

левосторонний пиелонефрит – 9 случаев (16,9%); острый правосторонний пиелонефрит – 17 случаев (32,0%); обострение хронического пиелонефрита – 17 случаев (32,0%) ($p < 0,002$). Только 5 больных из 53 (9,4%) госпитализированы планово. Остальные пациенты доставлены экстренно, при этом 14 пациентов (26,4%) доставлены в первые 6 часов, а 39 пациентов (73,6%) – позднее. Из них 22 пациента (41,5%) позднее 24 часов. Основными жалобами при поступлении являлись ноющие боли, в 25 из 53 случаев (43,4%) сопровождающиеся повышением температуры до 39,0о С, реж при мочеиспускании, в половине случаев – никтурия, а в случае обострения хронического заболевания – отечность лица. Острый пиелонефрит – заболевание преимущественно бактериальной этиологии, но в нашем исследовании только у 4 из 36 случаев (11,1%) ($p < 0,002$) выселились микроорганизмы (*Enterococcus jejuni*, *Escherichia coli*). По данным ультразвукового обследования в большинстве случаев: 48 из 53 (90,5%) – наблюдаются пиелоктазии. Изменения паренхимы незначительны или не выявляются: 18 случаев из 53 (33,9%).

Вывод: Острое течение и обострения хронических пиелонефритов чаще возникает у женщин, в среднем, в возрасте 31,1 год. У обследованных мужчин средний возраст заболеваемости выше (44,8 лет), так как у женщин доля пиелонефритов приходится на острые гестационные пиелонефриты беременных в возрасте 20-25 лет. Выявлена связь между редкими случаями заболевания с бактериальной этиологией и незначительными изменениями паренхимы.

Список литературы

1. Папаян А.В., Савинкова И.Д. Клиническая нефрология: руководство для врачей. Санкт-Петербург: Медицина, 1997.
2. Кузнецова О.П., Воробьев П.А., Яковлев С.В. «Инфекции мочевыводящих путей». Рус. мед. журн. 1997.
3. Лопаткин Н.А., Деревянко И.И. Неосложненные и осложненные инфекции мочеполовых путей. Принципы антибактериальной терапии
4. Лопаткин Н.А., Шабад А.Л. Урологические заболевания почек у женщин, с. 89, М., 1985.
5. Лоран О.Б. Эпидемиологические аспекты инфекций мочевыводящих путей. Материалы симпозиума "Инфекции мочевыводящих путей у амбулаторных больных"; 16 февр 1999. М.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРАПРОКТИТОМ

Федорова Е.В., Хохрякова Ю.А., Стяжкина С.Н.

1 Республиканская клиническая больница, Ижевск, Россия, elizdorova28@mail.ru

Парапроктит относится к одним из самых распространенных проктологических заболеваний, «уступая» место лишь геморрою, анальным трещинам и колитам, и занимает первое место среди пациентов с экстренной проктологической патологией. По данным литературы известно, что заболеваемость парапроктитом составляет около 0,5 % всего населения, 0,5-4% среди пациентов с общехирургической патологией, 20-40% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки. По современным представлениям, острый парапроктит возникает вследствие воспаления анальных желез, при этом инфекция первоначально локализуется в подслизистом слое, за-

тем, последовательно вызывая воспаление клетчатки межсфинктерного и параректального пространств, приводит к различным формам данного заболевания. В связи с вероятной трудностью в постановке диагноза, возможностью развития тяжелых осложнений, проблема парапроктита остается одной из актуальных. Заболевание имеет к тому же социальное значение, так как происходит постоянное увеличение числа пациентов, нередко лечатся многократно и без должного успеха.

С целью изучения заболеваемости парапроктитом в зависимости от пола, возраста, причин, локализации и сопутствующей патологии нами было проанализировано 25 историй болезней пациентов с парапроктитом в колопроктологическом отделении БУЗ УР «Первой республиканской клинической больницы МЗ УР» города Ижевск за 2015 год.

