

ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБОВОЇ ГОЛОВКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.

П.О. Москаленко, О.В.Рибалов, О.І. Яценко*.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Стаття виконана відповідно до плану науково дослідницьких робіт по комплексній ініціативній темі ВДУЗУ "УМСА" - Оптимізація профілактики і лікування стоматологічних захворювань (державний реєстраційний номер 0106U003237).

Самофінансування.

Впродовж останніх 20-30 років відзначається підвищена увага вітчизняних і зарубіжних науковців до захворювань скронево-нижньощелепних суглобі (СНЩС). Це обумовлено тим, що клінічні ознаки суглобових дисфункцій в згідно з публікаціями провідних фахівців, можна виявити у 14-40 % усього населення, а останні 15 років патологія СНЩС займає третє місце після карієсу і захворювань пародонту серед уражень зубо-щелепної системи[6].

Проблема лікування і реабілітації пацієнтів з симптомами м'язово-суглобової дисфункції СНЩС знаходиться в прямій залежності від розуміння процесів патоморфоза їх виникнення. При виборі методу лікування лікарі, як правило, основну увагу приділяють локальним проявам дисфункції (обмежене або надмірне відкривання рота, болі і звукові явища в ділянці СНЩС та ін.), що при

проведенні лікувальних заходів зазвичай не призводить до бажаного результату. Це пов'язано з тим, що не враховуються особливості функціональних і морфологічних порушень в окремих компонентах СНЩС і прилеглих до нього анатомічних утворень[6].

При гіпермобільності суглобової голівки СНЩС, яка зазвичай буває односторонньою і виникає при широкому відкриванні рота під час лікування або видалення молярів на нижній або верхній щелепі (особливо "зубів мудрості"), обробці дистальних зубів для ортопедичних конструкцій і знятті відбитків, застосуванні роторозширювачів, проведенні інтубації на тлі перевантаження м'язово-суглобового компоненту можливі ушкодження їх окремих елементів, що супроводжується больовим симптомом, порушенням структурно-функціональних зв'язків з симетричним суглобом[4].

Крім того, в механізмах розвитку гіпермобільності суглобової голівки СНЩС окрім дискоординаторних порушень функціонування жувальних м'язів необхідно враховувати подібні порушення з боку м'язів шиї, сфенобазиллярного синхондрозу і фізіологічної рухливості скроневої кістки. Гіпертонус скроневого м'яза при емоційному стресі, дисфункції СНЩС може викликати компресію скронево-тім'яного шва "ножницеподібне" зміщення шва. Клінічно виявляється болісність при пальпації шва і головний біль. Гіпермобільність суглобової голівки супроводжується вираженими структурно-функціональними порушеннями в опорно-руховому апараті в цілому[1].

Тривалість клінічних проявів гіпермобільності суглобової голівки може коливатись від кількох місяців до декількох років.

Метою нашої роботи була розробка комплексної методики лікування гіпермобільності суглобової голівки СНЩС на підставі аналізу результатів клінічних проявів аксіографії і рентгенографії обох суглобів.

Матеріал і методи дослідження

Нами спостерігалось 89 пацієнтів з явищами гіпермобільності голівки нижньої щелепи. Жінок було 81, чоловічий - 8. Середній вік хворих - 35,6±3,2 років. Методи дослідження : загальноклінічні, стоматологічні, рентгенологічні, мануальне тестування, аксіографія, електроліографія, СКТ (при необхідності). При огляді оцінювали симетрію лица, положення голови, верхньовнутрішніх кутів лопаток, плечей, ключиць, тазу. Пальпували хребет і пара-вербальні точки, шви черепа, СНЩС, жувальні і шийні м'язи. Аналізували паралельність плечового і тазового поясів[2]. На ортопантомограмах вимірювали довжину гілок нижньої щелепи. На томограмах обох СНЩС оцінювали кісткові елементи, розміри суглобових щілин в звичній оклюзії, при відкритому роті. При клінічних ознаках дислокації суглобового диска (девіація нижньої щелепи, "реципроктне клацання" та ін.) аксіографія дозволяла визначити момент вправлення голівки.

