

Стоматологія

УДК 616. 724 – 002 – 071

Аветіков Д.С., Іваницька О.С., Рибалов О.В.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БОЛЬОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ ЯК УМОВА ЕФЕКТИВНОГО ЇХ ЛІКУВАННЯ

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

У статті запропоновано алгоритм комплексного обстеження пацієнтів із больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу, який включає дослідження стану їх нервово-м'язового апарату та психоемоційного статусу з метою всебічного вивчення особливостей клінічного перебігу даного захворювання. Отримані результати дослідження дозволяють розробити патогенетично обґрунтоване лікування хворих із больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, больова дисфункція, алгоритм обстеження хворих.

Робота є фрагментом комплексної теми кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї «Вроджені та набуті морфо-функціональні порушення зубо-щелепної системи, органів і тканин голови та шиї, їх діагностика, хірургічне та консервативне лікування» (№ державної реєстрації 0111U006301).

Захворювання скронево-нижньощелепного суглобу (СНЩС) є досить розповсюдженою патологією щелепно-лицевої ділянки, яка за частотою займає третє місце після карієсу та уражень пародонту [5]. Так, за даними багатьох авторів, у 40-60% населення відмічаються ті чи інші симптоми порушення функції СНЩС, і кожного року кількість таких хворих невпинно зростає [6, 8].

Серед цих захворювань одним із найбільш розповсюджених є больова дисфункція СНЩС, яка складає, за різними даними, від 30% до 80% випадків [10, 11]. Складність цього захворювання з точки зору діагностики та лікування пояснюються, в першу чергу, невідповідністю між досить важкими суб'єктивними відчуттями пацієнта, такими як больовий синдром, відчуття стягування по ходу жувальних м'язів, дискоординація рухів, шумові явища, що значно знижують якість його життя, та фактичними змінами у суглобі [5].

Незважаючи на те, що вивченню даної проблеми присвячена досить велика кількість робіт, до цього часу питання етіології та патогенезу залишаються не до кінця з'ясованими [2]. Так, протягом тривалого часу виникнення синдрому дисфункції СНЩС пов'язувалось лише з аномаліями та деформаціями прикусу, порушеннями цілісності зубних рядів, зміною оклюзійної висоти [1, 12, 13]. В той же час у клінічній практиці нерідко зустрічаються пацієнти з дисфункцією СНЩС без оклюзійно-артикуляційної патології. Це підтверджується і науковими публікаціями, в

яких зазначається, що дана патологія зустрічається у осіб із інтактними зубними рядами та ортогнатичним прикусом у 57,3%-80,9% випадків [7, 8]. Проте, як і раніше, лікарі-стоматологи при складанні плану обстеження пацієнтів із дисфункцією СНЩС обходять увагою значення розладів нейром'язового апарату та психоемоційних порушень у розвитку цього захворювання, що обмежує лікування симптоматичними заходами [2, 3, 4]. Отже, необхідність детального вивчення як артикуляційних порушень, так і патологічних змін у нервово-м'язовому апараті та психоемоційній сфері пацієнтів із больовою дисфункцією СНЩС продиктована потребою знайти найефективніші способи лікування даного захворювання.

Мета роботи

Комплексне вивчення особливостей клінічного перебігу больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу із урахуванням стану нервово-м'язового апарату та психоемоційного статусу пацієнтів для підвищення ефективності їх лікування.

Об'єкти та методи обстеження

В основу нашого дослідження були покладені результати обстеження 57 пацієнтів у віці від 25 до 42 років із больовою дисфункцією СНЩС. Їх клінічне обстеження здійснювалось за єдиним алгоритмом, спрямованим на визначення місцевих та загальних факторів, що сприяли розвитку захворювання, а також ступеня його тяжкості.

Обстеження доповнювалось обов'язковою цифровою рентгенографією суглобу (апарат «РаХ-Р&Р»), а також електроміографічним дослідженням жувальних м'язів (апарат «Нейроміан»). Крім того, спільно з спеціалістом-психологом всім пацієнтам проводилось вивчення їх психоемоційного статусу за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», що являє собою скорочений варіант Мінесотського багатоаспектного особистісного опитувальника [9].

Результати власних досліджень

Всі хворі, що перебували під нашим спостереженням, у якості основної скарги вказували на больові відчуття різної інтенсивності у ділянці проекції суглобу з іррадіацією у ділянку зовнішнього слухового проходу у 42 осіб (73,7%), у нижню щелепу – у 37 (64,9%), у шию – у 19 (33,3%) та у верхню щелепу – у 12 (21,1%). Крім того, 27 пацієнтів (47,4%) скаржились на помірне відчуття «стягування» та «печіння» у м'язах, що посилювалось при емоційному напруженні та місцевому переохолодженні. Поряд зі скаргами на больові відчуття 39 осіб (68,4%) звертали увагу на виникнення звукових явищ при відкриванні та закриванні рота.

