

кости. Вследствие чего клетки формирующие стенки порового канала, в области его устья, контактируя с десневой (ротовой) жидкостью инфицируются, их трофика нарушается.

Выводы

1. Обсуждая физиологические особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области необходимо упоминать о том, что челюстные кости целесообразно рассматривать как открытые поровые системы, гидродинамика которых подчиняющиеся законами капиллярных явлений.

2. При данной формулировке задачи и нагружении в 300 Н, дефект зубной дуги приводит к смещению границы раздела потоков между десневой (ротовой) и экстравазальной жидкостями вглубь порового пространства межальвеолярной перегородки.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Цимбалистов А.В.¹, Лопушанская Т.А.²

¹ ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» г. Белгород

² ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Одним из важных направлений развития современной стоматологии является выбор эффективных методов диагностики больных с клиническими проявлениями дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Это обусловлено, прежде всего, тем, что у практических врачей нередко возникают затруднения в решении этой задачи из-за проблем в терминологии и выборе классификации заболеваний ВНЧС. В качестве классификаций заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в разное время использовались самые разные варианты и к единому мнению специалисты пока не пришли. При всем разнообразии классификаций патологических состояний височно-нижнечелюстного сустава обращает на себя внимание тот факт, что эти состояния чаще всего классифицированы по характеру патологического процесса и по степени пораженности отдельных элементов сустава. Кроме того, под одним диагнозом часто объединяются заболевания непосредственно суставов и заболевания жевательных мышц. А ведь эти патологические состояния отличаются не только анатомически, но и этиологически. Если у пациентов с болезнями жевательных мышц в конечном итоге развивается заболевание суставов (или наоборот), это отнюдь не значит, что эти заболевания стоит включать в одну симптоматическую классификацию [Laskin D.M., Greene C.S., 1990]. Использование несовершенной терминологии может привести к серьезным ошибкам в постановке диагноза, и, следовательно, к неправильному лечению.

Для решения задач практической стоматологии нами предлагается морфо-функциональный принцип описания состояния мышечно-суставного комплекса у стоматологических больных с синдромом болевой дисфункции

ВНЧС (К 07.60 по МКБ-10), учитывающий морфологические и функциональные проявления патологического процесса.

1. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЧС (По данным лучевой диагностики – магнитно-резонансная томография области височно-нижнечелюстного сустава)

I. Минимальные структурные изменения ВНЧС (начальные признаки остеопороза, остеосклероза).

II. Дислокация диска в покое и/или при открывании рта.

III. Амплитуда движений суставного отростка ($A=N$, $A \leq N$, $A \geq N$).

2. ОЦЕНКА СТАТО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЗУБО-ЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ (Отражает функцию височно-нижнечелюстного сустава, состояние компенсаторных процессов зубочелюстного аппарата и организма)

I. Незначительные нарушения. Девиация; периодический патологический шум в височно-нижнечелюстном суставе при движениях нижней челюсти; болюющего характера в области ВНЧС после длительной нагрузки и/или значительной мышечной нагрузки, исчезающая после кратковременного отдыха. Компенсаторные механизмы сохранены.

II. Умеренные нарушения. Девиация или дефлексия; патологический шум в ВНЧС при движениях нижней челюсти. Жалобы на периодические боли в области ВНЧС усиливающиеся при незначительной нагрузке. Уменьшение амплитуды открывания рта. Уменьшение активности жевательных мышц (по данным поверхностной электромиографии). Ухудшение показателей микроциркуляции слизистой оболочки рта при функциональной нагрузке (по данным лазерного анализатора капиллярного кровообращения). Восстановление активности жевательных мышц, показателей микроциркуляции слизистой оболочки рта и уменьшение боли в области височно-нижнечелюстного сустава при длительном отдыхе. Компенсаторные механизмы в состоянии напряжения.

III. Выраженные нарушения. Патологический шум в ВНЧС при движениях нижней челюсти, дефлексия, выраженное ограничение открывания рта. Жалобы на постоянные боли в области ВНЧС, усиливающиеся при движениях нижней челюсти. Компенсаторные механизмы в состоянии декомпенсации.

Структура диагноза:

1. Наименование нозологической формы

2. Характеристика морфологических нарушений по данным МРТ.

3. Оценка степени нарушения статодинамической функции зубочелюстного аппарата.

Таким образом, предлагаемая классификация позволяет выявить особенности клинических проявлений патологического процесса (болевая и безболевая форма) и верифицировать степень функциональных нарушений.