Для вивчення рентгенологічно визначуваних порушень з боку суглобової щілини робилися виміри її в трьох основних позиціях[7].

У складних випадках діагностики проводили МРТ дослідження: визначали ступінь зміщення диска (часткове або повне), положення диска по відношенню до суглобової головки в різні фази відкривання рота.

За результатами клінічного, функціонального і рентгенологічного досліджень СНЩС нами виділені три ступені гіпермобільності : легка (45 хворих), середньої тяжкості (26 хворих) тяжка (18 хворих).

Результати дослідження.

У всіх 89 обстежених пацієнтів діагностована гіпермобільність суглобової голівки з вираженими в тій або іншій мірі симптомами м'язово-суглобової дисфункції. При опитуванні виявлені наступні скарги: болі в привушно-жувальній області, суглобовий шум, надмірна амплітуда рухів нижньої щелепи, головні болі, асиметрія лица. У 31 пацієнта відмічена наявність різних змін хребта, з приводу яких вони проходили лікування (фізіотерапія, масаж, міогимнастика). Проведене лікування було малоефективне. При огляді виявлені наступні порушення опорно-рухового апарату : порушення осанки, гіпотрофія м'язів, гіпермобільність суглобів верхніх кінцівок, викривлення хребта (сколіоз), асиметрія положення плечей, лопаток, плоскостопість. Асиметрія лица виявлена у 25 из 89 пацієнтів за рахунок асиметрії розвитку кісток лицевого скелета, асиметрії тонуса власне жувальних і скроневих м'язів. Більше ніж у половини пацієнтів була болісна пальпація зовнішнього крилоподібного м'яза

(крилопіднебінної ямки), краніальних швів (особливо скронево-основного і потилично-сосцеподібного).

При локальному обстеженні виявляється болючість в ділянці суглоба (85,7% хворих), надмірне максимальне відкривання рота більш ніж 5,5 мм між центральними різцями щелеп (82,8% хворих), шумові явища (100% хворих), дискомфорт при жуванні (65,7% хворих).

Міальгія та артралгія спостерігались у 71,4% хворих. Їх локалізацією частіше за все була ділянка суглобу (37,7%), а також власне жувальний та латеральний крилоподібний м'яз (33,7%).

Клінічний аналіз дав можливість виявити залежність між станом прикусу та можливістю виникнення неповного вивиху СНЩС. Пацієнти в більшості своїй (94,3%) мали прикус з невеликим різцевим перекриттям (75,1%), або прямий (19,2%) .



Рис.1. Апарат для аксіографії, виготовлений нами.

При обстеженні зубних дуг спостерігалось зміщення середньої лінії щелеп (в лівий бік у 2 хворих-20%, в правий у 8-80%). Зміщення в

межах 2мм спостерігалось у -20% хворих, в межах 4мм- -51,4% хворих, перевищувало 4мм – 22,8%)- хворих .

Також досліджувалась траєкторія руху нижньої щелепи: у (75%) хворих спостерігалось зигзагоподібне відкривання рота, у (25%) хворих спостерігалось східчасте відкривання.

При пальпації головки СНЩС у значної частини хворих (75%) спостерігалась її значна екскурсія за межі суглобового бугорку, в 66%- з одного боку, 1 випадку(9%)-з обох боків.

При оцінці форми суглобової голівки по висоті і ширині майже у усіх обстежених, включаючи контрольну групу, відзначалася її асиметрія.

Звертає на себе увагу достовірне звуження суглобової щілини в передніх відділах у пацієнтів обох груп з односторонньою гіпермобільністю суглобової голівки і неповним вивихом, і розширення в задніх відділах на стороні вивиху в порівнянні з протилежною стороною, де ці розміри значно збільшені.