Слід відзначити і те, що 17 пацієнтів (29,8%) вказували на певні порушення з боку психоемоційної сфери, зокрема, пригнічений настрій, дратівливість, порушення сну, а також відчуття тривоги та підозри на новоутворення у головному мозку. Особливо це стосувалось жінок із вираженим больовим синдромом.

Вивчення анамнезу больової дисфункції СНЩС засвідчило, що 14 пацієнтів (24,6%) вважали причиною захворювання емоційний стрес, викликаний як соціально-побутовими, так і психологічними факторами (сімейними та професійними негараздами, наявністю тяжких супутніх захворювань, втратою близьких тощо). Розвиток захворювання 11 осіб (19,3%) пов'язували із переохолодженням, 2 (3,5%) – із неадекватним протезуванням, інші хворі (30 осіб – 52,6%) не могли пояснити виникнення захворювання будь-якою конкретною причиною. Всі пацієнти відзначали досить значну тривалість захворювання – від 1,5 місяців до 4 років.

В ході обстеження пацієнтів із больовою дисфункцією СНЩС у 35 осіб (61,4%) були встановлені порушення рухів нижньої щелепи, що проявлялись болісним та неадекватним відкриванням рота, а також S-подібним зміщенням та одностороннім типом жування. Акустичні шуми в суглобі у вигляді клацання були зафіксовані у 33 осіб (57,9 %). При пальпації м'язів, що беруть участь у рухах нижньої щелепи, у більшості пацієнтів (52 особи – 91,2%) були виявлені больові потовщення м'язової тканини (частіше болісними були ділянки прикріплення медіальних і латеральних крилоподібних м'язів, верхній відділ власне жувальних м'язів) та асиметрія у м'язовій масі.

При огляді порожнини рота хворих, що знаходились під нашим спостереженням, у 12 осіб (%) були виявлені аномалії прикусу, у 7 (%) – вторинна адентія, у 3 (%) – нераціональні конструкції зубних протезів. Не можна не відзначити той факт, що кількість пацієнтів із інтактними зубними рядами і з оклюзійно-артикуляційними порушеннями була практично однаковою.

Рентгенологічні дослідження пацієнтів із больовою дисфункцією СНЩС зафіксували відсутність структурних змін кісткової тканини, однак вказали на значну варіабельність просторового положення суглобових голівок. При цьому найчастіше (46 осіб – 80,7%) спостерігалось асиметричне положення голівок у суглобових ямках із обмеженням руху в одному суглобі і гіперфункцією у вигляді підвивиху – у іншому.

Електроміографічними дослідженнями власне жувальних та скроневих м'язів були виявлені виражені зміни їх біоелектричної активності, як у фазі функціонального спокою, так і у активній фазі у 40 пацієнтів (70,2%). У стані розслаблення жувальних м'язів у цих хворих була зафіксована мимовільна біоелектрична активність жувальних м'язів. Активність власне жувальних та скроневих м'язів при стисканні зубних рядів характеризувалась високою максимальною амплітудою, що можна пояснити збільшенням кількості рухових одиниць, які беруть участь у процесі скорочення, і зміни рівня синхронізації біоелектричних розрядів. Крім того, спостерігалась досить виражена асиметрія біоелектричної активності м'язів. У 17 осіб (29,8%) із легким ступенем тяжкості захворювання латентний час та амплітуда-частотні характеристики електроміографії були наближені до норми.

Психологічне тестування за допомогою опитувальника «МІНІ-МУЛЬТ», зафіксувало у 19 пацієнтів (33,3%) пригнічений настрій у поєднанні з вираженою емоційною лабільністю, тривогою, вередливістю, апатією, знижений компонент боротьби з хворобою; у 13 хворих (22,8%) – підвищену втомлюваність, нетерпеливість, неприйняття ситуації очікування, невпевненість у сприятливому завершенні хвороби; у 10 осіб (17,5%) – часті зміни настрою, бажання привертати до себе підвищену увагу, театральність поведінки, виражений компонент боротьби з хворобою; у 9 пацієнтів (15,8%) – нав'язливі страхи, роздуми та сумніви щодо правильності лікування захворювання, знижений компонент боротьби з хворобою. Тільки у 6 пацієнтів (10,5%) психоемоційний статус можна було визначити як гармонійний.

