

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/aspirantskij-referat/30648>

Тип работы: Аспирантский реферат

Предмет: Медицина

Оглавление

Актуальность темы исследования 3

Цель и задачи исследования 8

Методология научного исследования 8

Современные взгляды на диагностику дисфункции височно-нижнечелюстного сустава 10

Современные взгляды на лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава 14

Выводы 19

Список литературы 20

Актуальность темы исследования

Данные, приведенные в различных источниках, указывают на то, что нарушения функции ВНЧС и мышц челюстно-лицевой области наблюдаются среди 28-75% взрослого населения. Для данных нарушений характерны следующие жалобы: появление щелчков, хруста, боли в области ВНЧС, ограничении открывания рта, смещения нижней челюсти в сторону при открывании рта, головных и лицевых болей различной локализации, дискомфорт при смыкании зубов, повышенная утомляемость жевательных мышц, периодического непроизвольного сильного сжатия зубов. Клиническими проявлениями дисфункции ВНЧС и парафункций жевательных мышц заключаются в появлении участков повышенной стираемости твердых тканей зубов, клиновидных дефектов, продольных трещин эмали, болезненности при пальпации мышц челюстно-лицевой области и ВНЧС.

Специалисты указывают на многообразие причин нарушений функции жевательно-речевого аппарата. Для некоторых авторов характерно мнение об отсутствии прямых взаимосвязей между нарушением окклюзии и дисфункцией ВНЧС и жевательных мышц. Для данной точки зрения причины заключаются в самопроизвольном нарушении функции мышц и ВНЧС, которое зависит от психоэмоциональных и локальных структурных нарушений. Другая часть исследователей ссылается на то, что в большинстве случаев появление дисфункции ВНЧС и парафункции жевательных мышц происходит от неправильного смыкания зубных рядов, что приводит к наличию преждевременных контактов, ротации нижней челюсти и/или вынужденного ее

положения. Таким образом, возникают признаки циклической патологической обратной связи.

Существует третья точка зрения о необходимости поиска причин нарушения функции ВНЧС и жевательных мышц в неправильном расположении костных структур скелета, начиная со свода стоп. В любом случае следует признать полиэтиологичную природу развития дисфункции жевательно-речевого аппарата. При этом в разных клинических ситуациях доминируют различные факторы.

Неоднозначность взглядов на причины возникновения заболеваний и повреждений височнонижнечелюстного сустава приводит к необходимости постоянного повышения качества знаний и практического опыта по данному вопросу, что определяет актуальность данного исследования.

Степень разработанности научной проблемы

История изучения заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) началась в древние времена. В 460-370 гг. до н. э. представитель известной косской медицинской школы Гиппократ описал ряд особенностей при лечении повреждений челюстей. В тексте гиппократовского корпуса дано описание клиники и лечения одностороннего и двустороннего переднего вывиха нижней челюсти [1], а предложенным им методом по вправлению переднего вывиха нижней челюсти находит отражение в современной практике. Об острых вывихах нижней челюсти кзади сообщалось еще в XIV в. Гюи де Шолиаком, XVI в. – Амбруазом Паре.

М.Б. Фабриканта, активно изучавший историю вопроса, указал, что клинику, диагностику, методику вправления нижней челюсти при заднем вывихе подробно описали несколькими

веками позже в 1888 г., Tiem. Им было установлено, что головка нижней челюсти при заднем вывихе смещается в fossa tympanico-mastoideus, границу которого кпереди составляет tuberculum tympanicum, кзади – processus mastoideus, медиально – processus styloideus. При таком смещении головка находится под костным отделом наружного слухового прохода. Этот вывих бывает преимущественно односторонним, как правило, наблюдается у женщин, поскольку головка нижней челюсти у них бывает меньших размеров, хирургам сообщили о новом способе оперативного лечения привычного вывиха нижней челюсти методом артротомии и перемещения суставного диска кпереди с расположением его в качестве ограничителя между задней поверхностью суставного бугорка и суставной головкой. За год до этого А. Lindemann предложил метод хирургического лечения привычных вывихов, сущность которого сводилась к созданию препятствия для головки нижней челюсти путем расщепления скуловой дуги в области суставного бугорка. Важно отметить, что при этом способе исключалась артротомия, существенно снижалась травматичность операции.

В дальнейшем последовали многочисленные модификации этого метода, которые сводились к увеличению высоты суставного бугорка путем пересадки различных имплантатов. В 1920 г. известный французский хирург L. Dufourmentel отмечал, что при первичных вывихах нижней челюсти могут наблюдаться не только смещение суставной головки, но и деформация суставного диска, что необходимо учитывать при лечении. Он выделял два вида привычных вывихов ВНЧС: вывихи в верхней части сустава, так называемые мениско-темпоральные, и вывихи в нижней части сустава – кондило-менисковые.