Рис.2 Рентгенограма СНЩС з гіпермобільністю суглобової голівки

Для хворих з легким ступенем ГМСГ - (45 чоловік) - лікування розпочинали з легкого масажу всіх груп жувальних м'язів. Після цього, при широко відкритому роті пацієнта, коли суглобові головки розташовувались на передньому скаті суглобового горбка, надавлювали на підборіддя долонною поверхнею кісті знизу по напрямку до СНЩС(рис 1). При цьому пацієнт відчував легкий ляскіт в ділянці ураженого суглобу.

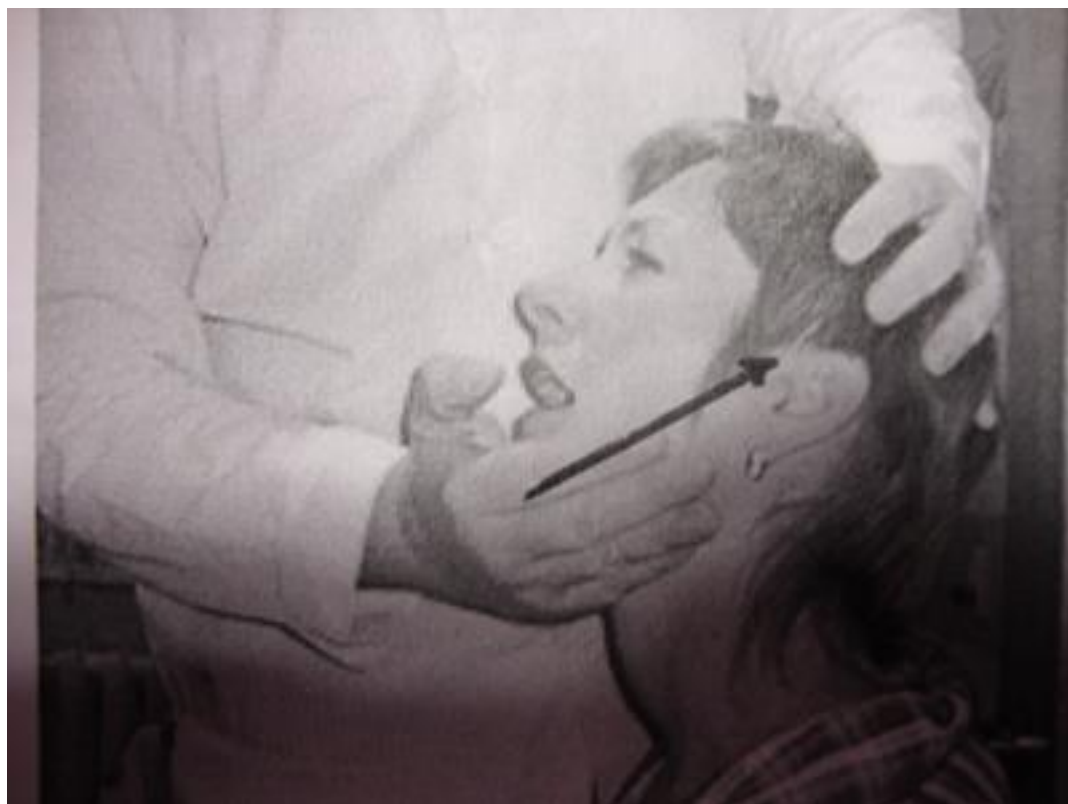


Рис.3. Схематичне зображення ручної репозиції суглобової головки нижньої щелепи.

Одночасно відновлювалась динамічна оклюзія, усувалась дисфункція жувальних м'язів та шумові явища в суглобі. Хворим рекомендувався охоронний режим у вигляді обмеження відкривання рота на 7-10 днів.