Из общего количества поступивших в колопроктологическое отделение 30% больных были с воспалительными заболеваниями, в частности с абсцессом околопрямокишечной клетчатки – парапроктитом. Из 25 исследованных нами историй болезней случаи заболеваемости парапроктитом у мужчин составляют 18(72%), у женщин 7(28%). Распределение пациентов по возрастному критерию: 18-25 лет – 2 (8%), 26-45 лет – 12 (48%), 46-60 лет – 10 (32%), 60 и более лет – 3 (12%). По этиологии: неспецифический парапроктит зарегистрирован в 19 случаях (76%), специфический – в 6 случаях (34%). Распределение пациентов с парапроктитом в зависимости от локализации процесса: подкожных – 13 (52%), ишиоректальных – 6 (24%), подслизистых – 2(8%), ретроанальных – 1 (4%), пельвиоректальных – 3 (12%). Среди 25 случаев заболевания парапроктитом выявлено 13 (52%) больных, имеющих сопутствующую патологию (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта и т. д.). У больных с сопутствующей патологией парапроктит протекает тяжелее, склонен к распространению в соседние клетчаточные пространства и трудно поддается лечению.

Выводы: таким образом, выявлено, что чаще парапроктит встречается в среднем, наиболее трудоспособном возрасте, причем у мужчин практически в 2 раза чаще, чем у женщин, что может быть связано с некоторыми физиологическими особенностями параректальной области и образом жизни. Сопутствующая общесоматическая патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта) нередко утяжеляет течение заболевания.

Список литературы

1. Стяжкина С.Н., Ситников В.В., Проничев В.В. Трудные и нестандартные ситуации в хирургии и клинической практике // Сборник научно-практических трудов, выпуск 8, 2015.
2. Баровикова О.П. Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов в зависимости от пола больного // Автореферат, диссертация кандидата медицинских наук, Москва, 2007.
3. Климента М.Н., Стяжкина С.Н., Чернышева Т.Е. Ближайшие и отдаленные результаты комплексного и хирургического лечения воспалительных заболеваний толстой кишки // Автореферат, диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Пермь, 2013.
4. Гаджимуратов Э.М. Хирургическое лечение сложных форм острого парапроктита // Автореферат, диссертация кандидата медицинских наук, Москва, 2005.

**Секция «Анатомия человека»,
научный руководитель – Ульяновская С.А.**

АНАТОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДЕНТИЙ

Ипатова М.О., Котцов А.К., Шелестюк Е.С.

*Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия, sveta.svetoshka@yandex.ru*

Аннотация. В настоящее время проблема первичной адентии затрагивает все население Земли, не

зависимо от расовой, возрастной, половой принадлежности. Данная аномалия зубочелюстной системы формируется ещё в период развития зубов на стадии закладки. В связи с этим очень важно знать все причины, которые могут вызвать первичную адентию. Цель - изучение анатомических особенностей зубочелюстной системы и ее элементов при адентии. Анатомиче-

скими проявлениями при адентии являются: атрофия альвеолярных отростков, изменение степени пневматизации верхнечелюстной пазухи, изменения в височно-нижнечелюстном суставе, изменения слизистой оболочки полости рта, работы слюнных желез и др.

Ключевые слова: адентия, верхняя челюсть, нижняя челюсть, височно-нижнечелюстной сустав.

В настоящее время проблема первичной адентии затрагивает все население Земли, не зависимо от расовой, возрастной, половой категории. Данная аномалия зубочелюстной системы формируется ещё в период развития зубов на стадии закладки. В связи с этим очень важно знать все причины, которые могут вызвать первичную адентию. Цель - изучение анатомических особенностей зубочелюстной системы и ее элементов при адентии.

В основе первичной адентии лежит, как правило, отсутствие или гибель зачатков зубов. Причины: а) наследственная патология (например, эктодермальная дисплазия); б) различные тератогенные факторы (инфекции, ионизирующее излучение, вредные привычки у беременной, некоторые лекарственные препараты и другие); в) эндокринные сбои (гипотиреоз, ихтиоз, гипофизарный нанизм). Давно замечено, что эволюция зубочелюстной системы идет в прямой зависимости от характера питания, и по пути редукции. Новейшие технологии позволяют сделать пищу более мягкой и нежной, не создается оптимальная нагрузка на жевательный аппарат, пища содержит большое количество углеводов, зубы утратили функции защиты, нападения.

Исчезновение зачатка постоянного зуба возможно в результате воспалительных процессов, связанных с молочными зубами. Чаще всего адентия проявляется в отсутствии малых резцов на верхней челюсти, премоляров или вторых моляров. Адентия, как правило, ведет к недоразвитию челюстей, которое выражено тем сильнее, чем больше зубов отсутствует. Адентия бывает частичной или полной. Частичная адентия имеет две формы: 1) отсутствие зачатков постоянных зубов при наличии временных; 2) отсутствие как постоянных, так и временных зубов и их зачатков. Обе формы первичной адентии (частичная и полная) встречаются как во временном, так и в постоянном прикусе, в постоянном прикусе чаще. Полная адентия встречается реже, чем частичная. При отсутствии зубного зачатка говорят об истинной врожденной адентии; при слиянии соседних коронок или ретенции – о ложной адентии.

