

ОБГРУНТУВАННЯ ПОСЛІДОВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО АНАЛІЗУ СТАНУ ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНІ РОЗЛАДИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

(м. Львів)

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького «Розробка та удосконалення клінічних та технологічних заходів комплексного лікування хворих з дефектами та деформаціями зубо-щелепної системи», № державної реєстрації 0109U000017.

Вступ. У науковій медичній літературі останніх років з'являються публікації [3,9] про необхідність зміни усталених поглядів на діагностику та лікування скронево-нижньощелепних розладів (СНР). Все більше уваги приділяється необхідності розширення співпраці не тільки між лікарями-стоматологами різних спеціальностей, а й співпраці спеціалістів різних галузей медицини з обов'язковою оцінкою психосоціальних факторів [5,8].

Основні симптоми СНР такі, як біль у ділянці жувальних м'язів, скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), лиця, голови можуть бути пов'язані з неврологічними, оториноларингологічними, ревматоїдними, остеопорозними, судинними, психоемоційними проблемами, а також розвитком новоутворів. Саме тому, при диференційній діагностиці, обов'язковим є виключення місцевих чи системних хвороб, які можуть симулювати СНР [10].

Метою дослідження було обґрунтування послідовності проведення клінічного функціонального аналізу стану зубо-щелепної системи у пацієнтів з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено обстеження, діагностику та диференційну діагностику 235 пацієнтів (чоловіків □ 53, жінок – 182) у віці від 10 до 78 років, які звернулися або були скеровані на консультацію на кафедру ортопедичної стоматології та в ортопедичне відділення Медичного стоматологічного центру Львівського національного медичного університету імені Данила

Галицького спеціалістами інших медичних закладів м. Львова, Львівської області та інших областей України з підозрою на СНР.

Для обстеження пацієнтів та обліку отриманих результатів користувалися загальноприйнятими клінічними методами, а також спеціально адаптованими опитувальниками та анкетами для пацієнтів із підозрою на СНР [6,9]. Для диференційної діагностики та встановлення діагнозу обрано класифікацію СНР за В. W. Neville, D. D. Damm, С. M. Allen, J. E. Vouquot (1995), яка доповнена нами нозологічною формою “комбіновані розлади СНЩС” [6].

Серед додаткових методів обстеження обрано наступні променеві методи: ортопантомографія,

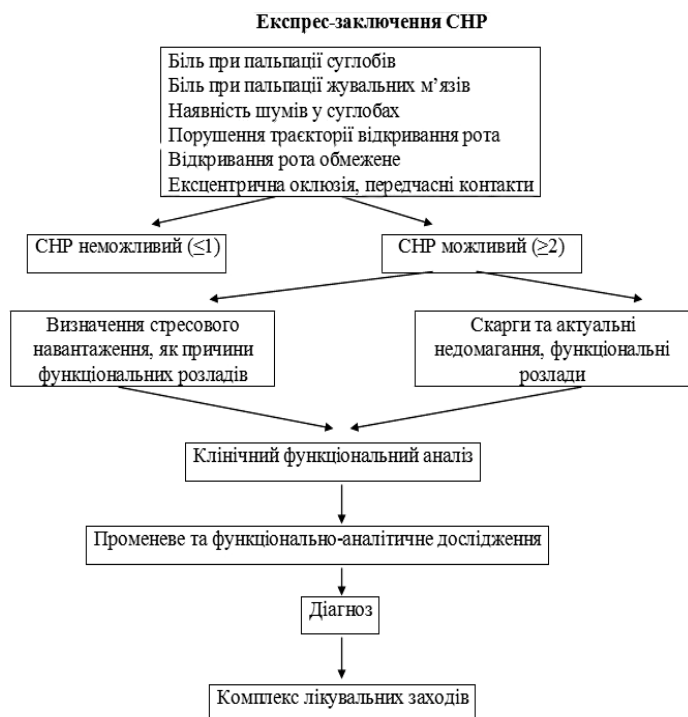


Рис. 1. Клінічний алгоритм диференційної діагностики СНР.

