

МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНОНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Крупская Н.В., Юрченко П.Н., Комиссаров М.Л., Шушарина Г.С.

Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого

Институт медицинского образования, кафедра стоматологии, г. Великий Новгород

Актуальность. 1. Диагностика патологии ВНЧС по частоте встречаемости занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта. 2. Разнохарактерные клинические проявления дисфункции ВНЧС и отсутствие четких диагностических критериев приводит к тому, что пациенты обращаются к специалистам других профилей: оториноларингологам, невропатологам, стоматологам-ортопедам, терапевтам, – и не получают адекватного лечения. 3. Остро стоит проблема выявления данной патологии на первичном приеме.

Цель работы: изучить этиологию, патогенез, клинику и особенности диагностики мышечно-суставной дисфункции ВНЧС и возможные методы лечения. Доказать важность выявления у пациентов данной патологии на первичном приеме.

Материалы и методы: Анализ литературы по данной теме. Изучение моделей пациентов с данной патологией в МРІ-устройстве. Клинический случай.

Результаты. Мышечно-суставная дисфункция – нарушение координированной функции жевательных мышц ВНЧС и взаимного расположения элементов ВНЧС.

Классификация Bell (J.Okeson, The Management of TMJ Disorders and Occlusion): 1) расстройства жевательных мышц; 2) расстройства височно-нижнечелюстных суставов; 3) хроническая гипомобильность нижней челюсти; 4) нарушения развития.

Причины дисфункции: а) состояние окклюзии; б) травма; в) эмоциональный стресс; г) болевой сигнал непонятного происхождения; д) парафункциональная активность.

Патогенез: нормальная функция + событие > физиологическая толерантность → височно-нижнечелюстные расстройства.

Клинические признаки и симптомы: а) мышечные; б) связанные с ВНЧС; в) связанные с окклюзией (зубами). В каждой категории выделяют по два характерных признака: боль и нарушение функции. Для постановки диагноза проводят функциональный анализ: сбор анамнеза, жалобы, клинические признаки, инструментальный анализ, рентген, МРТ, консультации специалистов других профилей.

Предварительное обследование (сокращённый «Гамбургский тест» из монографии М.М. Антоника):

1. Асимметрично ли открывание рта? 2. Открывание рта резко ограниченное или слишком большое? 3. Определяются ли внутрисуставные шумы? 4. Асинхронен ли окклюзионный звук? 5. Болезненная ли пальпация жевательных мышц? 6. Травматична ли эксцентрическая окклюзия зубов?

Все 6 критериев сформулированы в виде вопросов. «Положительные» ответы единогласно свидетельствуют о наличии заболевания; отрицательные – о здоровой ситуации. **Дополнительные методы обследования:** а) магнитно-резонансная-томография; б) аксиография; в) МРІ-исследование; г) дентальная компьютерная томография; д) функциография. **Методы лечения:** 1) симптоматическое (начальное) + этиологическое: а) медикаментозный метод; б) физиотерапия; в) шинотерапия; г) психотерапия; д) аутогенная тренировка; е) миогимнастика; ж) массаж; з) биологическая обратная связь. 2) Реконструктивное: а) избирательное сошлифовывание; б) реконструкция окклюзии ортопедическими и хирургическими методами.

Клинический случай: Пациентка М. 45 лет. (Леч. врач Комиссаров М.Л.). **Жалобы:** на боли в нижней челюсти справа и слева, на нарушение смыкания зубов, на занижение прикуса, периодическую кровоточивость дёсен, отёк слизистой оболочки на нижней челюсти справа. **Объективное обследование:** лицо асимметрично, нижняя 1/3 незначительно смещена влево, пальпация мышечков слегка чувствительна справа. На слизистой оболочке справа и на нижней губе справа гемангиома, на СОПР щеки справа красноватые пятна, по линии смыкания зубов слева и справа рубцы, СОПР гиперемирована в области нижних зубов справа. На всех зубах фасетки стирания, особенно выражены слева, эрозии на 33, 34, 44 зубах. Прикус фиксируется на своих зубах и несъемных реставрациях.

с	п	п/с	и	и	п	п/с	п/с	с	п	п
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3
с	к	и	к	п				эр	эр	к
										к

При движении вправо возникает контакт на искусственном зубе 14. При ведении в центральную окклюзию возникает контакт в области 23. Пальпация собственно жевательных мышц болезненна. Медиальная крыловидная в области прикрепления к нижней челюсти умеренно болезненна, латеральные – обе болезненны справа и слева. **МРІ исследование:** Изначально модели установлены в центральном соотношении, при котором отмечалось разобщение зубных рядов в боковых отделах. Затем модели установили в привычной окклюзии, при котором отмечались множественные фиссуры – бугорковые контакты.

На бумажных регистраторах по положению точек центрального соотношения и привычной окклюзии при исследовании сагитального суставного пути отмечались: смещение головки нижней челюсти справа – вверх, слева – вверх и кнутри. Часы МРІ-устройства показывают трансверзальный сдвиг. При плотном межбугорковом контакте – (-1,35), а при разобщении – 2,78. Разница составляет 1,45. Таким образом, произошло смещение шарнирной оси. Вывод: для устранения этого необходимо увеличить высоту прикуса (коронки).

Диагноз: Кариозная болезнь. Черепно-нижнечелюстные расстройства. Снижение межальвеолярной высоты. Болезненность жевательной мускулатуры. Синовиит справа и слева. Локальный гингивит на нижней челюсти справа.

Лечение: (пациентка находится в процессе лечения): 1) полная санация полости рта; 2) ношение релаксационной шины сроком 2 недели (устранение влияния мышечного фактора, установления нижней челюсти в положение близкое к центральному соотношению); 3) протезирование с учётом нового положения нижней челюсти; 4) консультации невропатолога.

Выводы: 1) мышечно-суставные дисфункции ВНЧС являются распространенными, трудно диагностируемыми заболеваниями, которые могут трансформироваться в различные органические изменения структурных элементов ВНЧС (артрит, артроз); 2) практика современной ортопедической стоматологии нуждается в объективных диагностических комплексах для четкой диагностики дисфункций ВНЧС; 3) выявление данной патологии на первичном приеме позволяет снизить риск развития этого заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2007. Т. 9. № 4.
2. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2006. Т. 8. № 4.
3. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2005. Т. 7. № 4.
4. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2004. Т. 6. № 4.
5. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2003. Т. 5. № 4.
6. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2002. Т. 4. № 4.
7. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2001. Т. 3. № 4.
8. Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке. 2000. Т. 2. № 4.
9. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
10. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
11. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
12. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
13. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
14. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 12. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
15. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.
16. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1. URL: <http://e-pubmed.org/isu.html>.