При адентии нарушается функция жевания и речи. Нередко наблюдается отставание в росте соответствующей челюсти. Это в свою очередь приводит к различным зубочелюстным деформациям. Так, отсутствие большого числа зубов на нижней челюсти сопровождается недоразвитием ее, прогнатическим соотношением зубных рядов и глубоким прикусом. Описаны случаи недоразвития одной половины челюсти при частичном отсутствии зубов с этой стороны. Отмечены асимметрия лица и так называемый перекрестный прикус. Если отсутствуют зубы на верхней челюсти, то наблюдается недоразвитие ее, которое также нередко приводит к прогнатическому соотношению зубных рядов. Однако необходимо отметить, что не во всех случаях первичной адентии имеет место недоразвитие челюстей и не у всех детей оно выражено в одинаковой степени. При частичной адентии, кроме нарушения роста челюстных костей, нередко бывают сужение или укорочение зубного ряда и мезиодистальные перемещения смещенных зубов с образованием щелей между ними. Например, при отсутствии боковых резцов верхней челюсти клыки

перемещаются в мезиальную сторону, а центральные резцы — в дистальную с образованием так называемой ложной диастемы. Таким образом, клиническая картина при адентии весьма разнообразна и зависит от количества отсутствующих зубов, а также топографии дефекта зубного ряда.

В практике ортопедической стоматологии используется классификация частичной первичной адентии по Кеннеди, в которой выделяется 4 класса дефектов зубных рядов. Каждый класс частичной первичной адентии в свою очередь делится на ряд подклассов; кроме этого, дефекты различных классов и подклассов часто комбинируются между собой. Также различают симметричную и асимметричную адентию.

Анатомическими проявлениями при адентии являются: атрофия альвеолярных отростков, изменение степени пневматизации верхнечелюстной пазухи, изменения в височно-нижнечелюстном суставе, изменения слизистой оболочки полости рта, работы слюнных желез и др.

Атрофия альвеолярных отростков может быть выражена неодинаково. При атрофии альвеолярных отростков на верхней челюсти происходит уплощение неба. Не все отделы верхней челюсти подвергаются атрофии в одинаковой степени, в меньшей мере она происходит в области небного шва, турса, альвеолярных бугров. Альвеолярный отросток в связи с отсутствием зубов подвергается перестройке, сопровождающейся образованием новой кости, заполняющей дно лунки, и атрофией свободных ее краев. В течение жизни перестройка не заканчивается, а продолжается, но уже с преобладанием явлений атрофии. На нижней челюсти атрофии в большей степени подвергаются боковые участки. Вместе с атрофией альвеолярного отростка изменяется положение переходной складки и мест прикреплений уздечек губ и языка.

Люди с полной первичной адентией имеют нефиксированную межальвеолярную высоту, следовательно, возникают изменения в деятельности мышц. При наличии зубов-антагонистов импульсы из головного мозга стимулируются раздражениями, поступающими из периодонта, при потере зубов это звено рефлекторной регуляции выпадает, и раздражение исходит от рецепторов слизистой оболочки, покрывающей альвеолярные части.

При отсутствии зубов устанавливается новый тип жевания. Пережевывание пищи начинается с выдвигания нижней челюсти вперед и поднятия ее вверх с целью соприкосновения с верхней челюстью. Затем следует фаза жевания, которая осуществляется с преобладанием вертикальных движений нижней челюсти.

Изменения, развивающиеся в полости рта при отсутствии зубов, захватывают слизистую оболочку, покрывающую их и твердое небо. Они могут быть выражены в виде атрофии, образования складок, изменения положения переходной складки по отношению к гребню альвеолярного отростка. Подвижность слизистой зависит от связи ее с мышцами. По характеру подвижности слизистой оболочки полости рта различают активно-подвижную; пассивно-подвижную и неподвижную (ограниченно-подвижную) зоны. Известны классификации податливости слизистой оболочки Суппле и Н.В. Калининой, Люнда. По данным Шпренга, степень податливости слизистой оболочки протезного ложа колеблется в пределах от 0,3 до 4 мм. Большинство исследователей объясняют податливость слизистой оболочки твердого неба и альвеолярных отростков структурными особенностями подслизистого слоя, в частности расположением в нем жировой клетчатки и слизистых желез. Также

