

Координаты для связи с авторами: Коваленко Елена Валерьевна – заочный аспирант кафедры СДВ, врач-стоматолог детский Областной стоматологической поликлиники № 1 г. Благовещенска, тел. +7-924-674-09-31; Антонова Александра Анатольевна – зав. кафедрой стоматологии детского возраста ДВГМУ, тел. +7-924-115-89-80, e-mail: antonovs@mail.ru.



УДК 616.314.2-007.26:616-009.7

Н.М. Диденко¹, А.Я. Вязьмин¹, Н.В. Мамонова²

МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ВЗРОСЛЫХ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ПРИКУСА

¹Иркутский государственный медицинский университет,
664003, ул. Красного Восстания, 1, тел. 8-(3952)-24-38-25, факс 8-(3952)-24-38-97,
e-mail: administrator@ismu.baikal.ru;

²Байкальский государственный университет экономики и права,
664003, ул. Ленина, 11, тел. 8-(3952)-24-10-55, факс 8-(3952)-24-12-00, e-mail: rector@isea.ru, г. Иркутск

Резюме

Мышечно-фасциальные боли в челюстно-лицевой области значительно понижают качество жизни человека. Дисфункция ВНЧС и нарушения прикуса сопровождаются выраженными системными структурно-функциональными нарушениями в опорно-двигательном аппарате. Длительно существующие нарушения могут явиться причиной развития мышечно-фасциального болевого синдрома в челюстно-лицевой области и шеи, а также могут стать причиной возникновения хронической головной боли. Цель работы заключалась в выявлении локализации боли у взрослых пациентов в зависимости от вида аномалии или деформации прикуса. Выявлены закономерности локализации мышечно-фасциальной боли у пациентов с нарушением прикуса.

Ключевые слова: аномалии или деформации прикуса у взрослых, мышечно-фасциальная боль в челюстно-лицевой области, закономерности локализации боли в зависимости от разновидности нарушения прикуса.

N.M. Didenko, A.Ya. Vyazmin, N.V. Mamonova

THE MUSCULAR-FASCIAL PAINFUL SYNDROME IN ADULT WITH ANOMALY AND DEFORMITY OF THE BITE

Irkutsk State Medical University;
Baikal State University of economy and law, Irkutsk

Summary

Muscular-fascial pains in maxilla-facial area significantly decrease the quality of life. The dysfunction of temporal and mandible joint and bite abnormalities are accompanied by the systemic structural-functional disorders in the muscular skeletal system. Long-lasting disorders may result in muscular-fascial painful syndrome development in maxillofacial area and neck but also may be the cause of the chronic headache. The aim of our work was to reveal pain localization in adults according to the type of anomaly and deformity of the bite. We have also revealed the regularities of muscular-fascial pain localization in patients with the bite disorders.

Key words: anomaly and deformity of the bite in adults; muscular-fascial pain in maxillary-dental area, regulatory of pain localization.

Височно-нижнечелюстной сустав является центром равновесия всего организма человека, поэтому смещение нижней челюсти приводит к нарушению равновесия головы и всего опорно-двигательного аппарата [5]. При появлении дополнительных неблагоприятных факторов, например нарушений окклюзии, стресса и др., длительно существующее нарушение равновесия может явиться причиной развития миофасциальной болевой дис-

функции сустава. Одним из ведущих симптомов синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является миофасциальная боль [3]. Миофасциальные боли в челюстно-лицевой области значительно понижают качество жизни человека [6]. Установлена корреляционная зависимость между интенсивностью проявления клинической дисфункции ВНЧС и симптомами окклюзионных нарушений [4].

Вместе с тем, в литературе отсутствуют сведения о влиянии окклюзионных взаимоотношений на локализацию и формирование мышечно-фасциальной боли у пациентов с нарушением прикуса.

Цель нашей работы заключалась в выявлении локализации мышечно-фасциальной боли у взрослых пациентов в зависимости от вида аномалии или деформации прикуса.

Материал и методы

Исследование проводилось у 171-го (28 – мужчин; 97 – женщин) взрослого пациента с аномалиями и деформациями прикуса в возрасте от 18-ти до 62-х лет, которые были обследованы в клинике ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО «Иркутского государственного медицинского университета».

