

## **О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ СИМПТОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ**

О.В. Рыбалов, П.А. Москаленко, И.В. Яценко

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия» г.Полтава

Наш клинический опыт, данные отечественных и зарубежных клиник, занимающихся вопросами артрологии в стоматологии, отмечают рост числа больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Многообразие вариантов заболеваний ВНЧС (артрит, артроз, острый и хронический вывих и др.), приводящих к его функциональной неполноценности, всегда сопровождаются симптомами мышечно-суставной дисфункции.

Наличие значительного объема информации в отношении заболеваний ВНЧС и, вместе с тем, отсутствие координированной возможности ее всестороннего анализа, отсутствие общетеоретических концепций, которые позволили бы объединить этот многогранный материал, сложность логического согласования теоретических, клинических и экспериментальных данных типичных и нетипичных проявлений патологических процессов в суставе (точнее в его отдельных анатомических структурах), обуславливают конкретную проблемную ситуацию, которая характеризуется отсутствием адекватного объяснения патогенеза заболеваний ВНЧС, диагностических и лечебных подходов, большим количеством разнообразных в использовании и предназначении способов и методик лечения, неоднозначностью трактовки получаемых результатов.

Рентгенологические, магнитнорезонансные, компьютерно-томографические, внутрисуставные исследования с помощью волоконной оптики, результаты оперативных вмешательств на ВНЧС дали возможность описать возникающие нарушения в его отдельных

компонентах (капсуле, внутрисуставных связках, диске, суставной головке, суставной впадине) при травматических, дегенеративных, дистрофических процессах в суставе, при патологической окклюзии.

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи стоматологических манипуляций при лечении моляров верхней и нижней челюсти на возникновение симптомов мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Материал и методы исследования. Наблюдалось 33 больных в возрасте от 22 до 45 лет. Женщин было 26, мужчин – 7. Лечение моляров на верхней челюсти проводилось у 21 пациента, на нижней челюсти – у 12. Наряду с клиническим исследованием (опрос, осмотр, пальпация областей ВНЧС, определения окклюзии) проводилась аксиография, артрофонография, рентгенография обоих ВНЧС, магнитно-резонансная томография суставов.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Жалобы наблюдаемых больных сводились на боли и дискомфорт во время открывания рта в области одного (27 больных) или обоих (6 больных) ВНЧС. Боли усиливались при жевании, особенно при боковых смещениях нижней челюсти, отдавали у части больных по ходу ветвей тройничного нерва. У 12 больных отмечалось появление в суставе хрустящих, шуршащих, щёлкающих ощущений. Из анамнеза выяснено, что все больные при лечении зубов сидели с широко открытым ртом в течение длительного времени (от получаса до полутора часов!!!). Трём больным для удобства работы врача между зубами верхней и нижней челюсти противоположной от манипулируемой стороне вводили объёмный ватный валик, не позволяющий произвольному закрыванию рта (своеобразный роторасширитель).

При осмотре больных внешних нарушений в области ВНЧС не наблюдалось. Пальпация области латеральной крыловидной мышцы и

суставной головки у 26 больных была резко болезненной. При открывании рта движения нижней челюсти у 28 больных были зигзагоподобными, у 5 – ступенчатыми. При широко открытом рте у 22 больных с одной стороны, у 3 – с обеих пальпаторно и визуально определялось чрезмерное смещение суставной головки вперёд под основание скуловой дуги. При осмотре зубных рядов у 15 пациентов отмечено отсутствие правильного смыкания зубов на одной из окклюзионных сторон.

Анализ рентгенологических картин ВНЧС, особенно при открытом рте, выявили у 30 больных смещение одной из суставных головок значительно вперёд за пределы суставного бугорка. У 3 больных подобного рода нарушения определялись с обеих сторон.

Оценивая результаты клинических проявлений симптома мышечно-суставной дисфункции наблюдаемых больных, результаты дополнительных исследований можно расценивать их как импрессионную нестабильность суставной головки и суставного диска, связанный с неполноценной стабилизацией суставной головки в суставной впадине за счёт изменения механических свойств капсулы сустава и связочного аппарата без их повреждения (их функциональное перерастяжение, нарушение привычных анатомических соотношений размеров и сил натяжения между передним и задним отделами капсулярно-мышечно-связочного компонента сустава), а также недостаточность активной стабилизации суставной головки на вершине суставного бугорка за счёт нарушения мышечного ответа (мышечная дисфункция). Все эти нарушения способствуют неадекватному (порочному) распределению механической нагрузки, локальной перегрузке элементов одного из суставов, что сопровождается болевым симптомом, нарушением структурно-функциональных связей с симметричным суставом, формированию механизмов стойкой анатомической нестабильности суставной головки и диска, приводящих к их вывиху.