сосуды играют роль в податливости, с их способностью быстро опорожняться и вновь заполняться кровью могут создавать условия для уменьшения объема ткани. Податливость слизистой оболочки твердого неба подробно изучена В. И. Кулаженко при помощи электронно-вакуумного аппарата. Он установил, что она колеблется в пределах от 0,5 до 2 мм. Буферные свойства слизистой оболочки протезного ложа верхней челюсти на протяжении жизни человека меняются. Это объясняется изменением сосудов, нарушением обмена веществ, инфекционными и другими заболеваниями.

Морфологами определено, что при адентии, увеличивается степень пневматизации верхнечелюстной пазухи. При отсутствии зубов наблюдается уменьшение толщины стенок пазухи. У пациентов с адентией наблюдаются пазухи, у которых дно расположено ниже дна полости носа. По мере выраженности адентии на верхней челюсти происходит постепенное сближение альвеолярного отростка с дном верхнечелюстной пазухи, в итоге между ними может находиться только истонченный участок кости. В некоторых случаях при значительной степени атрофии в дистальном отделе альвеолярного отростка возможно соединение зубной альвеолы с пазухой.

При отсутствии зубов происходят изменения в височно-нижнечелюстном суставе. Глубина суставной ямки уменьшается, ямка становится более полой, одновременно отмечается атрофия суставного бугорка. Головка нижней челюсти также претерпевает изменения, приближаясь по форме к цилиндру. Движения нижней челюсти становятся более свободными. Они перестают быть комбинированными и при открывании рта до нормальной межальвеолярной высоты становятся шарнирными с расположением головки в ямке. Вследствие уплощения всех элементов, образующих сустав, передние и боковые движения нижней челюсти могут совершаться так, что альвеолярные гребни будут находиться почти в одной горизонтальной плоскости. При адентии как снижается толщина хрящевой выстилки, так и изменяется соотношение поверхностного и глубокого слоев. Поверхность хряща становится неровной, отмечается появление мелких единичных эрозий. Суставной диск изменяет свою микроструктуру и фиброархитектонику. В центральной части диск истончается наиболее существенно, особенно это выражено при полной адентии. Изменяется соотношение поверхностного и глубокого слоев. Поверхностный слой становится более рыхлым, с толстыми и извитыми коллагеновыми волокнами. Глубокий слой хряща, наоборот, истончается, значительно утрачивает клеточные элементы. Происходит уменьшение содержания коллагена. В костных структурах головки нижней челюсти отмечаются явные признаки реорганизации - изменяется архитектура балочной системы, апикальные концы костных балок утолщаются, вокруг них отмечается значительное количество клеток.

Функция жевания при полной потере зубов почти отсутствует. Правда, многие больные растирают пищу с помощью десен, языка, но это ни в какой степени не может восполнить утраченную функцию жевания. Уменьшение степени раздробления пищи затрудняет смачивание ее слюной. Следовательно, у беззубых людей нарушено ротовое пищеварение. Полная потеря зубов влечет за собой и нарушение речи - появляется шепелявость, невнятность.

При частичном и полном отсутствии зубов изменяется состав смешанной слюны. Согласно литературным данным, одной из причин нарушения прооксидантно-антиоксидантного равновесия в полости рта

при адентии может быть резкое увеличение в ротовой жидкости содержания ионов металлов, имеющих переменную валентность. А у пожилых людей при различных степенях адентии происходит активация свободно радикальных процессов. Нарушения процессов перекисного окисления липидов и активность ферментативных антиоксидантов в смешанной слюне пожилых людей не зависит от количества отсутствующих зубов и носят однонаправленный характер при частичной и полной адентиях. Отсутствие зубов у пожилых людей приводит к значительным изменениям гомеостаза в полости рта, выражающимся в усилении гликолитических процессов и резком снижении фосфоролитического пути распада полисахаридов. Скорость секреции слюны при различных степенях адентии у пожилых людей не отличается от скорости саливации в группе сравнения, в то время как у детей, у которых отсутствует несколько зубов, наблюдается снижение слюноотделения по сравнению с детьми, у которых целостность зубных рядов не нарушена. Молекулярные механизмы компенсаторно-адаптивных реакций при физиологической адентии у детей и частичной адентии у пожилых людей существенно различаются.

