

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПРЕСІЙНО-БОЛЬОВОГО СИМПТОМА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Алгоритм хірургічного та консервативного лікування хворих, що мають косметичні дефекти тканин щелепно-лицевої ділянки, інволюційний птоз шкіри обличчя та шиї, больові синдроми обличчя, та профілактики утворення патологічних рубцевозмінених тканин», № державної реєстрації 0114U001910.

Вступ. Проблеми діагностики та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглоба і на сьогодні не втрачають своєї актуальності, насамперед, через постійне збільшення кількості хворих, що мають різноманітні внутрішньосуглобові 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. Адже мова йде покращення якості життя, створення умов для повноцінної трудової діяльності мільйонів людей [13].

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 [4,7,10]. Хоча важко не погодитись із думкою тих дослідників, які вказують на те, що явища дисфункції, які супроводжуються болем, притаманні практично всім захворюванням СНЩС [15-17].

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 [6,9]. Як свідчать дані, що наводяться багатьма науковцями, у значній кількості випадків спостерігається поєднання цих симптомів [5,14].

Значні зусилля фахівців докладаються до вивчення механізмів виникнення функціональних порушень СНЩС. Втім, незважаючи на активні наукові дослідження, спрямовані на визначення патогенезу

больової дисфункції 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 [2,3,12]. Ці обставини обумовлюють нагальну потребу проведення детальних комплексних діагностичних обстежень для кращого розуміння механізмів виникнення типових та нетипових дисфункцій СНЩС [8,11].

Метою даного дослідження було зіставлення клінічних проявів симптому м'язово-суглобової больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба та його рентгенологічних характеристик для уточнення механізму виникнення болю.

Об'єкт і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилось 36 хворих (всі жіночої статі) у віці від 21 до 45 років. Суб'єктивне обстеження пацієнтів 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'ясувалось, коли та з яких ймовірних причин з'явилися 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, встановлювалися наявність патологічної стертості зубів, симетрія середньої (міжрізцевої) лінії, існування суперконтактів.

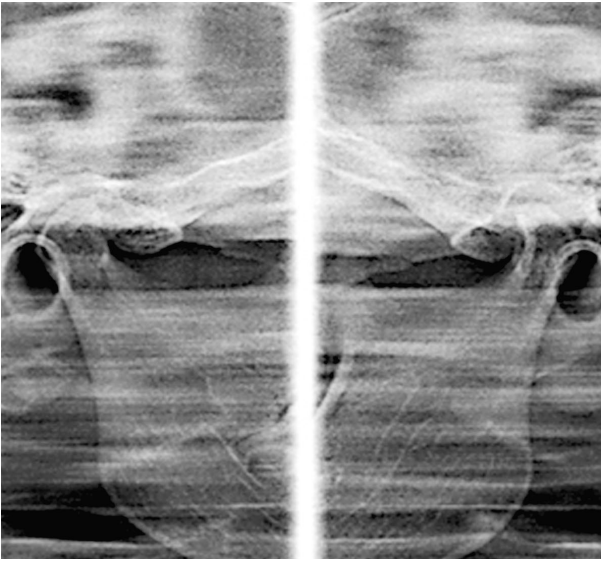


Рис. 1. Прицільна рентгенограма обох СНЩС при закритому роті у хворої з явищами м'язово-суглобового болювого симптому справа. Відзначається асиметрія розмірів суглобової щілини справа і зліва.

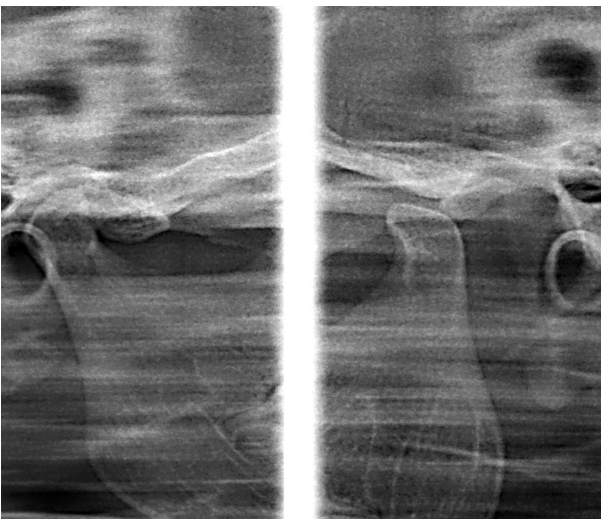


Рис. 2. Рентгенограма СНЩС при відкритому роті тієї ж хворої. Визначається звуження суглобової щілини справа та виражене зміщення суглобової головки за межі вершини суглобового горбика.