Спустя полвека Т. Annodale (1887) такие признаки функциональных расстройств ВНЧС, как щелканье, блокирование, боль, связал с передним смещением суставного диска. Он считал, что

3
причиной их развития является перерастяжение или разрыв суставных связок. Согласно данным К. Boman (1947), удаление мышечкового отростка, резекцию и удаление суставного диска при артрозах ВНЧС начал проводить в 1883 г. Riedel. Сам К. Boman провел 58 удалений суставного диска, из которых в 19 случаях диагностировал разрывы его в местах прикрепления.

Морфологические исследования удаленных суставных дисков выявили их гиалиновую и фиброзную дегенерацию.

На необходимость удаления суставного диска при блокировании сустава с целью восстановления его функции указывал также в 1909 г. Lanz. Более того, он считал, что патологические процессы, развивающиеся в суставном диске, целесообразно выделить в отдельную нозологическую форму заболеваний ВНЧС. Естественно, отсутствие в то время объективных методов визуализации внутри суставных структур затрудняли диагностику патологических процессов, связанных с изменениями суставного диска и связочно-капсулярного аппарата, и не позволяли проводить патогенетически обоснованную терапию.

По сообщению выдающегося немецкого хирурга E. Bergman, впервые оперативное вмешательство о поводу ограничения подвижности нижней челюсти произвел в 1855 г. F. Esmarch. Эта операция в силу простоты и доступности нашла многочисленных последователей, вместе с тем широкое применение ее выявило ряд серьезных недостатков, которые были главным образом связаны с исключением из функции задней группы жевательных мышц, укорочением тела нижней челюсти, нарушениями прикуса.

В дальнейшем предлагались различные варианты операции с формированием ложного сустава в области угла или ветви нижней челюсти. При этом большинство хирургов отдавали предпочтение формированию ложного сустава в области верхней третьей ветви, то есть ближе к естественному суставу. Среди этих методов наибольшее распространение получил метод, предложенный в 1878 г.

F. König. Этот метод основан на формировании нового сустава на месте естественного. Несмотря на технические трудности, опасность повреждения лицевого нерва и верхнечелюстной артерии, эта операция считалась физиологичной, обеспечивала лучшие функциональные результаты, длительное время относилась к методу выбора при лечении анкилозов ВНЧС. Однако в последующем изучение отдаленных результатов резекции сустава по методу F. König выявило большую долю рецидивов анкилозов.

Последующие разработки хирургического лечения анкилозов ВНЧС вплоть до середины XX в. попрежнему сводились к формированию ложного сустава в области ветви нижней челюсти. При

этом основное внимание уделялось профилактике рецидива заболевания путем разобщения остеоотомированных костных фрагментов с помощью введения между ними различных биологических и небологических материалов. Впервые идея о целесообразности производить искусственную интерпозицию мягких тканей для формирования псевдоартроза при хирургическом лечении анкилоза ВНЧС была высказана и клинически осуществлена А. Verneuil в 1860 г. Автор осуществил хирургическое лечение разработанным им методом 12 больных с анкилозами ВНЧС.

Helferich в 1894 г. при проведении операции по F. König для интерпозиции между костными фрагментами применил лоскуты из височной мышцы, Rochet (1896) – из жевательной мышцы. В

1914 г. П.Г. Корнев, используя свободный кусок широкой фасции бедра, сложенной вдвое, отметил ряд преимуществ предложенной технологии в сравнении с интерпозицией мышц. Упрощалась методика операции, можно было получить необходимый объем ткани, фасция легко «вживала», надежно разобщая концы костных фрагментов.

Несмотря на большое количество предложений по интерпозиции биологических материалов, направленных на изоляцию раневых поверхностей остеоотомированных фрагментов нижней челюсти, частота рецидивов анкилозов по-прежнему оставалась большой и составляла 21–43%. Следует отметить, что проблеме хирургического лечения анкилозов ВНЧС с давних пор большое внимание уделяли крупнейшие сибирские хирурги, в частности В.М. Мыш, Н.И. Березнеговский, П.И. Тихов. В 1914 г. В.М. Мыш предложил оригинальный доступ к ВНЧС путем резекции скуловой дуги и венечного отростка, который вошел во всемирно известное руководство «Оперативная хирургия» под редакцией Бира, Брауна и Кюммеля. П.И. Тихов в своем руководстве «Частная хирургия», изданном в 1916 г. в г. Петрограде, посвятил целую главу хирургии челюстного сустава. С.Ф. Косых, с именем которого связана организация и деятельность первой и единственной в предвоенные годы клиники челюстно-лицевой хирургии в г. Томске на территории Сибири и Дальнего Востока, в 1943 г. успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Анкилоз височнонижнечелюстного сустава и его лечение».