Таблиця 1

**Алгоритм додаткового дослідження СНЩС,
сформований за органом принципом**

Елементи СНЩС	Вид патології	Метод дослідження
М'якотканинні елементи:		
Суглобовий диск	Переднє зміщення суглобового диска	1. МРТ у косій проекції в динаміці 2. УЗД в динаміці
	Заднє зміщення суглобового диска	1. МРТ у косій проекції в динаміці 2. УЗД в динаміці
	Бічне зміщення суглобового диска	МРТ у фронтальній проекції в динаміці
	Гіпомобільність суглобового диска (спайки, рубці)	1. МРТ в динаміці 2. УЗД в динаміці
Внутрішньосуглобові зв'язки та латеральний крилоподібний м'яз	Порушення цілісності	1. МРТ 2. УЗД
Суглобова капсула	Порушення цілісності	МРТ
	Синовіт, гемартроз	МРТ
Кісткові елементи:		
Голівка нижньої щелепи	Гіпермобільність (вивихи, підвивихи)	1. ДРС 2. ЗГ при закритому і відкритому роті 3. МРТ в динаміці
	Запальні явища	1. КТ 2. ЗД КТ
	Переломи, деформації при артрозі та аномаліях розвитку, анкілоз, гіперплазія, гіпоплазія, аплазія, неоплазія	1. ЗГ при закритому і відкритому роті 2. КТ 3. ЗД КТ 4. МРТ
Нижньощелепна ямка і суглобовий горбок скроневої кістки	Деформації при артрозі та аномаліях розвитку, неоплазії	1. КТ 2. ЗД КТ 3. МРТ



Рис. 2. Алгоритм 1 додаткового дослідження пацієнтів з порушенням рухів нижньої щелепи.

зонографія, динамічна рентгеноскопія, томографія, комп'ютерна томографія, 3D комп'ютерна томографія, магніто-резонансна томографія та ультразвукова діагностика.

У разі виникнення потреби диференційної діагностики з іншою стоматологічною патологією, пацієнтів скеровували на додаткові консультації до лікарів-стоматологів суміжних спеціальностей (терапевтів, хірургів, ортодонтів). При підозрі на хворобу нестоматологічного профілю, пацієнтів скеровували до лікарів інших галузей медицини: невропатологів, вертебрологів, оториноларингологів, ендокринологів, психотерапевтів тощо.

У літературі запропоновано багато діагностичних інструментів, протоколів, методик та тестів на виявлення СНР, проте, жодного з них не вважають остаточним та вичерпним методом дослідження [1,2]. Більшість дослідників наголошують на ретельному клінічному обстеженні пацієнта з обов'язковим вирізненням ведучої скарги, характерної для даної патології, та наступним призначенням додаткових методів дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення. Здійснюючи клінічне обстеження пацієнтів, як зовнішньоротове так і внутрішньоротове, важливо визначити, чи наявні у пацієнта: біль при пальпації суглобів, біль при пальпації жувальних м'язів, шуми у суглобах, порушення траєкторії відкривання рота (дефлексія, девіація), обмежене відкривання рота, ексцентрична оклюзія та передчасні зубні контакти і заповнити бланк «Експрес-заключення» (рис. 1). При виявленні двох і більше означених симптомів пацієнт потрапляє під підозру СНР [6,7,9] і потребує подальшого поглибленого обстеження.

Після виявлення клінічних ознак СНР, необхідне застосування додаткових методів дослідження. Кожен метод додаткового дослідження має специфічність щодо визначення певних тканинних структур суглоба (кісткові, хрящові, м'якотканинні структури) і, тому, покази до його застосування базуються на:

- результатах попереднього клінічного обстеження;
- величині променевого навантаження на пацієнта;
- доступності методу дослідження для лікаря та пацієнта;
- ступені інформованості лікаря щодо методики.

Алгоритм, сформований за органом принципом, базується на інформаційності різних методів променевої діагностики у виявленні структурних порушень у м'якотканинних та кісткових елементах СНЩС (табл. 1) [1,4,6].

