывая, что трансверзальные аномалии окклюзии не саморегулируются, а асимметрия лица с возрастом усиливается [24].

Кроме того, зубочелюстные аномалии и деформации вызывают и общие нарушения организма с постепенным развитием функциональных изменений в пищеварительной и дыхательной системах. Помимо этого, нарушения в челюстно-лицевой области влекут за собой ухудшение внешнего вида человека и затрудняют социальную адаптацию, поэтому для лечения зубочелюстных аномалий и деформаций имеют значение их раннее выявление, дифференциальная диагностика, выбор наиболее эффективных методов лечения и определение его прогноза [25].

Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций челюстно-лицевой области у взрослых встречается в 33,7-61,9% наблюдений. Наиболее распространенной формой зубочелюстных аномалий является дистальная окклюзия, которая встречается у 13-27% обследованных пациентов. Зубочелюстные аномалии и деформации сопровождаются структурными и функциональными изменениями в височно-нижнечелюстном суставе, что обусловлено его тесной взаимосвязью с нервно-мышечным аппаратом челюстно-лицевой области и характером смыкания зубных рядов [26].

Дефекты зубных рядов в боковом и переднем отделах способствуют развитию патологии височно-нижнечелюстного сустава. Так, дефекты зубного ряда верхней челюсти в переднем отделе нарушают целостность структурно-функциональной организации зубных рядов и височно-нижнечелюстных суставов. Выявленные преждевременные контакты зубов (суперконтакты) при различных окклюзионных движениях нижней челюсти следует считать основными этиологическими факторами, влияющими на характер смыкания зубов и зубных рядов. Преждевременные окклюзионные контакты приводят к одностороннему жеванию, а при длительном воздействии – к функциональным нарушениям височно-нижнечелюстного сустава [27].

В то же время существует мнение, что окклюзионные факторы имеют минимальное отношение к

заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц, а их расстройства связаны не столько с окклюзионными и нейромышечными нарушениями, сколько с хроническими психическими травмами и патохарактерологическими особенностями личности больных, т.е. носят психосоматический характер [28].

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у людей с психическими расстройствами обнаруживаются значительно чаще, чем у лиц без нарушений психической сферы. Переутомление и эмоциональное напряжение способствуют повышению тонуса жевательной мускулатуры и предрасполагают к заболеваниям височно-нижнечелюстного сустава. Патология височно-нижнечелюстного сустава часто отмечается у пациентов, которые длительно подвергались эмоциональному напряжению, а также выявляется при маскированной депрессии и нервных заболеваниях [29].

При диагностике и лечении пациентов с нарушениями окклюзии в сочетании с мышечно-суставной дисфункцией необходимо учитывать все возможные факторы, способствующие развитию данной патологии. Клиницист, который оценивает только окклюзию, теряет столько же, сколько клиницист, который никогда ее не оценивает. В клинической практике врач-стоматолога часто встречаются нарушения окклюзии зубов и зубных рядов в сочетании с симптомами мышечно-суставной дисфункции, но не всегда между патологией окклюзии и височно-нижнечелюстного сустава прослеживается четкая взаимосвязь. Однако известно, что нормализация смыкания зубов улучшает или благоприятствует физиологичной работе элементов височно-нижнечелюстного сустава [30].

Ключевым звеном в патогенезе развития мышечно-суставной дисфункции у пациентов с нарушениями окклюзии является дискоординация сократительной способности жевательных мышц, участвующих в движениях нижней челюсти. Так, при обследовании 206 больных (67 мужчин, 139 женщин) в возрасте от 16 до 70 лет (средний возраст 33,9±6,7) с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, у 87% из них обнаружили различные парافункции жевательных мышц. Многие пациенты до обследования не подозревали о наличии у них парафункций жевательных мышц. Исключение составляли лица с бруксизмом, о котором они узнавали от окружающих или обнаруживали эту привычку сами [31].

Дискоординация жевательных мышц приводит к изменению взаимоотношений суставного диска и головки нижней челюсти и, следовательно, к нарушению взаимоотношений структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава. Суставной диск смещается под воздействием спастического сокращения латеральной крыловидной мышцы. Головка нижней челюсти при этом может смещаться вниз, назад, вперед и во фронтальной плоскости (внутрь и наружу) [32].