Отримані результати, з одного боку, відображають певні особистісні характеристики. З іншого, значне переважання серед пацієнтів осіб із відхиленнями у психоемоційній сфері вказує на те, що подібні порушення, скоріше за все, пов'язані із наявним захворюванням та неефективністю його лікування.

Висновок

Таким чином, комплексне обстеження пацієнтів із дисфункцією СНЩС дозволяє встановити складний механізм патологічних змін, що обумовлюють перебіг цього захворювання. Так, поряд із оклюзійно-артикуляційними порушеннями, важливу роль у розвитку дисфункції СНЩС відіграють зміни психоемоційного статусу пацієнтів та дискоординація діяльності жувальних м'язів.

Тому для встановлення найбільш точного діагнозу та призначення адекватного лікування при дисфункції СНЩС, окрім рентгенокомп'ютерної діагностики елементів суглобу, доцільним є проведення психологічних обстежень та електронейроміографічних досліджень. Отримані нами результати доводять необхідність застосування індивідуального патогенетичного лікування пацієнтів із больовою дисфункцією СНЩС, спрямованого не лише на усунення оклюзійно-артикуляційних порушень, але й на відновлення функції нервово-м'язового комплексу та корекцію психоемоційного статусу.

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. Булычева Е.А. Клиническая картина, диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2007. – Т.86, №6. – С. 79-83.
3. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложнен-

4. ных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение / Е.А. Булычева // Стоматология. – 2006. – Т.85, №6. – С. 58-61.
4. Горожанкина Е.А. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Е.А. Горожанкина, Б.П. Марков, Ф.М. Мамедов // Новое в стоматологии. – 2003. – Т.109, №1. – С. 30-33.
5. Грачев Ю.В. Височно-нижнечелюстная (миогенная и артогенная) лицевая боль / Ю.В. Грачев, В.И. Шмырев // Боль. – 2007. – Т.14, №5. – С. 2-12.
6. Гринин В.М. Особенности формулирования диагноза при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава / В.М. Гринин, Ю.М. Максимовский // Стоматология. – 1998. – Т.77, №5. – С. 19-22.
7. Орлова О.Р. Миофасциальный болевой синдром лица: новые аспекты клиники, патогенеза и лечения / О.Р. Орлова, Л.Р. Мингазова, А.М. Вейн // Новое в стоматологии. – 2003. – №1. – С. 1-5.
8. Писаревский Ю.Л. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин / Ю.Л. Писаревский, В.М. Семенов, Б.С. Хышикуев, Т.Е. Белокрыницкая. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издательство НГМА, 2003. – 105 с.
9. Психологические тесты / Пер. с англ. Е.А. Дружининой. – Харьков. – 1994. – 320 с.
10. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, Л.Т. Мухлаев, В.М. Корнилов, Р.А. Пшепий // Российский стоматологический журнал. – 2002. – №2. – С. 28-30.
11. Пузин М.Н. Болевая дисфункция ВНЧС / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – М.: Медицина, 2002. – 160 с.
12. Семкин В.А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, обусловленной патологией окклюзии и лечение таких больных / В.А. Семкин, Н.А. Рабухина, Д.В. Кравченко // Стоматология. – 2007. – Т.86, №1. – С. 44-49.
13. Чергештов Ю.И. Клинико-рентгенологические аспекты диагностики и лечения синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / Ю.И. Чергештов, Е.Я. Губайдулина, Л.Н. Цегельник // Стоматология. – 2000. – №1. – С. 27-30.

Реферат

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА КАК УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОГО ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Аветиков Д.С., Иваницька О.С., Рыбалов О.В.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, болевая дисфункция, алгоритм обследования пациентов.

В статье предложен алгоритм комплексного обследования пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, который включает исследование состояния их нервно-мышечного аппарата и психо-эмоционального статуса с целью всестороннего изучения особенностей клинического течения данного заболевания. Полученные результаты исследования позволяют разработать патогенетически обоснованное лечение больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Summary

INTEGRATED APPROACH TO THE METHODS OF EXAMINATION FOR PATIENTS WITH PAIN DYSFUNCTION SYNDROME AS ESSENTIAL CONDITION FOR THEIR EFFECTIVE TREATMENT

Avetichov D.S., Ivanyts'ka O.S., Rybalov O.V.

Key words: temporomandibular joint, pain dysfunction syndrome, algorithm for patient examination.

This paper presents an algorithm of integrated examination for patients with pain dysfunction syndrome of temporomandibular joint. The approach includes thorough investigation of neuro-muscleular apparatus and emotional status in order to study the clinical course of the disease. The results of the study may allow us to develop pathogenetically justified treatment for patients with dysfunction of temporomandibular joint.