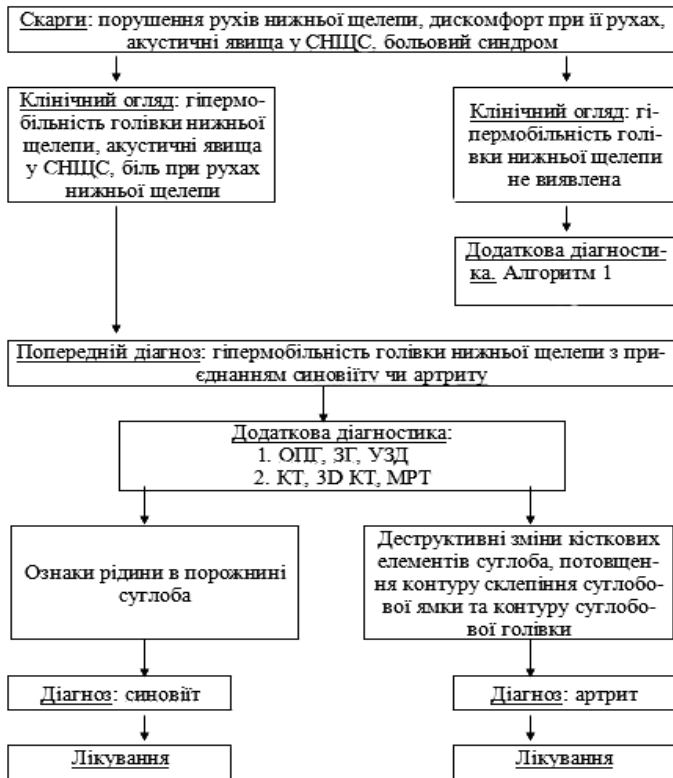


Рис. 3. Алгоритм 2 додаткового дослідження пацієнтів з порушеннями рухів нижньої щелепи та больовим синдромом.

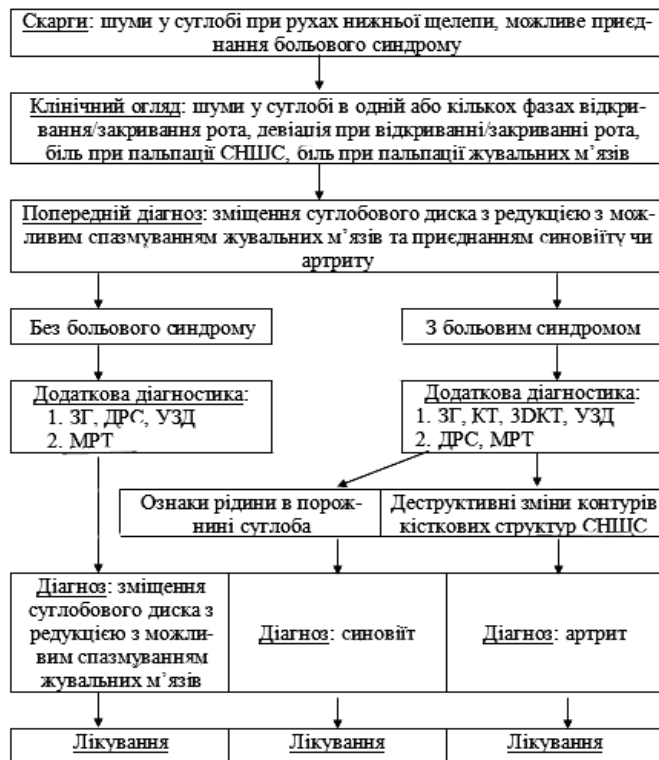


Рис. 4. Алгоритм 3 додаткового дослідження пацієнтів із шумами у СНЩС при рухах нижньої щелепи з відсутнім чи наявним больовим синдромом.

Таблиця 2
Розподіл пацієнтів за діагностованими розладами та статтю

Стать	СНР		"Масковані" розлади		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки	39	16,59	14	5,96	53	22,55
Жінки	158	67,24	24	10,21	182	77,45
Разом	197	83,83	38	16,17	235	100,0

Для широкого використання у клінічній практиці рекомендуємо застосування алгоритмів додаткового дослідження, сформованих за синдромним принципом, на підставі скарг пацієнта, результатів клінічного обстеження та додаткових методів дослідження (рис. 2-6).