У большинства пациентов в этих случаях отмечаются клинические проявления мышечно-суставной дисфункции. Первые симптомы мышечно-суставной дисфункции нередко проходят самостоятельно, но если причина нарушений деятельности жевательных мышц не устранена и сохраняются новые внутрисуставные взаимоотношения морфологических элементов височно-нижнечелюстного сустава, то развивается их приспособительная реакция к новым условиям функционирования в челюстно-лицевой области. В дальнейшем происходит механическая перегрузка

тканей элементов височно-нижнечелюстного сустава с развитием дегенеративных изменений, и появляющиеся стойкие клинические симптомы мышечно-суставной дисфункции [33].

Мышечно-суставная дисфункция, обусловленная частичным отсутствием зубов со снижением высоты нижнего отдела лица и дистальным смещением нижней челюсти, характеризуется нарушениями в деятельности жевательной мускулатуры, что определяется снижением амплитуды биопотенциалов собственно жевательных, височных и надподъязычных мышц при электромиографическом исследовании [34].

При изучении магнитно-резонансных томограмм височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией при частичном отсутствии и повышенной стираемости зубов со снижением высоты нижнего отдела лица и дистальным смещением нижней челюсти при смыкании зубных рядов в привычной окклюзии в большинстве случаев отмечается дезориентация элементов височно-нижнечелюстного сустава: переднее смещение суставного диска и дистальный сдвиг головки нижней челюсти, при этом на томограмме отмечается сужение верхнего и заднего отделов суставной щели [34].

Смещение нижней челюсти кзади может возникнуть в результате приобретенной патологии челюстно-лицевой области. Дистальное положение нижней челюсти сопровождается снижением вертикального размера нижней части лица, морфо-функциональными изменениями височно-нижнечелюстного сустава, что требует комплексного подхода к лечению [35].

У пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава на фоне частичного отсутствия зубов со снижением высоты нижнего отдела лица и дистальным смещением нижней челюсти отмечается снижение значений показателя относительной оптической плотности губчатого вещества головки нижней челюсти до $342,56 \pm 26,68$ НУ [36].

При изучении магнитно-резонансных томограмм височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с болевым синдромом мышечно-суставной дисфункции в 63,3% наблюдений выявлялись изменения положения головок нижней челюсти в нижнечелюстных ямках при смыкании зубных рядов в привычной окклюзии. Данные изменения обуславливали развитие патологии височно-нижнечелюстного сустава и приводили к сдавливанию биламинарной зоны, травмированию капсульно-связочного аппарата, развитию болевого синдрома мышечно-суставной дисфункции [37].

Мышечно-суставная дисфункция может развиваться при боковом сдвиге нижней челюсти, характеризующимся вторичным смещением ее в состояние боковой окклюзии, что сопровождается нарушением окклюзионных соотношений зубов верхней и нижней челюстей и изменением положения головок нижней челюсти в нижнечелюстных ямках. Основными причинами, способствующими боковому сдвигу нижней челюсти, являются нарушения смены зубов у детей и подростков, изменение окклюзионных взаимоотношений при изготовлении пломб и зубных протезов [38].

У пациентов с болевым синдромом мышечно-суставной дисфункции выявляются морфологические изменения элементов височно-нижнечелюстного сустава. Как уже было отмечено, данные изменения выражаются в уменьшении показателей относительной оптической плотности костной ткани головки нижней челюсти. Кроме того, в области суставного бугорка и кортикальной кости переднее-верхнего отдела головки нижней челюсти у больных с болевым синдромом

мышечно-суставной дисфункции отмечается повышение относительной оптической плотности костной ткани, что говорит о процессах кальцификации волокнистого хряща, покрывающего эти отделы [39].

Пациенты с мышечно-суставной дисфункцией в 16,6% наблюдений предъявляют жалобы на снижение слуха, заложенность и шум в ушах. При объективном исследовании функции слухового анализатора в 66,7% случаев определяется нарушение периферического слухового анализатора [40].

Височно-нижнечелюстной сустав тесно взаимосвязан с окружающими его тканями. Так, у пациентов, длительно страдающих нарушениями височно-нижнечелюстного сустава, отмечено снижение общей скорости кровотока, что обуславливает развитие дегенеративных процессов в челюстно-лицевой области и способствует возникновению заболеваний околоушной слюнной железы [41].

