УДК 616.724-073.75-001.6

КОМПРЕСІЙНО-ДІСЛОКАЦІЙНА ДИСФУНКЦИЯ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА З ПРОЯВАМИ БОЛЬОВОГО СИМПТОМА

О.В. Рибалов, О.С. Іваницька, О. І. Яценко, П.І. Яценко

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Проблеми діагностики та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба і на сьогодні не втрачають своєї актуальності, насамперед, через постійне збільшення кількості хворих, що мають різноманітні зовнішньо та внутришньосуглобові розлади. Як свідчать дані наукових публікацій, на ті чи інші патологічні стани скронево-нижньощелепних суглобів страждає від 50 до 70% населення різних країн світу[1]. Враховуючи також те, що вказані захворювання виникають переважно у молодому віці, цілком зрозумілим є соціальний аспект даної проблеми [2].

В той же час серед різноманітних скронево-нижньощелепних розладів найбільшого розповсюдження набув синдром больової дисфункції СНЩС, яка Міжнародною класифікацією захворювань ВООЗ визнана окремою нозологічною формою [3,4,5]. Хоча важко не погодитись із думкою тих дослідників, які вказують на те, що явища дисфункції, які супроводжуються болем, притаманні практично всім захворюванням СНЩС [6,7,8].

Синдром больової дисфункції СНЩС характеризується великою різноманітністю клінічних проявів. Найчастіше пацієнти скаржаться на біль у ділянці суглоба, некоординовані зміщення нижньої щелепи при відкриванні рота, клацання, хрускіт в суглобі, головний біль, ослаблення слуху [9,10]. Як свідчать дані, що наводяться багатьма науковцями, у значній кількості випадків спостерігається поєднання цих симптомів [11,12].

Значні зусилля фахівців докладаються до вивчення механізмів виникнення функціональних порушень СНЩС. Втім, незважаючи на активні наукові дослідження, спрямовані на визначення патогенезу больового симптому при дисфункціях СНЩС, до цього часу не вдається знайти однозначної відповіді на це питання. В свою чергу, невизначеність етіології та патогенезу захворювання значно ускладнює пошук ефективних засобів подолання даної недуги [13, 14, 15].

Метою нашого дослідження було зіставлення клінічних проявів больового симптому при м'язово-суглобової компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба та його рентгенологічних характеристик для уточнення механізму виникнення болю.

Об'єкти та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 54 хворих (всі жіночої статі) у віці від 18 до 49 років. Суб'єктивне обстеження пацієнток ґрунтувалось на вивченні характерних скарг: дискомфорт або болі у ділянці одного або обох СНЩС у спокої, при відкриванні та закриванні рота, наявність сторонніх звуків у суглобах при зміщеннях нижньої щелепи, порушення змикання зубів. З анамнезу захворювання з'ясовувалось, коли та з яких ймовірних причин з'явились його симптоми, чи проводились попередньо лікувальні заходи та які саме. У процесі отримання загальних анамнестичних даних зверталась увага на перенесені і наявні соматичні захворювання, у тому числі невротичні розлади.

При локальному об'єктивному обстеженні встановлювали наявність асиметрії обличчя, вивчали конфігурацію відділів СНЩС при закритому і відкритому роті, обсяг рухів нижньої щелепи та характер її зміщень при відкриванні та закриванні рота. За допомогою пальпації визначали тонус скроневих, жувальних, крилоподібних м'язів з обох боків, виявляли наявність або відсутність болю при легкому натисканні на суглобові головки при закритому роті та при зміщенні нижньої щелепи донизу і в боки, появу при цьому сторонніх звуків у суглобі. Фіксували увагу на положення

суглобових головок при максимальному відкриванні рота. Також у ході об'єктивного обстеження вивчався характер прикусу, встановлювались наявність патологічної стертості зубів, симетрії середньої (міжрізцевої) лінії, існування суперконтактів.