Після детального обстеження хворих, встановлено, що із 235 пацієнтів різні варіанти СНР виявлені у 197 осіб (83,83%), а у 38 осіб (16,17%) спостерігалися інші "масковані" варіанти патології (табл. 2). Серед

Таблиця 3
Розподіл пацієнтів за діагностованим розладом і статтю

Діагноз (хвороби, що маскувались під СНР)	Чоловіки		Жінки		Разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Патології не виявлено (консультація)	7	18,43	8	21,06	15	39,47
Ускладнене прорізування третіх молярів	3	7,89	4	10,54	7	18,43
Патологія хребта (остеохондроз шийного відділу хребта)	2	5,26	2	5,26	4	10,54
Бруксизм	1	2,63	1	2,63	2	5,26
Хронічний пульпіт третіх молярів	0	0	2	5,26	2	5,26
Синдром Ігла	0	0	2	5,26	2	5,26
Невропатологія	0	0	2	5,26	2	5,26
Гіпоплазія голівки СНЩС	1	2,63	0	0	1	2,63
Хронічний періодонтит молярів	0	0	1	2,63	1	2,63
Контрактура жувальних м'язів (пост-ін'єкційна, травматична)	0	0	1	2,63	1	2,63
Перелом шилоподібного відростка	0	0	1	2,63	1	2,63
Загалом	14	36,84	24	63,16	38	100,00

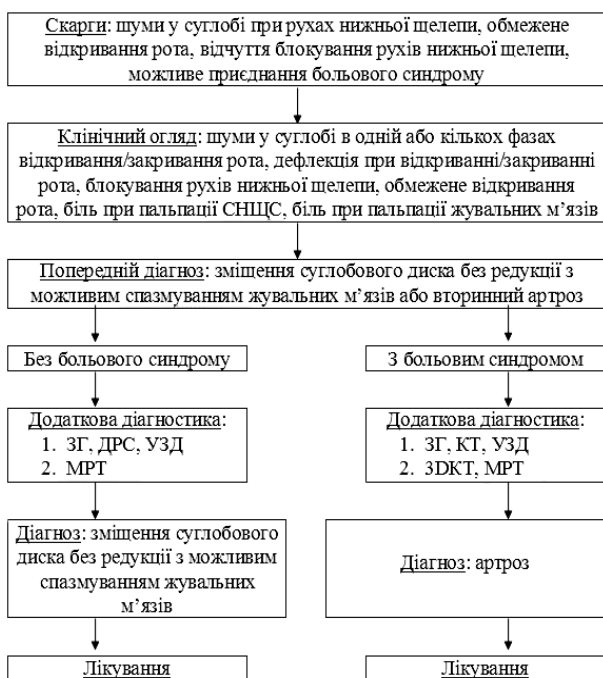


Рис. 5. Алгоритм 4 додаткового дослідження пацієнтів із обмеженим відкриванням рота та відчуттям блокування рухів нижньої щелепи.



Рис. 6. Алгоритм 5 додаткового дослідження пацієнтів із больовим синдромом СНЩС та невизначеними дискомфортними відчуттями при рухах нижньої щелепи.

загальної кількості пацієнтів жінки переважали над чоловіками у 3,4 рази, серед пацієнтів із діагностованим СНР – у 4 рази, серед пацієнтів із “маскованим” розладом – у 1,7 рази.

Аналіз обстежених пацієнтів засвідчує, що у 15 осіб (39,47%) патології не виявлено, що може

свідчити про гіпердіагностику патології СНЩС лікарями, які скерували цих хворих на консультацію (табл. 3).

Найчастіше під СНР маскувалися «ускладнене прорізування третіх молярів» – 7 осіб (18,42%) з переважанням жінок над чоловіками, та «патологія хребта (остеохондроз шийного відділу хребта)» – 4 особи (10,53%) з однаковою частотою серед чоловіків та жінок.