Вместе с тем патология височно-нижнечелюстного сустава развивается и на фоне общих заболеваний организма. Так, у больных ревматическими заболеваниями височно-нижнечелюстной сустав достаточно уязвим к различным внешним воздействиям, а его морфо-функциональное состояние тесно взаимосвязано с течением основного заболевания [42].

Анатомо-топографическое строение височно-нижнечелюстного сустава всегда интересовало исследователей и клиницистов. В настоящее время нет единого мнения по вопросам, касающимся особенностей строения височно-нижнечелюстного сустава и об его изменениях при окклюзионных нарушениях и при дисфункциях. Так, мышечно-суставная дисфункция может быть обусловлена определенной формой височно-нижнечелюстного сустава и особенностями строения основания черепа. На момент рождения костные структуры основания черепа имеют симметричное строение; асимметрия формируется в более поздние сроки жизни под действием тех или иных неблагоприятных факторов. Например, родовая травма способствует компрессии костно-хрящевого матрикса на одной из сторон, и в дальнейшем в результате трофических нарушений эта область может отставать в развитии. Асимметрия развития костных структур основания черепа способствует формированию патологических состояний, связанных и с развитием структурных и функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава [43].

При гистоморфологическом исследовании височно-нижнечелюстных суставов, изъятых у трупов людей, выявили пять типов нормального строения височно-нижнечелюстных суставов: первый – характеризуется высокой нижнечелюстной ямкой и хорошо развитой головкой нижней челюсти, второй – глубокой и узкой нижнечелюстной ямкой и небольшой головкой нижней челюсти, третий – глубокой и узкой нижнечелюстной ямкой и хорошо развитой головкой нижней челюсти, четвертый – широкой и уплощенной нижнечелюстной ямкой и небольшой головкой нижней челюсти, пятый – мелкой и широкой нижнечелюстной ямкой и хорошо развитой головкой нижней челюсти. Первый тип височно-нижнечелюстного сустава рассматривается как эталон нормы, а другие четыре – как повышающие степень риска к возникновению функциональных и структурных нарушений [44].

При проведении магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с зубочелюстными аномалиями выделили четыре наиболее часто встречающихся типа их строения: первый – сигмовидный – характеризуется одинако-

вой шириной и глубиной нижнечелюстной ямки; второй – плоский, сглаженный – невысоким, плоским суставным бугорком и широкой нижнечелюстной ямкой; третий – коробкообразный – узкой нижнечелюстной ямкой и высоким суставным бугорком; к четвертому типу относятся все недифференцированные формы, которые невозможно отнести ни к одному из вышеперечисленных типов. При этом не выявлено зависимости между типом строения височно-нижнечелюстного сустава, нарушениями окклюзии зубных рядов и возникновением мышечно-суставной дисфункции [45].

Таким образом, анализ данных литературы позволяет заключить, что наиболее распространенной патологией височно-нижнечелюстного сустава является мышечно-суставная дисфункция, однако нет единого представления специалистов по вопросам этиологии ее развития. Различны мнения авторов о роли окклюзионных нарушений в развитии патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. В то же время в доступной нам литературе встречаются разнообразные сведения о критериях, определяющих тип строения височно-нижнечелюстного сустава, приводятся различные варианты его формы у взрослых людей, отсутствует единое мнение авторов в вопросах, касающихся влияния особенностей строения височно-нижнечелюстного сустава на развитие мышечно-суставной дисфункции.