Загальноклінічне обстеження доповнювалось рентгенографією обох СНЩС. Прицільну зонографію обох СНЩС проводили всім хворим на апараті ORTHOPHOS X65 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.

Результати досліджень та їх обговорення. Всі хворі скаржилися на біль в одному з СНЩС,

неповноцінне жування, болюві 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 23 хворих виникало клацання у СНЩС. Під час поворотів голови, при жуванні, ковтанні, розмові у більшості хворих біль посилювався. Описуючи характер болю, 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 болювих 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 (24 особи), рухи нижньої щелепи супроводжувалися неприємними тягучими відчуттями у власне жувальних м'язах. Було також виявлено, що їх м'язова маса з різних сторін у більшості хворих (23 особи) була неоднаковою: на боці болювих відчуттів вона була більшою, на протилежній – меншою. При аускультації суглобів при рухах нижньої щелепи у 33 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.

На рентгенограмах СНЩС при закритому роті у більшості пацієнток привертало увагу достовірно звуження суглобової щілини у передньо-верхніх і задніх відділах на стороні болювих явищ та її розширення в задніх і верхніх відділах на протилежному боці (**рис. 1**). В той же час при відкритому роті суглобова головка на боці болювих симптомів «потопала» у суглобовій ямці, а на протилежній стороні виходила за межі вершини суглобового горбика наперед (**рис. 2**).

Таким чином, можна зробити **висновок**, що короткочасне асиметричне рефлекторно-захисне посилення функції власне жувального, медіального та латерального крилоподібних м'язів, а, можливо, й скроневого м'язу, викликане надмірним відкриттям рота, призводить до виникнення напружено-деформованого стану в одному із СНЩС, що і зумовлює появу в ньому симптомів компресійної больової м'язово-суглобової дисфункції. При цьому зміщення суглобової головки протилежного суглоба за межі вершини суглобового горбика допереду можна кваліфікувати як її неповний вивих або анатомо-функціональну нестабільність СНЩС із досить

вираженою симптоматикою. 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.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому планується вивчити основні ланки патогенезу компресійно-дислокаційної дисфункції СНЩС на підставі досліджень диференційно-діагностичних критеріїв в порівнянні з іншими видами дисфункцій.

Література

1. Баданин В. В. Нарушение окклюзии основной этиологической фактор в возникновении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В. В. Баданин // *Стоматология*. – 2000. – Т. 79, № 1. – С. 39-41.
2. Егоров П. М. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / П. М. Егоров, И. С. Карапетян. – М. : Медицина. – 1986. – 122 с.
3. Макеев В. Ф. Частота та розподіл за нозологічними формами скронево-нижньощелепних розладів / В. Ф. Макеев, У. Д. Телішевська, Р. В. Кулінченко // *Новини стоматології*. – 2009. – № 2 (59). – С. 48-51.
4. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru/>.
5. Москаленко П. О. Морфо-функціональні порушення при гіпермобільності суглобової головки нижньої щелепи і методи їх корекції : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. н. : спец. 14. 01. 22 «Стоматологія» / П. О. Москаленко. – Полтава, 2012. – 21 с.
6. Новіков В. М. Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В. М. Новіков, Ю. С. Лунькова // *Проблеми екології та медицини*. – 2011. – № 15 (3-4). – С. 120-122.
7. Пузин М. Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М. Н. Пузин, А. А. Вязьмин. – М. : Медицина, 2002. – С. 1-60.
8. Рыбалов О. В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба / О. В. Рыбалов, І. В. Яценко // *Галицький лікарський вісник*. – 2005. – № 3. – С. 82-84.
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. Сысолятин П. Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П. Г. Сысолятин, А. А. Ильин, А. П. Дергилев. – Москва : Мед. книга; Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2001. – 78 с.
11. Хватова В. А. Клиническая гнатология / В. А. Хватова. – М. : Медицина, 2005. – 312 с.
12. 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.
13. 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*. – 2013. – № 1. – С. 18-20.
14. Яценко О. И. Рентгеноанатомические характеристики височно-нижнечелюстных суставов при функциональной нестабильности одного из них / О. И. Яценко, Хатами Хорасани Амин // *Проблеми екології та медицини*. – 2011. – № 15(3-4). – С. 171-172.
15. Dolatabadi M. Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice / M. Dolatabadi, M. M. Kalantar, T. K. Taheri. – Tehran : Shayaninamudar, 2003. – 103 p.
16. 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.
17. Scrivani S. J. Temporomandibular disorders / S. J. Scrivani, D. A. Keith, L. B. Kaban // *N. Engl. J. Med.* – 2008. – № 25 (359). – P. 2693-2705.