В связи с полным отсутствием зубов наблюдаются выраженные функциональные нарушения в челюстно-лицевой системе, сопровождающиеся атрофией лицевого черепа и покрывающих его мягких тканей. Тело и ветви челюстей более тонкие, а угол нижней челюсти - более тупой. У таких больных резко выражены носогубные складки, опущены кончик носа, углы рта и даже наружные края век. Нижняя треть лица значительно уменьшается в размерах. Наблюдается дряблость мышц, и лицо имеет старческое выражение.

Многие люди задаются вопросом: «Действительно ли важно знать причины первичной адентии, и, тем более, лечить её?». Несмотря на то, что некоторые спокойно могут жить с отсутствием одного или нескольких зубов, ответ на данный вопрос очевиден. Так как даже те, кто может спокойно пережевывать пищу с такой аномалией, очень часто жалуются на неприятный запах изо рта, скапливание и фиксирование пищи в области дефекта, чувство неловкости при приеме пищи, косметический дефект. То есть качество их жизни резко ухудшается.

Помимо этого, любой опытный врач-стоматолог знает, что отсутствие даже одного зуба пагубно скажется на функционировании всего организма. Обычно это отражается на альвеолярных отростках верхней челюсти и на альвеолярной части нижней. В этих местах происходит атрофия костной ткани, называемая атрофией «от бездействия». Изменения также затрагивают слизистую оболочку полости рта, покрывающую альвеолярные отростки и альвеолярную часть. Они могут быть выражены в виде атрофии, образования складок, изменения положения переходной складки по отношению к гребню альвеолярного отростка. Более того, процессы атрофии затрагивают также и височно-нижнечелюстной сустав. Вследствие уплощения его элементов, сагиттальные и трансверсальные движения нижней челюсти будут нарушены. При адентиях также часто происходит изменение положения верхнечелюстных пазух и состава смешанной слюны.

Наиболее губительными нарушениями, касающимися качества жизни любого человека, как биосоциального существа, являются нарушения функции жевания и речи. Жевание приносит неудобства, а при полной адентии, отсутствует. Затрудняется формирование пищевого комка, смачиваемость его слюной,

что отрицательно действует на весь пищеварительный конвейер. В свою очередь, речь становится невнятной и шепелявой. При отсутствии фронтальных зубов, происходит разбрызгивание слюны. Все эти факторы могут вызывать насмешки окружающих. Очевидно, что пациентам с адентией необходимо её устранение. Для этого в настоящее время существует огромное количество мероприятий, достаточно только обратиться в стоматологическую клинику к соответствующему врачу. В некоторых странах возможно использование стволовых клеток для выращивания зубов и замещения аномалий их развития. Такое лечение, как правило, дорогостоящее, поэтому лучше иметь знания о профилактике, чем тратить огромные деньги на лечение.

В свою очередь, профилактика врожденной адентии у ребенка предусматривает обеспечение благоприятных условий для внутриутробного развития плода, исключение потенциальных факторов риска. При задержке нормативных сроков прорезывания зубов необходимо обратиться к врачу-стоматологу.

Таким образом, у людей с первичной адентией качество жизни в сравнении с качеством жизни людей без зубочелюстных аномалий хуже, а иногда это даже мешает привычной жизнедеятельности. Востребованным пожеланием пациентов в данной области аномалий является поддержание эстетики надлежащего вида в полости рта. Зачастую адентия обычно сопровождается другими аномалиями развития, например макро- и микроглоссией, недоразвитием челюстей, пороками сердца, развитием неправильного прикуса. Этот список можно продолжать очень долго. Родители посещают с ребёнком неврологов, терапевтов, пытаются найти причину головных болей ребёнка, а причина проста – первичная адентия. Именно поэтому важно знать об этом заболевании, ведь только знаниями можно обезопасить себя и своих близких от возникновения адентии.