Библиографический список

- Набиев Н.В., Персин Л.С., Панкратова Н.В. Комплексные методы функциональной диагностики с использованием компьютерных технологий в ортодонтии // Ортодонтия. 2007. № 2. С. 18-22.
- Ананьев Н.И., Викторов В.Н., Корнилов С.В. и др. Некоторые аспекты строения и функции жевательного аппарата и заболеваемости зубов // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 234-235.
- Арутюнов С.Д., Лебедеко И.Ю., Абдуллаев А.А. Анализ качества жизни у больных, функциональной патологией височно-нижнечелюстного сустава ВНЧС при ревматоидном артрите и с синдромом болевой дисфункции ВНЧС // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 520-522.
- Брагин Е.А., Вакушина Е.А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов. Ставрополь: СГМА, 2006. 162 с.
- Долгаев А.А., Брагин Е.А. Комплексное обследование и лечение пациента с выраженными нарушениями окклюзии // Современная ортопедическая стоматология. 2007. № 7. С. 17-20.
- Каливрадзиян Э.С., Картавцева Н.Г., Корнев А.К. Опыт лечения больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов при интактных зубных рядах // Материалы X и XI Всерос. науч.-практ. конф. и Труды VIII съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2003. С. 428-429.
- Лебедеко И.Ю., Гринин В.М., Абдуллаев А.А. Функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава у больных с ревматоидным артритом, на фоне частичной вторичной адентии // Актуальные проблемы стоматологии: Сб. тр. под редакцией профессора И.Ю. Лебедеко. М., 2002. С. 116-118.
- Сангулия С.Г. Клинические аспекты состояния жевательных мышц при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава: диагностика и лечение: Автореф. дис... канд. мед. наук. Казань, 2005. 25 с.
- Трезубов В.Н., Соловьев М.М., Фадеев Р.А. Диагностика зубочелюстных аномалий, планирование и прогнозирование аппаратно-хирургического лечения // Ортодонтия. 2003. № 2 (22). С. 19-31.
- Хватова В.А. Гнатологические аспекты ортодонтического лечения // Маэстро стоматологии. 2004. № 3. С. 69-72.
- Bumann A., Lotzmann U. TMJ Disorders and Orofacial Pain: the Role of Dentistry in a Multidisciplinary Diagnostic Approach // Stuttgart-New York: Thieme, 2002. P. 128-131.
- Greene C.S., Laskin D.M. Temporomandibular Disorders: Moving to a Medically Based Model // J Dent Res. 2000. 79: 10. P. 1736-1739.
- Баданин В.В. Современные методы диагностики и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 235-237.
- Stegenga B. Osteoarthritis of the temporomandibular joint organ and its relationship to disc displacement // Journal of Orofacial Pain. 2001. 15. P. 193-205.
- Егоров П.М., Карапетян И.С. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 1986. 128 с.
- Арутюнов С.Д., Бугровецкая О.Г., Стецюра О.А., Юров В.В. Патогенетические аспекты прозопагий, обусловленных дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава // Российский стоматологический журнал. 2006. № 4. С. 18-20.
- Costen J.B. Neurogias and ear symptoms associated with distributed function of temporomandibular joint // Am Med Assoc J. 1934. 107. P. 252-255.
- Бугровецкая О.Г., Юров В.В., Василенко А.М., Стецюра О.А. Диагностическое, реабилитационное и прогностическое значение мануальной терапии в комплексном лечении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Ортодонтия. 2006. № 1. С. 30-34.
- Seligman D.A., Pullinger A.G. Analysis of occlusal variables, dental attrition, and age for distinguishing healthy controls from female patients with intracapsular temporomandibular disorders // J Prosthet Dent. 2000. 83: 1. P. 76-82.
- Персин Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование. М.: МГМСУ, 2006. 32 с.
- Арутюнов С.Д., Бржезовская Е.Ю. Особенности строения лица у взрослых, нуждающихся в аппаратно-хирургическом исправлении зубочелюстных аномалий // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 516-518.
- Золотарева Ю.Б., Гусева И.Е., Дюдин А.Н. Роль избирательного шлифования на этапе подготовки к протезированию пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией прикуса // Материалы X и XI Всерос. науч.-практ. конф. и Труды VIII съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2003. С. 422-424.
- Поспелов А.Н. Окклюзионные нарушения в зубных рядах при повышенной стираемости твердых тканей зубов и их ортопедическое лечение: Автореф. дис... канд. мед. наук / А.Н. Поспелов. Волгоград, 2000. 22 с.
- Ишмурзин П.В., Данилова М.А., Колесникова Е.А. Изучение корреляции асимметрии зубных рядов и лица у пациентов с трансверзальными аномалиями окклюзии в период постоянного прикуса // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 243-245.
- Bondermark I., Karlsson Extraoral I. Intraoral Appliance for Distal Movement of Maxillary First Molars: A Randomized Controlled // Angle Orthodontist. 2005. № 5. P. 699-706.
- Sevin K., Saray A., Askar I. Treatment of temporomandibular dislocation // Ann. Plast. Surg. 1998. Vol. 40, № 5. P. 569-570.
- Баданин В.В. Клинико-рентгенологические исследования и магнитно-резонансная томография в диагностике функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава и их ортопедическое лечение: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М., 2002. 54 с.
- Zarb G.A., Carlsson G.E. Temporomandibular disorders: osteoarthritis // Journal of Orofacial Pain. 1999. 13. P. 295-306.
- Yap A.U., Tan K.B., Chua E.K., Tan H.H. Depression and somatization in patients with temporomandibular disorders // J Prosthet Dent. 2002. 88: 5. P. 479-484.
- Лебедеко И.Ю., Антоник М.М., Калинин Ю.А. и др. Диагностика, планирование и лечение пациента с нарушением окклюзии зубных рядов и синдромом дисфункции ВНЧС // Современная ортопедическая стоматология. 2007. № 7. С. 6-11.
- Трезубов В.Н., Булычева Е.А., Быстрова Ю.А., Горбачев В.В. Использование бихевиоральной терапии при реабилитации больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц зубов // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 261-264.

