

УДК 616.724 - 007

Рибалов О.В., Яценко І.В.

Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглобаКафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії (зав. каф. - д.мед.н., проф. О.В.Рибалов)
Української медичної стоматологічної академії (м. Полтава)

Резюме. На основі аналізу клініко-лабораторних досліджень 118 пацієнтів з різного роду нестабільністю скронево-нижньощелепного суглобу зроблений висновок, що порушення біомеханічних характеристик роботи суглоба пов'язано зі змінами механічних якостей капсули й зв'язкового апарату, з порушенням функції жувальних м'язів, з анатомічними невідповідностями розмірів суглобної голівки й суглобної ямки, порушеннями з боку суглобних поверхонь, змінами осьових співвідношень гілки щелепи й суглобної ямки, ушкодженнями або дефектами суглобного горбка. Виділено п'ять видів анатомо-функціональної нестабільності скронево-нижньощелепного суглоба.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, суглобна нестабільність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Велика кількість клінічних варіантів патологічних процесів у скронево-нижньощелепному суглобі (артрит, артроз, дисфункції та ін.), нестабільність взаємовідносин анатомічних структур суглоба, які призводять до його функціональних порушень, є одною з мало вивчених в стоматології проблем [1, 2, 3].

Поняття про нестабільність суглоба (суглобну нестабільність) у стоматологічній літературі нами не зустрічалося. Оцінюючи наукові розробки цього плану ортопедів і травматологів та з огляду на особистий тридцятирічний досвід, ми прийшли до висновку, що цей досить вузький термін може бути визнаний і в нашій дисципліні [4].

Анатомічну нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) варто розглядати або як реактивний, або як патологічний стан, який має своєрідні клінічні прояви, з характерними функціональними змінами:

- порушення опорної функції суглобових поверхонь;
- самовільне порушення функції руху одного або обох суглобів (неконтрольовані переміщення нижньої щелепи);
- виникнення невластивих переміщень голівки нижньої щелепи за рахунок дискоординації роботи жувальних м'язів і неадекватних переміщень контактних поверхонь суглоба;
- виникнення грубих внутрішньосуглобних шумів (тріск, хрускіт і ін.);
- розвиток больового синдрому [5,6].

При великій кількості медичної наукової літератури відносно захворювань СНЩС, складності в їх експериментальному відтворенні, відсутності єдиного погляду на етіологію, патогенез, класифікацію, термінологію, все це обумовлює проблемну ситуацію, яка логічно відображується на діагностичних і лікувальних підходах відносно цієї категорії хворих, а також у неоднозначності оцінки отриманих при цьому результатів досліджень [7, 8].

Метою нашого дослідження було вивчення етіологічних факторів виникнення анатомо-функціональної нестабільності СНЩС і на цій основі розробка етіопатогенетичного лікування.

тогенетичного лікування.

Матеріал і методи дослідження

У наукову розробку питання ввійшло 118 хворих з різного роду нестабільністю СНЩС (хворі із запальними захворюваннями СНЩС у це число не входили). Вік хворих від 16 до 65 років. Чоловіків - 31, жінок - 87.

Методи дослідження - мобільність суглобів, рентгенометричний аналіз артрограм (для розрахунку біомеханічних характеристик), електроміографія, рентгенографія суглобів за Шюлером, магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія.

Результати дослідження та їх обговорення

Загальновідомо, що важливим компонентом адекватної функції СНЩС на тлі постійно діючого навантаження є система збереження оптимального симетричного біомеханічного статусу й механізмів саморегуляторної стабілізації суглобів, які обумовлюють динамічне анатомо-функціональне положення нижньої щелепи, стабільність нижньої щелепи при її рухах.

Нааявність компенсаторно-приспосувальних процесів забезпечує компонентам СНЩС достатній запас міцності й визначає границі оптимальної функції суглобного апарата.

У ситуаціях, коли запас міцності окремих компонентів СНЩС не відповідає функціональним можливостям, то виникає порушення (зрив) компенсації, що проявляється в різного роду нестабільності суглоба.

До етіологічних моментів у зриві анатомо-функціональних компенсаторних можливостей елементів СНЩС в узагальненому вигляді можна віднести внутрішні й зовнішні фактори.

Внутрішні фактори пов'язані з різноманітними аномаліями розвитку структурних компонентів суглобів, які в певних умовах визначають клінічні ознаки нестабільності.

Основним зовнішнім фактором, що призводить до нестабільності СНЩС, є гостра механічна травма, надмірне навантаження на суглоби, хронічна мікротравма.

З огляду на всі вище перераховані етіологічні та патогенетичні аспекти нестабільності СНЩС, ми виділили наступні її види:

1. Спонтанна (викликаними внутрішніми причинами);
2. Гіпермобільність одного або обох СНЩС;
3. Травматична: - імпресійна;
- компресійна.
4. Оклюзійна: - за рахунок порушення прикусу;
- за рахунок дефектів зубного ряду;
- за рахунок ортопедичного (ортодонтичного) лікування.
5. Диспластична (супроводжується вивихами).

Характеризуючи спонтанну нестабільність СНЩС, слід зазначити, що вона зустрічається в осіб з лабільною психікою (педагоги, артисти) і фактично є реактивним процесом. Із загального числа спостережень

вона діагностована в 18 (15,2%) випадках. Всі пацієнти були жіночої статі.