Обстеження доповнювалось рентгенографією обох СНЩС. Прицільну зонографію обох СНЩС проводили всім хворим на апараті ОРТНОРНОS Х65 при закритому і відкритому роті. Аналіз рентгенограм включав оцінку розмірів і форм суглобових головок, їх рентгеноанатомічну щільність, висоту суглобових горбків, характер зміщення суглобових голівок по відношенню до суглобового горбка при відкритому роті. Проводилось зіставлення вимірів ширини суглобової щілини обох суглобів при закритому роті у трьох ділянках: передній, верхній та задній.

Характеристика боли оценивалась в системе ВАШ по десятибалльной шкале: 0 (нет боли); 1-2 (боль незначительная); 3-4 (умеренная); 5-6 (сильная); 7-8 (очень сильная); 9-10 (крайне сильная, невозможная).

Результати дослідження. Всі хворі скаржилися на біль в одному з СНЩС, неповноцінне жування, больові відчуття у привушно-жувальній ділянці та у вусі з одного боку, що іррадіює у щічну, скроневу, лобну області, щелепи, зуби, тверде піднебіння, головний біль. Під час рухів нижньої щелепи у 44 хворих виникало клацання у СНЩС. Під час поворотів голови, при жуванні, ковтанні, розмові у більшості хворих біль посилювався. Описуючи характер болів, хворі визначали їх як пекучі, тягучі, стріляючі, давлячі. Пацієнти вказували на постійність болю на початку відкривання або при закриванні рота.

Вивчення анамнезу захворювання виявило, що його тривалість у хворих, що перебували під нашим спостереженням, коливалась у досить значних межах і становила від декількох днів до 2 років. Початок захворювання більшістю пацієнток пов'язувався із занадто широким відкриванням рота при відкушуванні великого фрагмента їжі, позіханні, відвідуванні стоматолога з приводу лікування або видалення зубів (зазвичай

третіх нижніх молярів), при протезуванні дефектів зубного ряду. До звернення у нашу клініку хворі з приводу болю в області СНЩС спостерігалися не тільки у стоматологів, а й у отоларингологів, невропатологів, фахівців нетрадиційної медицини. Проведене ними лікування, спрямоване на усунення больових відчуттів в області СНЩС, призводило до короткочасного покращення їх стану.

Під час обстеження було виявлено, що у всіх хворих при відкриванні рота спостерігалось порушення його амплітуди та зсув нижньої щелепи у бік, де виникав біль. Пальпація ділянки цього суглоба була болісною. Пальпація симетричного суглоба не викликала болю, але при відкриванні рота визначалось значне виходження суглобової головки під виличну дугу. Пальпація нижніх відділів медіального та латерального крилоподібних м'язів була хворобливою у більшості пацієнток (42 особи), рухи нижньої щелепи супроводжувалися неприємними тягнучими відчуттями у власне жувальних м'язах. Було також виявлено, що їх м'язова маса з різних сторін у більшості хворих (44 особи) була неоднаковою: на боці больових відчуттів вона була більшою, на протилежній – меншою. При аускультації суглобів при рухах нижньої щелепи у 49 хворих визначалися шумові явища з обох сторін.

При огляді порожнини рота виявлялися суперконтакти групи жувальних зубів з боку хворобливого суглоба. На протилежній стороні контакти жувальних поверхонь зубів досягалися тільки при довільному стисканні щелеп.

Изучение выраженности болевых ощущений (ВАШ) в области соответствующего сустава показало, что на день первичного обращения у 9 человек боль характеризовалась как умеренная, у 23 – сильная, у 16 – очень сильная, у 6 – крайне сильная,

На рентгенограмах СНЩС при закритому роті у більшості пацієнток привертало увагу достовірне звуження суглобової щілини у передньо-верхніх і задніх відділах на стороні больових явищ та її розширення в задніх і верхніх відділах на протилежному боці. В той же час при відкритому роті суглобова

головка на боці больових симптомів «утопала» у суглобовій ямці, а на протилежній стороні виходила за межі вершини суглобового горбика наперед.