32. Петросов Ю.А., Ермошенко Р.Б. Понятие о мениске, получение модели вывиха мениска на свежем трупном материале // Современная ортопедическая стоматология. 2007. № 8. С. 102-105.
33. Okeson J.P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion // Mosby. 2003. № 7. P. 149-180.
34. Онопа Е.Н., Семенюк В.М., Смирнова Ю.В., Смирнов К.В. Нарушение функции жевательной мускулатуры у больных с вторичной частичной адентией, осложненной снижением высоты нижней трети лица при различной функциональной способности жевательного аппарата зубочелюстной системы // Материалы VIII Всерос. науч.-практ. конф. Материалы IX Всерос. науч.-практ. конф. и Труды VII съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2002. С. 316-318.
35. Гариб Бахджат Муса Ибрагим. Влияние дистального смещения нижней челюсти на морфофункциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава и окружающие его ткани (экспериментальное исследование): Автореф. дис... канд. мед. наук. Волгоград, 2000. 18 с.
36. Онопа Е.Н. Роль определения относительной оптической плотности губчатого вещества головки нижней челюсти в диагностике дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Материалы XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004. С. 377-379.
37. Куприянова О.Н., Пузин М.Н. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у больных с дисплазией соединительной ткани // Российский стоматологический журнал. 2007. № 2. С. 34-36.
38. Черненко С.В. Планирование методов подготовки полости рта к протезированию при аномалиях и деформациях зубных рядов в трансверсальной плоскости // Ортодонтия. 2005. № 4. С. 36-38.
39. Бессчастный Д.С., Подкорытов Е.Ю., Вязьмин А.Я., Козлов Д.Л. Морфологические изменения элементов зубочелюстной системы при функциональных нарушениях // Стоматолог. 2007. № 5. С. 18-20.
40. Kuttilla S., Kuttilla M., Le Y. et al. Aural symptoms and signs of temporomandibular disorder in association with treatment need and visits to a physician // Laryngoscope. 1999. Vol. 109, № 10. P. 1669-1673.
41. Коротких Н.Г., Анисеев Ю.М. Значение исследования объемной скорости кровотока у пациентов с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава // Российский стоматологический журнал. 2003. № 6. С. 36-37.
42. Гринин В.М., Мамедов Д.Х. Состояние височно-нижнечелюстных суставов в дебюте ревматических заболеваний (по данным ретроспективного анализа) // Стоматолог. 2006. № 6. С. 9-13.
43. Uchino A., Sawada, Hirakawa N. et al. Congenital absence of the internal carotid artery diagnosed during investigation of trigeminal neuralgia // Europ. Radiol. 2002. Vol. 12, № 9. P. 2339-2342.
44. Петросов Ю.А., Ермошенко Р.Б., Сеферян Н.Ю., Калпакьянц О.Ю. Факторы риска в возникновении дисфункции в височно-нижнечелюстном суставе // Современная ортопедическая стоматология. 2007. № 8. С. 100-101.
45. Силин А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфо-функциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: Автореф. дис... докт. мед. наук. СПб., 2007. 43 с.