

Аветиков Д.С.

д.мед.н., профессор

Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи

Рыбалов О.В.

д.мед.н., профессор

Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
с пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи

Иваницкая Е.С.

к.мед.н, ассистент

Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с
пластической и реконструктивной хирургией головы и шеи

Иваницкий И.А.

к.мед.н, ассистент

Высшее государственное учебное заведение «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Кафедра терапевтической стоматологии

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Актуальность проблемы диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС) на сегодняшний день объясняется не только постоянным увеличением количества больных с подобным патологическим состоянием, но и продолжающейся дискуссией о механизмах возникновения внутрисуставных расстройств. Необходимо отметить, что многоплановость причинных факторов и патофизиологических механизмов возникновения СБД ВНЧС, а также чрезвычайное разнообразие его клинических проявлений осложняет разработку единого лечебно-диагностического алгоритма ведения пациентов с данным заболеванием [1,2].

Несмотря на то, что изучению проблемы СБД ВНЧС посвящено достаточно большое количество работ, до сих пор многие звенья механизма его возникновения остаются не до конца выясненными. Кроме того, остается открытым вопрос преобладания среди пациентов с данным синдромом женщин. Так, в течение длительного времени возникновение данного синдрома связывалось только с аномалиями и деформациями прикуса, нарушениями целостности зубных рядов, изменением окклюзионной высоты [1, 12, 13]. В то же время в клинической практике нередко встречаются пациентки с СБД ВНЧС без окклюзионно-артикуляционной патологии. Это подтверждается и научными публикациями, в которых указывается, что данная патология встречается у лиц с интактными зубными рядами и ортогнатическим прикусом в 57,3% -80,9% случаев [7, 8]. Однако, по-прежнему, многие врачи-стоматологи при составлении плана обследования пациентов с СБД ВНЧС обходят вниманием значение расстройств нейромышечного аппарата, гормональных и психоэмоциональных

нарушений в развитии этого заболевания, ограничивая лечение симптоматическими мерами [2, 3, 4]. Итак, необходимость детального изучения, как артикуляционных нарушений, так и патологических изменений в нервно-мышечном аппарате, нарушений в гинекологическом статусе и психоэмоциональной сфере пациенток с СБД ВНЧС продиктована потребностью найти эффективные способы лечения данного заболевания.

Целью нашей работы является комплексное изучение особенностей клинического течения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин с учетом изучения взаимоотношений анатомических структур ВНЧС, состояния нервно-мышечного аппарата, гинекологического и психоэмоционального статусов.

Объекты и методы исследования. В основу нашего исследования были положены результаты обследования 57 женщин в возрасте от 25 до 52 лет с СБД ВНЧС. Их обследование осуществлялось по единому алгоритму, направленному на определение местных и общих факторов, способствовавших развитию заболевания, особенностей клинических проявлений и степени тяжести СБД ВНЧС. Обследование дополнялось обязательной цифровой рентгенографией сустава (аппарат «РаХ-Р & Р»), а также электромиографическим исследованием жевательных мышц (аппарат «Нейро-ЭМГ-Микро»). Кроме того, совместно с специалистами соответствующих профилей всем пациенткам проводилось гинекологическое обследование и изучение их психоэмоционального статуса с помощью теста «мини-МУЛЬТ» [9].

Результаты собственных исследований. Все пациентки, находившиеся под нашим наблюдением, в качестве основной жалобы указывали на болевые ощущения различной интенсивности в области проекции сустава с иррадиацией в область наружного слухового прохода у 42 женщин (73,7%), в нижнюю челюсть – у 37 (64,9 %), в шею – у 19 (33,3%) и в верхнюю челюсть – у 12 (21,1%). Кроме того, 27 пациенток (47,4%) жаловались на умеренное чувство «стягивания» и «жжение» в мышцах,

усиливалось при эмоциональном напряжении и местном переохлаждении. Наряду с жалобами на болевые ощущения 39 женщин (68,4%) обращали внимание на возникновение звуковых явлений при открывании и закрывании рта.

Следует отметить и то, что 17 пациенток (29,8%) указывали на определенные нарушения со стороны психоэмоциональной сферы, в частности, подавленное настроение, раздражительность, нарушение сна, а также чувство тревоги и подозрения на новообразования в головном мозге. Особенно это касалось женщин с выраженным болевым синдромом.

Изучение анамнеза СБД ВНЧС показало, что 14 женщин (24,6%) считали причиной заболевания эмоциональный стресс, вызванный как социально-бытовыми, так и психологическими факторами (семейными и профессиональными проблемами, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, потерей близких и т.п.). Развитие заболевания 11 пациенток (19,3%) связывали с переохлаждением, 2 (3,5%) – с неадекватным протезированием, 30 особ (52,6%) не могли объяснить возникновение заболевания какой-либо конкретной причиной. Все пациенты отмечали довольно значительную длительность заболевания – от 1,5 месяцев до 4 лет.

В ходе обследования пациенток с СБД ВНЧС у 35 особ (61,4%) были установлены нарушения движений нижней челюсти, которые проявлялись мучительным и неадекватным открыванием рта, а также S-образным смещением и односторонним типом жевания. Акустические шумы в суставе в виде щелчка были зафиксированы у 33 пациенток (57,9%). При пальпации собственно жевательных, височных, медиальных крыловидных мышц у большинства женщин (52 особы – 91,2%) были выявлены болевые утолщение мышечной ткани и асимметрия в мышечной массе.

При осмотре полости рта больных, находившихся под нашим наблюдением, у 12 женщин (21,1%) были выявлены аномалии прикуса, у 7 (12,3%) – вторичная адентия, у 3 (5,3%) – нерациональные конструкции зубных протезов. Нельзя не отметить тот факт, что количество пациенток с

интактными зубными рядами и с окклюзионно-артикуляционными нарушениями была практически одинаковой.