Висновки. Для встановлення остаточного діагнозу скронево-нижньощелепного розладу необхідне ретельне клінічне обстеження пацієнта кваліфікованим спеціалістом із застосуванням додаткових методів обстеження. Особливо важливою є мультидисциплінарна співпраця, оскільки значна кількість патологій може маскуватися під скронево-нижньощелепні розлади.

Перспективи подальших розробок у даному напрямку. У подальшому планується розпрацювання спеціальної карти обстеження пацієнта з підозрою на скронево-нижньощелепний розлад та розширення переліку хвороб, які найчастіше маскуються під скронево-нижньощелепні розлади.

Перелік умовних скорочень:

- ДРС – динамічна рентгеноскопія
- ЗГ – зонографія
- ЗД КТ – ЗД комп'ютерна томографія
- КТ – комп'ютерна томографія
- МРТ – магніто-резонансна томографія
- ОПГ – ортопантомографія
- СНЩС – скронево-нижньощелепний суглоб
- СНР – скронево-нижньощелепний розлад
- ТГ – томографія
- УЗД – ультразвукова діагностика

Література

1. Макеев В. Ф. Критерії диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів, класифікація та загальні клінічні підходи у діагностиці / В. Ф. Макеев, У. Д. Телішевська, Р. В. Куліченко, О. Д. Телішевська // Acta medica leopolitensia. – 2011. – №4, Vol. 17. – С. 56-60.
2. Окклюзия и клиническая практика / Под ред. И. Клинеберг, Р. Джагер. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 200 с.
3. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов – Краснодар : Совет. Кубань, 2007. – 304 с.
4. Рябоконе Е. Н. Магнитно-резонансная томография в диагностике переломов мышечкового отростка нижней челюсти / Е. Н. Рябоконе // Стоматолог. – 2009. – № 7-8. – С. 42-48.
5. Славичек Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции / Р. Славичек – Москва, Санкт-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс, 2008. – 544 с.
6. Телішевська У. Д. Диференційна діагностика скронево-нижньощелепних розладів за клінічними та рентгенологічними ознаками : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.22 «Стоматологія» / У. Д. Телішевська. – Львів, 2010. – 20 с.

-
-
7. Телішевська У. Д. Важливість своєчасного виявлення симптомів, які є найбільш характерними в діагностиці скронево-нижньощелепних розладів / У. Д. Телішевська // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №2. – С. 61-65.
 8. Craniomandibuläre Dysfunktion. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie / [С. Кцнеке, Н. -Н. Вьтермейер, І. Е. Бабль, Ф. Фрідріх, Г. Гроот Ландевеер et al.]. – Berlin, Chicago, Tokio : Quintessence publishing Co. Ltd, 2010. – 432 p.
 9. Klinische Funktionsanalyse. Interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbogen / [М. О. Ахлерс, Н. А. Якстат, У. Бінгел et al.]. – Hamburg : DentaConcept, 2007 – P. 590. – (3 Erweiterte Auflage).
 10. Manfredini D. Current concepts on temporomandibular disorders / D. Manfredini – London, Berlin, Chicago: Quintessence publishing Co. Ltd, 2010. – 498 p.

УДК 616. 715+616. 716. 4)-008. 6-07

ОБГРУНТУВАННЯ ПОСЛІДОВНОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КЛІНІЧНОГО ФУНКЦІОНАЛЬНОГО АНАЛІЗУ СТАНУ ЗУБО-ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНІ РОЗЛАДИ

Макєєв В. Ф., Телішевська У. Д., Кулінченко Р. В., Телішевська О. Д.

Резюме. У статті запропоновано послідовність проведення клінічного функціонального аналізу стану зубо-щелепної системи перед початком протетичної реабілітації пацієнта. Обґрунтовано застосування алгоритмів обстеження пацієнтів із скронево-нижньощелепними розладами (СНР).

