

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕВОГО СИМПТОМА ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС

О.В. Рыбалов, Е.С. Иваницкая, П.И. Яценко, О.И. Яценко

Среди многообразных видов дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при травматических повреждениях челюстей, мышечных контрактурах, острых и хронических вывихах суставной головки, гипермобильности суставных головок особое место занимает мышечно-суставная компрессионно-дислокационная дисфункция, которая сопровождается наиболее выраженным болевым симптомом в области жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сочленения. Актуальность выяснения патогенеза болевого симптома объясняется как постоянным увеличением обращаемости больных с патологией ВНЧС, так и отсутствием четкого алгоритма лечения определенного вида мышечно-суставных нарушений.

Цель исследования – на основании сопоставления клинических и анатомо-рентгенологических характеристик представить свое видение возникновения болевого симптома при компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС.

Объекты и методы исследования. Аналитической обработке подвергнуты результаты клинического и рентгенологического обследования 84 больных (69 женщин и 15 мужчин) с явлениями мышечно-суставной компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС. Возраст больных от 23 до 39 лет. Клиническое обследование осуществлялось по общепринятым методикам для пациентов с патологией ВНЧС. Рентгенография (зонография) обоих ВНЧС с закрытым и открытым ртом проводилась аппаратом ОРТНОPHOS X65. Анализ рентгенограмм включал оценку размеров и форм суставных головок, их рентгеноанатомическую плотность, высоту суставных бугорков, характер смещения суставных головок по отношению к вершинам

суставных бугорков при открытом рте. На рентгенограммах при закрытом рте проводилось сопоставление размеров суставных щелей обоих суставов в трех отделах: переднем, верхнем, заднем.

Результаты исследования. Ведущими жалобами изучаемой категории больных были боли в одном из ВНЧС, появление хрустящих звуков в симметричном суставе при жевании или открывании рта, боли в области жевательных мышц, дискомфорт при открывании и закрывании рта, неполноценное жевание, головные боли на стороне сустава с болевой симптоматикой.

При визуальной оценке идентичности правой и левой половин лица выявила ее только у 32% больных. Асимметрия наблюдалась за счет уменьшения размеров тела и ветви нижней челюсти на стороне болевого симптома и одностороннего увеличения мышечной массы собственно жевательных мышц на этой стороне. Со степенью выраженности внешней асимметрии лица отмечалось смещение нижней межрезцовой линии в сторону укорочения тела нижней челюсти. При открывании рта у всех больных имела место девиация нижней челюсти в сторону беспокоящего сустава. У 22 % больных прикус был физиологическим, у остальных с различной степенью дистального смещения нижней челюсти. При осмотре полости рта отмечались суперконтакты группы жевательных зубов на стороне болезненного сустава. На противоположной стороне контакты жевательных поверхностей зубов достигались только при произвольном сжатии челюстей.

У 44 % пациентов отсутствовали нижние третьи моляры на стороне болевого симптома. У большей части из этих больных они не прорезывались, у части - были удалены в связи с их дистопией или ретенцией. У 11 % больных имели место незначительные дефекты зубных рядов на стороне болевого симптома. При пальпации области сустава с болевой симптоматикой все пациенты отмечали боли разной интенсивности, которые усиливались при открывании рта. При этом движения суставной головки на этой стороне были мало ощутимы, в то время как на противоположной она значительно выходила

кпереди под. основание скуловой дуги, что сопровождалось у 52 % больных хрустящими, щелкающими звуками.

На рентгенограммах ВНЧС при закрытом рте у большинства пациентов (88 %) на стороне болевых явлений отмечалось достоверное сужение суставной щели в задних и задне-верхних отделах сустава и ее расширение в задних и верхних отделах симметричного. При открытом рте на рентгенограммах ВНЧС суставная головка нижней челюсти на стороне болевых явлений обычно находилась на заднем скате суставного бугорка не доходя до его вершины, а на противоположной стороне - выходила кпереди за вершину бугорка.

Таким образом, на основании сопоставления клинических и рентгенологических характеристик изучаемой категории больных можно сделать заключение, что в определенный момент происходит односторонняя дезадаптация в работе мышечно-суставного комплекса, кратковременное или длительное асимметричное рефлекторно-приспособительное повышение функции собственно жевательной, медиальной, латеральной крыловидной и височной мышц, что вызывает напряженно-деформированное состояние в одном из ВНЧС, что обуславливает значительное сдавление (компрессию) биламинарной зоны, где располагаются кровеносные сосуды и нервные волокна. Все это поясняет появление в нем симптомов компрессионной болевой мышечно-суставной дисфункции. При этом, в связи с функционально-анатомическими особенностями ВНЧС, смещение (дислокация) суставной головки противоположного сустава за границы вершины суставного бугорка кпереди можно квалифицировать как ее неполный вывих или анатомо-функциональную нестабильность ВНЧС. Детальная оценка взаимоотношений всех анатомических компонентов обоих ВНЧС, определяемых на прицельных рентгенограммах, в сочетании с объективным анализом жалоб и анамнеза заболевания позволяет доказательно установить причину возникновения компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное лечение.