Рентгенологические исследования пациенток с СБД ВНЧС зафиксировали отсутствие структурных изменений костной ткани, однако указали на значительную вариабельность пространственного положения суставных головок. При этом чаще всего (46 человек – 80,7%) наблюдалось асимметричное положение головок в суставных ямках с ограничением движения в одном суставе и гиперфункцией в виде подвывиха – в другом.

Электромиографическими исследованиями собственно жевательных и височных мышц были обнаружены выраженные изменения их биоэлектрической активности у 40 пациенток (70,2%). Активность собственно жевательных и височных мышц при сжатии зубных рядов характеризовалась высокой максимальной амплитудой, что можно объяснить увеличением количества двигательных единиц, участвующих в процессе сокращения, и изменениями уровня синхронизации биоэлектрических разрядов. Кроме того, наблюдалась достаточно выраженная асимметрия биоэлектрической активности мышц. У 17 женщин (29,8%) с легкой степенью тяжести заболевания латентное время и амплитудно-частотные характеристики электромиографии были приближены к норме.

При изучении гинекологического статуса у 47 пациенток (82,5%) с СБД ВНЧС были диагностированы нарушения менструального цикла, такие как: альгоменорея, аменорея, гиперменструальный и гипоменструальный синдром. У 25 пациенток (43,9%) был диагностирован гирсутизм. Кроме того, у 41 женщины (71,9%) были выявлены воспалительные заболевания матки и придатков.

Психологическое тестирование с помощью теста «мини-МУЛЬТ», зафиксировало у 19 пациенток (33,3%) подавленное настроение в сочетании с выраженной эмоциональной лабильностью, тревогой, капризностью, апатией, пониженный компонент борьбы с болезнью; у 13 больных (22,8%) – повышенную утомляемость, нетерпеливость, неприятие ситуации ожидания,

неуверенность в благоприятном завершении болезни; у 10 женщин (17,5%) – частые смены настроения, желание привлекать к себе повышенное внимание, театральность поведения, выраженный компонент борьбы с болезнью; у 9 пациенток (15,8%) – навязчивые страхи, размышления и сомнения в правильности лечения заболевания, пониженный компонент борьбы с болезнью. Только у 6 пациенток (10,5%) психоэмоциональный статус можно было определить как гармоничное.

Полученные результаты, с одной стороны, отражают определенные личностные характеристики. С другой, значительное преобладание среди пациенток лиц с отклонениями в психоэмоциональной сфере указывает на то, что подобные нарушения, скорее всего, связаны с имеющимся заболеванием и неэффективностью его лечения.

Таким образом, комплексное обследование женщин с СБД ВНЧС позволяет установить сложный механизм патологических изменений, обуславливающих течение этого заболевания. Так, наряду с окклюзионно-артикуляционными нарушениями, важную роль в развитии дисфункции ВНЧС играют дискоординация деятельности жевательных мышц, а также изменения гинекологического и психоэмоционального статусов пациенток.

Поэтому для установления наиболее точного диагноза и назначения адекватного лечения женщин с СБД ВНЧС, кроме рентгено-компьютерной диагностики элементов сустава, целесообразно проведение электронейромиографических исследований, а также изучение гинекологического статуса и проведение психологических обследований. Полученные нами результаты доказывают необходимость применения индивидуального патогенетического лечения пациенток с СБД ВНЧС, направленного не только на устранение окклюзионно-артикуляционных нарушений, но и на восстановление функции нервно-мышечного комплекса, а также коррекцию гинекологического и психоэмоционального статусов.

Література

1. Баданин В.В. Нарушение окклюзии основной этиологический фактор в возникновении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин // Стоматология. – 2000. – Т.79, №1. – С. 39-41.
2. Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2007. – Т.86, №6. – С. 79-83.
3. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2006. – Т.85, №6. – С. 58-61.
4. Горожанкина Е.А. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Е.А. Горожанкина, Б.П. Марков, Ф.М. Мамедов // Новое в стоматологии. – 2003. – Т.109, №1. – С. 30-33.
5. Грачев Ю.В. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артогенная) лицевая боль / Ю.В. Грачев, В.И. Шмырев // Боль. – 2007. – Т.14, №5. – С. 2-12.
6. Гринин В.М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава / В.М. Гринин, Ю.М. Максимовский // Стоматология. – 1998. – Т.77, №5. – С. 19-22.
7. Орлова О.Р. Миофасциальный болевой синдром лица: новые аспекты клиники, патогенеза и лечения / О.Р. Орлова, Л.Р. Мингазова, А.М. Вейн // Новое в стоматологии. – 2003. – №1. – С. 1-5.
8. Писаревский Ю.Л. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин / Ю.Л. Писаревский, В.М. Семенюк, Б.С. Хышиктуев, Т.Е. Белокриницкая. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 105 с.

9. Психологические тесты / Пер. с англ. Е.А. Дружининой. – Харьков. – 1994. – 320 с.
10. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, Л.Т. Мухлаев, В.М. Корнилов, Р.А. Пшепий // Российский стоматологический журнал. – 2002. – №2. – С. 28-30.
11. Пузин М.Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – М.: Медицина, 2002. – 160 с.
12. Семкин В.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии и лечение таких больных / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Д.В. Кравченко // Стоматология. – 2007. – Т.86, №1. – С. 44-49.
13. Чергештов Ю.И. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Ю.И. Чергештов, Е.Я. Губайдулина, Л.Н. Цегельник // Стоматология. – 2000. – №1. – С. 27-30.