Следовательно в развитии м'язово-суглобової компресійно-дислокаційної дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, що супроводжуэться болевым симптомом, существенное значение имеет одностороннее нарушение функции жевательной мускулатуры, дискоординация в роботе латеральных крыловидных, височных и собственно жевательных мышц. Асимметричное сокращение этих мышц приводит к несогласованному смещению обеих суставных головок в суставных ямках, что, в свою очередь, вызывает сдавление или ущемление внутрисуставного диска в задне-верхних отделах суставной полости одного из суставов, а также обширной сети нервных волокон, расположенных здесь, что сопровождается болью не только в области сустава и жевательных мышц, но и болями в области уха, головными болями.

Таким чином, об'єктивний аналіз взаємовідносин всіх анатомічних компонентів обох СНЩС, що виявляються на прицільних рентгенограмах, проведений з урахуванням детальної оцінки скарг та анамнезу захворювання дозволяє доказово встановити причину виникнення компресійного больового м'язово-суглобового симптому та забезпечити адекватне ефективне лікування хворих з компресійно-дислокаційної дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба.

Література

1. Баданин В.В. Нарушение окклюзии основной этиологический фактор в возникновении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин // Стоматология. – 2000. – Т.79, №1. – С. 39-41.

2. Щербаков А.С. Изучение распространенности и диагностики функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста /

А.С. Щербаков, И.В. Петрика, В.И. Буланов, М.В. Загорко // Институт стоматологии. – №1. – 2013. – С. 18-20.

3. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.mkbl0.ru/.

4. Сысолятин П.Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П.Г. Сысолятин, А.А. Ильин, А.П. Дергилев // Мед.книга. – Москва: Изд-во НГМА, Н. Новгород. – 2001. – 78 с.

5. Пузин М.Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М.Н. Пузин, А.А. Вязьмин // М.:Медицина. – 2002. – С. 1-60.

6. Myron R. Management of Temporomandibular Disorders / R. Myron, T.W. Ochs, M.W. Ochs // Oral and maxillofacial surgery. – St. Louis Missouri. – 2003. – P. 672 – 696.

7. Dolatabadi M. Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice / M.Dolatabadi, M.M. Kalantar, T.K. disorders / S.J. Scrivani, D.A. Keith, L.B. Kaban // N. Engl. J. Med. – 2008. –№ 25 (359). – P. 2693-2705.

9. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в залежності від морфо-функціонального стану зубо-щелепної ділянки / Л.В.Смаглюк, Н.М. Трофіменко // Вісник стоматології. – 2005. – №2. – С.75-77.

10. Рыбалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба / О.В. Рибалов, І.В. Яценко // Галицький лікарський вісник. – 2005. – №3. – С.82-84.

11. Яценко О.И. Рентгеноанатомические характеристики височно-нижнечелюстных суставов при функциональной нестабильности одного из них / О.И. Яценко, Хатами Хорасани Амин // Проблеми екології та медицини. – Полтава, 2011. – № 15(3-4). – С. 171-172.

12. Москаленко П.О. Морфо-функціональні порушення при гіпермобільності суглобової головки нижньої щелепи і методи їх корекції / П.О. Москаленко // Автореф. дис. канд.мед.н. – 14.01.22 – стоматологія. – Полтава, 2012. – 21с.

13. Макєєв В.Ф. Частота та розподіл за нозологічними формами скронево-нижньощелепних розладів / В.Ф. Макєеев, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулінченко // Новини стоматології. – 2009. – №2 (59). – С. 48-51.

*14. Шувалов С.М. Заболевания и дисфункциональные нарушения височно-*нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение / С.М. Шувалов // Винница: «Книга-Вега». – 2012. – 48 с.

15. Егоров П.М. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава /П.М.Егоров, И.С. Карапетян // М.: Медицина.− 1986. – 122 с