При середньому ступені гіпермобільності, разом з ручною репозицією голівок ВНЧС, проводили вібраційний

масаж скроневих, власне жувальних м'язів, м'язів шиї (підшкірної, трапецієвидної, грудино-ключично-сосцеподібної). Для усунення функціональних блоків в сегментах шийного відділу хребта використовували класичні методи мануальної терапії натисненням на остисті і поперечні відростки хребців. Охоронний режим для жувальних м'язів складав 10 - 15 днів. Хороший функціональний і знеболюючий ефект давало застосування флюктууючих струмів на ділянку суглоба і жувальних м'язів в кількості 7-10 сеансів.

При тяжкому ступені гіпермобільності суглобових головок СНЩС описаний вище комплекс заходів доповнювали м'якою краніальною тракцією (тиском на кути нижньої щелепи, яка передається на суглобову ямку скроневої кістки збільшуючи її фізіологічну рухливість в темпоро-базиллярних швах) і каудальною тракцією нижньої щелепи при закритому роті пацієнта легкими зусиллями, що дають, на відділ підборіддя нижньої щелепи в дистальному напрямі, яке дозволяє не лише коригувати положення голівки в суглобовій ямці, опосередковано впливати на потиличну кістку, але і посилювати обмін рідини в порожнині черепа. На завершуючому етапі лікування цієї групи хворих застосовували прийоми лікувальної фізкультури, яка включає релаксацію усіх груп жувальних м'язів і м'язів шиї. Усе це доповнювалося електростимуляцією м'язів флюктууючими струмами, що дозволяло поліпшити стан мікроциркуляторного русла в ділянці суглоба, усунути патологічну пропріорецептивну

імпульсацію, регулювати тонус м'язових волокон і зміцнювати сумочно-зв'язковий апарат.

Аналіз віддалених результатів лікування наших хворих (від 9 місяців до року) показав, що у 86,6% пацієнтів з легким ступенем, у 84,7% -із середнім і у 77,8% -з тяжкою гіпермобільністю суглобових голівок проведений комплекс мануальних, фізичних і фізіотерапевтичних заходів виявився ефективним, рецидивів захворювання не спостерігалось.

Висновки

1. Лікування хворих з патологією ВНЧС зобов'язує кожного фахівця нашої професії враховувати усі сторони патогенезу захворювання, що має місце, характер функціональних і морфологічних порушень не лише з боку усіх компонентів СНЩС але і прилеглих до нього анатомічних структур.

2. Поєднання стоматологічної терапії з методами лікування остеопатій дозволяє добитися стабільних результатів лікування гіпермобільності суглобової головки , зменшуючи ризик можливих ускладнень.

Література.

1. Буг ровецкая О.Г. Мануальная диагностика и мануальная терапия при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава /О.Г.Бугровецкая, В.В.Юров // Рефлексотерапия. —2003. —№3.—С.13–15.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика и

- патобиомеханика). — СПб.: ИКФ Фолиант, 1999. — 400 с.
3. Васильева Л.Ф. Патобиомеханика стоматогностической системы /Л.Ф. Васильева, Г.Д.Вяземская//.-М.-2005.-136 с.
 4. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба./ О.В. Рибалов, І.В.Яценко// Галицький лікарський вісник, 2005. - № 3. — с. 82 — 83.
 5. Севрюгина Г.В. Кинезиотерапия ВНЧС/Г.В. Севрюгина// Практическое решение проблем височно-нижнечелюстного сустава. Материалы 3-тей межрегиональной научно-практической конференции.-Днепропетровск, 2010.-с.42-44.
 6. Хватова В.А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстно-лицевой системы. /В.А. Хватова // Новое в стоматологии — 2001. — спец. вып. №1. — 95 с.
 7. Ужумецкене И.И.. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава при некоторых нарушениях зубочелюстной системы // Клиника и лечение врожденных и приобретенных дефектов челюстно-лицевой системы. -Калинин, 1969.- С. 90 - 936