Список литературы

1. Волжин Олег Олегович. Биохимические изменения в смешанной слюне при адентиях: диссертация ... кандидата медицинских наук : 03.00.04 / Волжин Олег Олегович; [Место защиты: ГОУВПО "Ростовский государственный медицинский университет"] / Автореферат - Ростов-на-Дону, 2005. 131 с.: ил.
2. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. Ортопедическая стоматология. 2-е изд., доп. и перераб. М.: Медицина, 1978. 504-505 с.
3. Клиническая морфология головы и шеи. Часть 1. Череп, соединения, мышцы. А.С. Оправин, С.А. Ульяновская, В.А. Болдуев.- Архангельск. 2015. С. 43-45.
4. Курляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 332-345 с., 359-363 с.
5. Морфометрические особенности костных элементов височно-нижнечелюстного сустава / Ульяновская С.А., Болдуев В.А., Басова Л.А., Амвросова М.А., Волкова О.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. № 3 (часть 1), 2014. С. 131-132.
6. Ортопедическая стоматология. Протезирование съёмными пластиночными и бюгельными протезами: учеб. пособие / С.А. Наумович [и др.]; под ред. С.А. Наумовича. Минск: БГМУ, 2007. 212 с.
7. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: учебн. Пособие / А.П. Воронов, И.Ю. Лебедеко, И.А. Воронов. 2-е изд., доп. и перераб. И доп. М.: МЕД – пресс-информ, 2009. С 7, 9-19.
8. Руководство по дентальной имплантологии / Хоббек Джон А., Уотсон Роджер М., Сизн Ллойд Дж. Дж.; пер. с англ.; под общ. ред. проф. М.З. Миргазизова. 2-е изд. М.: МЕДпресс информ, 18 с.
9. Ульяновская С.А., Лэ Т.К.А., Шурундина С.С. К вопросу об аномалиях количества зубов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol.2, Issue 8, 2012, pp. 608-608.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шахбазян О.В.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия, sveta.svetoshka@yandex.ru

Аннотация. Пациенты обращаются к врачам, предъявляя определенные жалобы, связанные с из-

менениями в жевательном аппарате челюстно-лицевой области морфологического и функционального характера, нарушениями кинематики нижней челюсти, в результате которых получили свое развитие заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Увеличивается численность населения, имеющего дефекты зубных рядов, патологию прикуса, некоторые негативные последствия терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения. Заболевания полости рта следует рассматривать в комплексе с функцией других органов и систем. Таким образом, изучение структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава является актуальным и представляет не только теоретический, но и практический интерес.

Ключевые слова: нижняя челюсть, суставной диск, височно-нижнечелюстной сустав.

В современном мире на прием к стоматологам-хирургам, ортопедам и травматологам в травм-пункт обращаются пациенты с определенными жалобами, связанными с изменениями в жевательном аппарате челюстно-лицевой области морфологического и функционального характера, нарушениями кинематики нижней челюсти, в результате которых получили свое развитие заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Актуальность проблемы лечения и реабилитации пациентов с вывихами височно-нижнечелюстного сустава неуклонно увеличивается. Это обусловлено ростом численности населения, имеющего дефекты зубных рядов, патологию прикуса, некоторые негативные последствия терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения. Цель работы – изучение особенностей строения элементов ВНЧС человека в норме.

Нижняя челюсть – это единственная кость в организме человека, которая может выполнять движения во всех трех направлениях: вертикальные, сагиттальные, трансверзальные. Данная особенность обеспечивается сложноустроенной зубочелюстной системой – это особая структурная единица, состоящая из тканей, образований и органов, которые: а) взаимосвязаны анатомически; б) согласованно выполняют различные, но соподчиненные функции. Главная функция зубочелюстной системы – жевание, конечным результатом которого является формирование пищевого комка. Для нормального функционирования данной системы необходимо выполнение ряда условий: нормальный тонус жевательных и мимических мышц; правильное расположение зубов в зубном ряду, без каких-либо патологий; нормальное функционирование височно-нижнечелюстного сустава.

Нарушение или невыполнение одного из этих условий сопровождается различными патологиями в нормальном функционировании зубочелюстной системы. Например, зачастую встречается такая ситуация, что врач-стоматолог ставит пациенту завышенную пломбу, которая при смыкании зубов вызывает дискомфорт. На жалобы пациента врач отвечает, что через пару дней все пройдет. И вправду, дискомфорт проходит, но уже появляются другие нарушения, связанные с работой ВНЧС. Организм человека устроен уникально и всегда адаптируется под изменения, которые происходят в нем. В вышеописанном случае верхняя и нижняя челюсти адаптировались под завышенную пломбу, изменяя свое положение, при этом изменилось положение головки нижней челюсти по отношению к суставному бугорку и появились боли в околоушной области. Основной структурой, которая подвергается многочисленным изменениям, связанная с нарушениями жевательного аппарата – ВНЧС.

Формирование ВНЧС в филогенезе тесно связано с видами деятельности человека и характером пита-