УДК 616. 724-073. 75-001. 6

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПРЕСІЙНО-БОЛЬОВОГО СИМПТОМА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ

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

Резюме. У статті проаналізовані результати клінічних та рентгенологічних обстежень 34 хворих із больовою дисфункцією СНЩС. Було встановлено, що короткочасне асиметричне рефлекторно-захисне посилення функції групи жувальних м'язів, викликане надмірним відкриттям рота, призводить до виникнення напружено-деформованого стану в одному із СНЩС, що і зумовлює появу у ньому симптомів компресійної больової м'язово-суглобової дисфункції. 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 болювого м'язово-суглобового симптому та забезпечити адекватне ефективне лікування.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, компресійний болювий м'язово-суглобовий симптом, діагностика.

УДК 616. 724-073. 75-001. 6

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПРЕССИОННО-БОЛЕВОГО СИМПТОМА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

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

Резюме. В статье проанализированы результаты клинических и рентгенологических обследований 34 больных с болевой дисфункцией ВНЧС. Было установлено, что кратковременное асимметричное рефлекторно-защитное усиление функции группы жевательных мышц, возникающее в связи с чрезмерным открыванием рта, приводит к возникновению напряженно-деформированного состояния в одном из ВНЧС, что обуславливает появление в нем симптомов компрессионной болевой мышечно-суставной дисфункции. Объективный анализ взаимоотношений всех анатомических компонентов обоих ВНЧС, выявляемых на прицельных рентгенограммах, проведенный с учетом детальной оценки жалоб и анамнеза заболевания, позволяет доказательно установить причину возникновения компрессионного болевого мышечно-суставного симптома и обеспечить адекватное эффективное лечение.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, компрессионный болевой мышечно-суставной симптом, диагностика.

UDC 616. 724-073. 75-001. 6

Clinical and Roentgenologic Peculiarities of Pain Syndrome of Temporo-Mandibular Joint

Yatsenko O. I., Rybalov O. V., Ivanytska O. S., Yatsenko P. I.

Abstract. The aim of the research was to compare clinical peculiarities of muscular and articular dysfunction and pain syndrome of temporo-mandibular joint and also its roentgenologic features in order to clarify pain mechanism.

Object and methods of the research. 36 patients (women) aged from 21 to 45 years old were examined by us. Subjective examination was based on chief complaints such as: discomfort or pain in the area of temporo-mandibular joint in immobility, during opening and closing the mouth, a presence of sounds in joints during mandible displacement, articulation abnormality. History-taking of patients revealed causes, symptoms and preventive measures. Researchers paid attention to past somatic illnesses, present somatic diseases and also neurosal disorders of patients.

Results and discussion. Patients complained of the pain in one area of temporo-mandibular joint, inadequate mastication, painful feelings in parotid and masticatory area and in an ear that irradiates to buccal, temporal, frontal areas, jaw, teeth, hard palate and headache. During mandible movements 23 patients noticed gnashing of teeth in temporo-mandibular joint. During head rotation, mastication, swallowing, speech patients noticed pain. Patients described the character of pain as burning, dragging, lighting, pressing ones. Patients also indicated pain permanency during opening and closing the mouth.

History taking revealed the duration of pain syndrome ranged from several days to 2 years. The onset of disease was accompanied by wide mouth opening during biting of large piece of food, yawning, dentist's visits to treat or remove teeth (as usual the third lower molars), dental prosthetic rehabilitation. Patients appealed not only to dental clinic but also to otolaryngologists, neuropathologists and specialists of alternative medicine. Such treatment lead only to short-term improvement of patients' condition.

Radiologic images revealed an arctation of joint pit in anterior and posterior regions and distention in posterior and upper regions. At the same time during opening the mouth joint head «sank» in joint pit, but on the other side it protruded.

So, to sum up above mentioned information it is important to note short-term asymmetrical reflectory and protective function of masticatory, medial, lateral and pterygoid muscles, and also temporal muscle, caused by unnecessary mouth opening, lead to distorted condition in one area of temporo-mandibular joint, that causes symptoms of muscular and articular dysfunction. Displacement of joint head of opposite joint can be classified as incomplete dislocation or anatomical and functional instability of temporo-mandibular joint. Objective analysis, complaint's evaluation, history taking of patients indicate the reason of muscular and articular dysfunction and pain syndrome of temporo-mandibular joint and provide an effective treatment.

Key words: temporo-mandibular joint, pain syndrome, diagnostics.

Рецензент – проф. Аветіков Д. С.

Стаття надійшла 22. 01. 2015 р.