

МЕХАНІЗМ ВИНИКНЕННЯ БОЛЬОВИХ СИМПТОМІВ ПРИ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВІЙ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

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

ВДНЗУ «УМСА», м. Полтава

Серед різноманітних видів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), що виникає внаслідок травматичних ушкоджень щелеп, м'язових контрактур, гострих і хронічних вивихів суглобової голівки, гіпермобільності суглобових головок особливе місце займає м'язово-суглобова компресійно-дислокаційна дисфункція. Саме цей патологічний стан супроводжується найбільш вираженим больовим симптомом у ділянці жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного зчленування. Актуальність з'ясування патогенезу больового симптому пояснюється, як постійним збільшенням звернень хворих із патологією СНЩС, так і відсутністю чіткого алгоритму лікування даного виду м'язово-суглобових порушень.

Мета дослідження на підставі співставлення клінічних і анатомо-рентгенологічних характеристик запропонувати своє бачення виникнення больового симптому при компресійно-дислокаційній дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.

Об'єкти та методи дослідження. Аналітичній обробці піддані результати клінічних та рентгенологічних обстежень 84 хворих (69 жінок і 15 чоловіків) з явищами м'язово-суглобової компресійно-дислокаційної дисфункції СНЩС. Вік хворих від 23 до 39 років. Клінічне обстеження здійснювалося за загальноприйнятими методиками для пацієнтів із патологією СНЩС. Рентгенографія (зонографія) обох СНЩС із закритим і відкритим ротом проводилася апаратом ORTHORHOS X65. Аналіз рентгенограм включав оцінку розмірів і форм суглобових голівок, їх рентгеноанатомічну щільність, висоту суглобових горбиків, характер зміщення суглобових головок по відношенню до вершин суглобових горбиків при відкритому роті. На рентгенограмі при закритому роті проводилося співставлення розмірів суглобових щілин обох суглобів у трьох відділах: передньому, верхньому, задньому.

Результати дослідження. Провідними скаргами хворих, що знаходились під нашим спостереженням, були болі в одному із СНЩС, у ділянці жувальних м'язів, головні болі на боці суглоба із больовою симптоматикою, поява хрустких звуків у симетричному суглобі при жуванні або відкриванні рога, дискомфорт при рухах нижньої щелепи, неповноцінне жування.

При візуальній оцінці відповідності правої і лівої половин обличчя вона була виявлена тільки у 32% хворих. Асиметрія спостерігалася за рахунок зменшення розмірів тіла і гілки нижньої щелепи на стороні больового симптому та одностороннього збільшення м'язової маси власне жувальних м'язів на цьому ж боці. Вираженість зовнішньої асиметрії обличчя супроводжувалась зсувом нижньої межрізцевої лінії у бік укорочення тіла нижньої щелепи. При відкриванні рота у всіх хворих мала місце девіація нижньої щелепи у бік ураженого суглоба. У 22% хворих прикус був фізіологічним, у решти з різним ступенем дистального зміщення нижньої щелепи. При огляді порожнини рога відзначалися суперконтакти групи жувальних зубів на стороні хворобливого суглоба. На протилежному боці контактування жувальних поверхонь зубів досягалися тільки при довільному стисканні щелеп.

У 44% пацієнтів були відсутні нижні треті моляри на стороні больового симптому. У більшості цих хворих вони не прорізувалися (не були закладені в ембріогенезі), у частини - були видалені у зв'язку з їх дистопією або регенцією. У 11% хворих мали місце незначні дефекти зубних рядів на стороні больового симптому. При пальпації ділянки суглоба із больовою симптоматикою всі пацієнти відзначали болі різної інтенсивності, які посилювались при відкриванні рота. Рухи суглобової голівки на цьому боці були мало відчутні, у той час як на протилежному - вона значно виходила до переду, що супроводжувалося у 52% хворих хрусткими, клацаючими звуками.

На рентгенограмах СНЩС при закритому роті у більшості пацієнтів (Х8%) на стороні больових явищ відзначалося достовірне звуження суглобової щілини в задніх і задньо-верхніх відділах суглоба та її розширення у задніх і верхніх відділах симетричного. На рентгенограмах СНЩС при відкритому роті суглобова голівка нижньої щелепи на стороні больових явищ, як правило,

перебувала на задньому схилі суглобового горбика, не доходячи до його вершини, а на протилежному боці - виходила вперед за вершину горбика.

Таким чином, на підставі зіставлення клінічних та рентгенологічних характеристик досліджуваної категорії хворих можна зробити висновок, що у певний момент відбувається одностороння дезадаптація у роботі м'язово-суглобового комплексу, короткочасне або тривале асиметричне рефлекторно-приспосувальне підвищення функції власне жувального, скроневого, медіального і латеральною крилоподібних м'язів, що викликає напружено-деформований стан в одному із СНЩС. Це зумовлює значне здавлення (компресію) біламінарної зони, де розташовуються кровоносні судини і нервові волокна. Все це пояснює появу в ньому симптомів компресійної больової м'язово-суглобової дисфункції. При цьому у зв'язку із функціонально-анатомічними особливостями СНЩС зсув (дислокація) суглобової голівки протилежного суглоба вперед за межі вершини суглобового горбика можна кваліфікувати як її неповний вивих або анатомо- (функціональну) нестабільність. Детальна оцінка взаємовідносин між всіма анатомічними компонентами обох СНЩС, відображених на прицільних: рентгенограмах, у поєднанні з об'єктивним аналізом скарг та анамнезу захворювання дозволяє доказово встановити причину виникнення компресійного больового м'язово-суглобового симптому і забезпечує адекватне лікування.