Гіпермобільність СНЩС відноситься до гіпермобільності суглобних голівок, які надмірно (зовсім без зусиль) зміщуються уперед за межі суглобної ямки й не тільки пальпаторно, але й візуально визначаються під вилицевою дугою. Нами спостерігалось 12 таких хворих (10,2% від загального числа).

Травматична імпресійна нестабільність СНЩС (частіше однібочна) виникає, як правило, при широкому відкриванні рота (лікування або видалення нижніх або верхніх 8-х зубів, після маніпуляцій із застосуванням ротгорозширювачів і ін.) і пов'язана з перерозтяганням капсули суглоба. Із загального числа хворих ця група склала 21 чоловік (17,8%).

Травматична компресійна нестабільність виникає в результаті гострої травми (удари, падіння на підборіддя й ін.). Такого типу нестабільність констатована в 13 пацієнтів (11%).

Досить велику групу склали хворі з оклюзійною нестабільністю - 39 чоловік (33%): за рахунок порушення прикусу - 7 (5,9%), дефектів зубного ряду - 13 (11%), після ортопедичного (ортодонтичного) лікування - 19 (16,1%). Слід зазначити, що число хворих з оклюзійною нестабільністю СНЩС після ортодонтичного лікування останнім часом значно збільшилося, особливо хворих, у яких використовуються брекет - системи.

Диспластична нестабільність СНЩС досить складна в діагностиці. Для неї характерний повний або неповний стійкий вивих звичайно одного із суглобів. Нами спостерігалось 15 таких хворих (12,7%), хоча, на наш погляд, число їх у загальній структурі нестабільності ВНЧС значно більше.

Ми не акцентуємо уваги в нашому повідомленні на особливостях лікування анатомо-функціональної нестабільності СНЩС. Воно виходить із етіопатогенетичних особливостей кожної форми.

Висновки

Аналіз рентгенологічних, томографічних, магнітно-резонансно томографічних, анатомо-функціональних досліджень дав можливість зробити висновок, що порушення біомеханічних характеристик роботи СНЩС полягають у зміні механічних якостей капсули й зв'язкового апарата без їхнього пошкодження (розтягання капсули, порушення розмірів диска, зміна балансу натягу переднього й заднього відділів капсули й т.п.). Недостатність повноцінної стабілізації СНЩС пов'язана з порушенням м'язового апарата [неадекватні скорочення, бруксизм, міопатія, порушення нейрогенних (синаптичних) відповідей і ін.], що сприяє несприятливому розподілу навантаження, а точніше переважанню компонентів одного із суглобів, ушкодженню структурно-функціональних зв'язків і формуванню стійкої нестабільності.

Порушення біомеханіки роботи СНЩС можуть бути пов'язані з анатомічними (структурно-просторовими) невідповідностями розмірів суглобної голівки й суглобної ямки, порушеннями з боку суглобних поверхоень, змінами осевих співвідношень гілки щелепи й суглобної ямки, ушкодженнями або дефектами суглобного горбка, механічними ушкодженнями капсули суглоба, імпресійними порушеннями зв'язкового апарата за рахунок гіперфункції скроневого м'яза.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні взаємозв'язку стану імунної системи і анатомо-функціональних характеристик СНЩС.

Література

1. Хватова В.А., Спутникова А.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения // Новое в стоматологии. - 1998. - № 1. - с. 33 - 42.
2. Гринин В.М., Максимовский Ю.М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. - 1998. - № 5. - с. 19 - 22.
3. Рыбалов О.В. Полостные гематомы височно-нижнечелюстного сустава // Збірник наукових праць Інституту стоматології КМАПО ім. П.Л.Шулика: К, 2004. - Вип. 1. - с. 76 - 77.
4. Тяжелов А.А. Этиопатогенез нестабильности плечевого сустава // Ортопедия, травматология и протезирование, 1995. - № 4. - с. 70 - 74.
5. Рыбалов О.В., Стоян О.Ю. Реабилитация хворих із різним ступенем прояву м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба // Матеріали I (VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. - К., 1999. - с. 376 - 377.
6. Рябоконт Е.М. Діагностика і комплексне лікування хворих із переломами виросткового відростка нижньої щелепи і кістковими захворюваннями скронево-нижньощелепного суглоба: Автор. дис. ... д.мед.н.: 14.01.22 - Полтава, 2002. - 34 с.
7. Гишали В.Н. Изменения височно-нижнечелюстного сустава при потере зубов. - Ташкент, 1966. - с. 55.
8. Травматическая зубочелюстная окклюзия и её последствия / А.Г.Кац, И.В.Скородумова, М.И.Шевченко и др. // Российский стоматологический журнал, 2005. - № 1. - с. 49 - 53.

Rybalov O.V., Yatsenko I.V.

Anatomo-Functional Unstability of Temporomandibular Joint

Summary. On the basis of the analysis of clinico-laboratory investigations of 118 patients with different type of unstability of the temporomandibular joint there was made a conclusion that the violation of biomechanical characteristics of the joint's work is connected with changes of mechanical qualities of its capsula and binding apparatus with the violation of masticatory function, with anatomical discrepancy of parameters of articular head and articular bossa, disturbances from the side of joint surfaces, changes of axial correlations of the ramus and joint cavity, injuries or defects of the joint tubercle. There were distinguished fine types of anatomo-functional unstability of temporomandibular joint.

Key words: temporomandibular joint, articular unstability.

Надійшла 23.05.2005 року.