С целью снижения числа рецидивов многие исследователи наряду с интерпозицией биоматериалов производили вытяжение нижней челюсти, параллельно решая задачу устранения недоразвития нижней челюсти. Надо отметить, что эта идея была высказана еще в 1893 г. E. Bergman, который после двусторонней остеотомии у больной с анкилозом осуществил перемещение нижней челюсти вперед с помощью специального ортопедического аппарата. Середина XIX в. характеризуется активным внедрением в медицину синтетических полимеров, которые наряду с имплантацией в восстановительной хирургии получают распространение и в качестве интерпозиционных материалов при хирургическом лечении анкилозов ВНЧС. Однако использование этих материалов не позволило решить проблему рецидива анкилозов. По данным Н.Н. Каспаровой и соавт. (1981), материалы на основе полимеров в большинстве наблюдений были «сильным раздражителем процессов костеобразования, вызывая ее бурный рост, особенно нежелательно применять пластмассу в период возрастной перестройке кости».

Список литературы

1. Каспарова Н.Н., Колесов А.А., Воробьев Ю.И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. М.: Медицина, 1981. 160 с.
2. Manfredini D. temporomandibular disorders. Modern concepts of diagnosis and treatment. М.: ABCs, 2013. 500 p. (in Russian)
3. Salash J.R., Hossameldin R.H., Almarza A.J., Chou J.C., McCain J.P., Mercuri L.G., Wolford L. M., Detamore M.S. Potential Indications for Tissue Engineering in TMJ Surgery // J. of Oral and Maxillofac. Surg. 2015. Available at: <http://Doi: 10.1016/j.joms.2015.11.008>.
- 5
4. Sysolyatin S.P, Sysolyatin P.G. Endoscopic technology in maxillofacial surgery. Moscow, Medicine Publ., 2005. 144 p. (in Russian).
5. Utreja A., Dymont N.A., Yadav S., Villa M.M., Li Y., Jiang X., Nanda R., Rowe D.W. Cell and matrix response of temporomandibular cartilage to mechanical loading // Osteoarthritis and Cartilage. 2015. xxx. P. 1–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2015.08.010>.
6. Mylonas A., Tzerbos F.H. Cranio-maxillofacial surgery in Corpus Hippocraticum // J. CranioMaxillofac. Surg. 2006.

V. 34. № 3. P. 129-134.

7. Никандров А.М. О лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков // Теория и практика стоматологии. Вып. 15. С. 202-206.
 8. Wen-Ching Ko. E. Temporomandibular joint reconstruction in children costochondral grafts // J. Oral Maxillofac. Surg. 1999. V. 57. P. 789-798.
 9. Bond S.E., Saeed N.R., Cussons P.D., Watt-Smith S.R. Reconstruction of temporomandibular joint by the free vascularised second metatarsal // Brit. J. Oral and Maxillofac. Surg. 2004. V.42. P. 241-245.
 10. Dierks E.J., Buehler M. D. Complete replacement of the temporomandibular joint with a microvascular transfer of the second metatarsal – phalangeal joint // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North. Am. 2000. № 12. P. 139-140.
 11. Vikki S.K., Hukki J., Nietosvarra Y., Hurmerinta K. Microvascular temporomandibular joint and mandibular ramus reconstruction in hemifacial microsomia // J. Craniofac. Surg. 2002. V. 13. P. 809-815.
 12. Christensen R. W. The History of the Christensen Mandibular end TMJ Alloplastic Reconstruction // TMJournal. 2004. V. 3. № 6. P. 1-19.
 13. Medical Materials and Implants with Shape Memory. Shape memory implants in maxillofacial surgery. Т. 4 /P.G. Sysolyatin, V. E. Gunter, S. P. Sysolyatin et al. Tomsk: Publishing house of the MIC, 2012. 384 p. (in Russian).
 14. Radkevich A.A., Gantimurov A.A., Gunter V.E. Clearing temporomandibular ankylosis, combined with mandibular micrognathia with the use of implants of porous NiTi // Institute of Dentistry, 2013, no. 2, pp. 30-33 (in Russian).
 15. Sysolyatin P.G., Novikov A.I., Sysolyatin S.P. Comparative evaluation of surgical approaches to the temporomandibular joint. Stomatologiya, 2007, no 5, pp. 35-39 (in Russian).
 16. Jones R.H.B. The use of virtual planning and navigation in treatment of temporomandibular joint ankylosis // Austral. Dent. J. 2013. V. 58. P. 358-367.
 17. Dimitroulis G. Comparison of the outcomes of three surgical treatments for end-stage temporomandibular joint disease // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014. Vol. 43. P. 980-989. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2014.02.004>.
 18. Baydik O. D, Titarenko M. A., Sysolyatin P. G. Tissue engineering in dentistry Stomatologiya, 2015, no 2, pp. 65-68. Available at: [Doi:10.17116/stomat201594265-68](https://doi.org/10.17116/stomat201594265-68) (in Russian).
- 6
19. Иорданишвили А.К., Амро А. Вклад ученых Санкт-Петербурга в развитие научных и прикладных вопросов стоматологической артрологии// Пародонтология. 2013. №3 (68). С. 67-71.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/aspirantskij-referat/30648>