

ХАРАКТЕР СООТНОШЕНИЙ КОСТНЫХ КОМПОНЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ ПРИ НАЛИЧИИ В ОДНОМ ИЗ НИХ БОЛЕВОГО СИМПТОМА

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

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

г. Полтава

В общей статистике заболеваний височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) до 80% - 90% наблюдений относится к их функциональным нарушениям. Чаще всего дисфункциональные состояния ВНЧС встречаются у женщин. Это соотношение, по данным различных авторов, составляет 3-5:1 (Хватова В.А., 2005). Известно, что для адекватной работы височно-нижнечелюстного сочленения необходимым структурным компонентом является жевательная мускулатура. Вместе с тем до настоящего времени нет четкого ответа на вопрос: мышечно-суставные функциональные нарушения являются следствием изменений в самом суставе или их причиной (Scrivani S.J., 2008). Многие другие вопросы относительно дисфункций ВНЧС, несмотря на значительное число публикаций по этому поводу, остаются актуальными в связи с их многообразием, что объясняет отсутствие единого мнения о их патогенезе, адекватных методах диагностики и лечения (Dolatabadi M., 2003; Яценко О.И., 2013; Naghigah A., 2014).

Согласно официальным классификациям, выделен ряд дисфункциональных состояний ВНЧС, среди которых отдельной нозологической формой отмечен синдром болевой дисфункции (Пузин М.Н., 2002; <http://www.mkbl0.ru/>). По описаниям этого вида дисфункции ведущим симптомом является боль в области сустава, сопровождающаяся некоординированными смещениями нижней челюсти при открывании рта, хрустом в суставах, головными болями, ослаблением слуха (Грачев Ю.В., 2007; Орлова О.Р., 2003). Эти симптомы наблюдаются, по данным разных авторов, у 60%-90% этой категории больных. Патогенез возникновения болевых симптомов в ВНЧС до сегодняшних дней зачастую остается

«патологической загадкой», что не дает возможности осуществлять их рациональное эффективное лечение.

Целью нашего исследования явилось описание характера соотношений костных компонентов височно-нижнечелюстных суставов у больных с клиническими проявлениями в одном из них болевого симптома.

Объекты и методы исследования. Наблюдения относятся к 63 больным (все женщины) в возрасте от 18 до 44 лет. Исследованию подвергнуты прицельные зонограммы обоих ВНЧС при закрытом и открытом рте всех больных. Анализ рентгенограмм включал оценку размеров и форм суставных головок, их рентгеноанатомическую плотность, высоту суставных бугорков. Особое внимание относилось к сопоставлению ширины суставной щели обоих суставов при закрытом рте в трех участках: переднем, верхнем, заднем и характер смещения суставных головок по отношению к суставному бугорку при открытом рте.

Результаты исследования. На зонограммах ВНЧС при закрытом рте у большинства пациенток обращало на себя внимание достоверное сужение суставной щели в верхних и задних отделах на стороне болевых явлений и расширение в задних и передне-верхних отделах на противоположной. При этом пальпаторно суставная головка при открытом рте на стороне болевых явлений "утопала" в суставной впадине, а на противоположной выходила за пределы вершины суставного бугорка кпереди.

С учетом того, что все пациенты связывали появление болевых ощущений в ВНЧС после длительных стоматологических манипуляций, откусывания большого фрагмента пищи, при зевании, в результате неадекватно-чрезмерного открывания рта за счет рефлекторного асимметричного повышения сократительной функции жевательной группы мышц возникает механическое сдавление (компрессия) биламинарной зоны, где располагается значительное количество сосудов и нервных волокон, что проявляется болевым симптомом. При этом смещение суставной головки противоположного сустава за пределы вершины суставного бугорка кпереди

можно квалифицировать как ее гипермобильность или анатомо-функциональную нестабильность в виде дислокации, что объективно отражает диагноз компрессионно-дислокационной дисфункции ВНЧС.

Таким образом, системный сравнительный анализ взаимоотношений всех анатомических компонентов обоих ВНЧС, выявляемых на прицельных рентгенограммах, с детальной оценкой жалоб и анамнеза заболевания позволяет доказательно установить причину возникновения компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное лечение этой категории пациентов.