Після обстеження 235 пацієнтів встановлено, що різні СНР виявлені у 197 осіб (83,83%), а у 38 осіб (16,17%) – «масковані» варіанти розладів. У 15 осіб (39,47%) патології не виявлено, що може свідчити про гіпердіагностику патології скронево-нижньощелепних суглобів лікарями, які скерували цих хворих на консультацію. Найчастіше під СНР маскувалися «ускладнене прорізування третіх молярів» – 7 осіб (18,42%).

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, скронево-нижньощелепний розлад.

УДК 616. 715+616. 716. 4)-008. 6-07

ОБОСНОВАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Макеев В. Ф., Телишевская У. Д., Кулинченко Р. В., Телишевская О. Д.

Резюме. В статье предложено последовательность проведения клинического функционального анализа состояния зубочелюстной системы перед началом протетической реабилитации пациента. Обосновано применение алгоритмов обследования пациентов с височно-нижнечелюстными расстройствами (ВНР).

После обследования 235 пациентов установлено, что ВНР обнаружены у 197 человек (83,83%), а у 38 человек (16,17%) – «маскированные» расстройства. У 15 человек (39,47%) патологии не выявлено, что может свидетельствовать о гипердиагностике патологии височно-нижнечелюстных суставов врачами, которые направили больных на консультацию. Чаще всего под ВНР маскировались «осложненное прорезывание третьих моляров» – 7 человек (18,42%).

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, височно-нижнечелюстные расстройства.

UDC 616. 715+616. 716. 4)-008. 6-07

Substantiation of the Sequence of Clinical Functional Analysis of the Maxillofacial System in Patients with Suspected Temporomandibular Disorders

Makeyev V., Telishevskaya U., Kulichenko R., Telishevskaya O.

Abstract. This article presents a sequence of clinical functional analysis of the maxillofacial system before the prosthetic rehabilitation of the patient and the use of algorithms for diagnostics of temporomandibular disorders.

Complex approach to diagnosis and treatment of temporomandibular disorders with creation of algorithms of diagnostics of such disorders is actual nowadays. The aim of study is to substantiate an integrated approach to the diagnosis of temporomandibular disorders by creating algorithms for differential diagnosis, involving x-ray investigation methods. The algorithms of diagnostics of temporomandibular disorders are based on organ and nosology principles. The degree of necessity and sequence of application of methods of radial investigation of temporomandibular disorders is taken into account using these algorithms. The algorithm based on organ principle unites information of different radial investigation methods in detecting structural disorders in soft tissue and bone tissue elements of the joint. The algorithms based on nosology principle unite information from the patient's complaints, results of clinical examination and additional methods of investigation.

Complex clinical examination of patients with right choice of additional investigation methods allow to diagnose the temporomandibular disorders competently and assign an adequate treatment plan. Especially important is the objective differential diagnosis with other pathologies that may «masquerade» as various forms of temporomandibular disorders.

The results of examination of 235 patients revealed that variety of temporomandibular disorders were detected in 197 individuals (83. 83 %) and «masqueraded» versions of disorders were detected in 38 individuals (16. 17%).

None of the temporomandibular disorders has been identified in 15 individuals (39.47%). That may indicate the overdiagnosis of the pathology of temporomandibular joints by other doctors, who have directed these patients for consultation.

Most often «difficult eruption of the third molars» – 7 persons (18,42%) «masqueraded» as temporomandibular disorder. The next in frequency «masqueraded» versions were: «pathology of the spine (osteochondrosis of the cervical spine)» – 4 persons (10.53%); «bruxism», «pulpitis of the third molars», «the Eagle's syndrome» and «neuropathology» – 2 persons (5,26%). Such disorders as «periodontitis of the third molars», «fracture of styloid process», «contracture of the muscles of mastication», «hypoplasia of the condyle» have been more rarely observed – 1 person (2,63%).

For a definitive diagnosis of temporomandibular disorder thorough clinical examination of the patient by a qualified technician is needed, using additional methods of examination. Especially important is the multidisciplinary cooperation between different physicians, since a significant number of pathologies can «masquerade» as temporomandibular disorders.

Key words: temporomandibular joint, temporomandibular disorder.

Рецензент – проф. Новіков В. М.

Стаття надійшла 12. 01. 2014 р.