Нами разработана унифицированная анкета на базе модифицированного рейтингового опросника и определения индекса нарушения жизнедеятельности при болях в шее [1]. Анкета включала блоки вопросов, направленных на выявление локализации боли. Полученные данные обработаны стандартными параметрическими методами с использованием парного и группового критерия Стьюдента [2]. Для подсчета коэффициента корреляции использовался пакет прикладных программ Microsoft Excel. Результаты исследования представлены в виде таблиц.

Исследование мышц челюстно-лицевой области и шеи проводили с помощью методик, описанных в работе Пузина А.М., Вязьмина А.Я. (2002) [3].

Характер смыкания зубных рядов изучали непосредственно в полости рта больного, и с помощью универсального артикулятора «Гнатомат» на диагностических гипсовых моделях челюстей. Анализ окклюзионных взаимоотношений зубов проводили в положении центральной, передней, боковых и динамической окклюзиях. Изучение биомеханики движений нижней челюсти проводились по трем взаимно перпендикулярным направлениям. Поэтому выявляемые аномалии и деформации прикуса мы группировали как сагиттальные, трансверзальные и вертикальные. В каждой группе диагностировались как самостоятельные формы нарушения прикуса, так и сочетающиеся с другими аномалиями и деформациями зубочелюстной системы.

Результаты исследования

Из общей группы пациентов (171 человек) с нарушениями прикуса нами выявлены жалобы пациентов на проявления боли в различных группах мышц челюстно-лицевой области и шеи (табл. 1).

Из 14-ти пациентов с мезиальным прикусом боль в мышцах с обеих сторон отмечена у 8-ми пациентов (височные), у 2-х (жевательные), у 2-х (надподъязычные) и у 2-х – подподъязычные мышцы. И только у 2-х пациентов проявлялась боль в жевательной мышце с одной стороны.

У пациентов с нарушениями в дистальном направлении, в основном, боль проявлялась с одной стороны: у 14-ти – височные, у 16-ти – надподъязычные, 5-ти – подподъязычные, 11-ти – медиальные крыловидные, 12-ти – латеральные крыловидные. С обеих сторон

болезненно реагировали мышцы у 6-ти человек (жевательные), у 4-ти – подподъязычные, у 10-ти – латеральные крыловидные. При нарушениях прикуса в трансверзальном направлении нами отмечено одностороннее проявление боли в мышцах у 14-ти человек – жевательных, у 19-ти человек – надподъязычных и у 4-х – подподъязычных). Причем, если отмечалась боль в височных мышцах с одной стороны (40 человек), то боль в медиальных крыловидных и латеральных крыловидных (у 14-ти из 39 человек) отмечалась с противоположной стороны. При нарушениях прикуса в вертикальном направлении боль в мышцах проявлялась в основном с обеих сторон у 12-ти человек (височные), у 9-ти – жевательные), у 4-х – надподъязычные, у 4-х – медиальные крыловидные и у 2-х – латеральные крыловидные. Немаловажным является тот факт, что боль в мышцах у 8-ми – височные, у 2-х – жевательные и у 2-х – медиальные крыловидные проявлялась у пациентов с блокирующим положением зубов-антагонистов с другой стороны.

Таблица 1

Проявления боли в мышцах челюстно-лицевой области и шеи у пациентов с аномалиями или деформациями прикуса

Мышцы		Аномалии и деформации прикуса (171 человек)		
		сагиттальные (62 человека)	трансверзальные (64 человека)	вертикальные (45 человек)
Височные	одна	–	40	8
	обе	8	–	12
Жевательные	одна	18	14	2
	обе	8	–	9
Медиальные крыловидные	одна	11	14	2
	обе	–	–	4
Латеральные крыловидные	одна	12	39	–
	обе	10	–	2
Надподъязычные	одна	16	19	–
	обе	2	–	4
Подподъязычные	одна	5	4	–
	обе	6	–	–

Таким образом, нами выявлены закономерности локализации мышечно-фасциальной боли у пациентов с нарушением прикуса.

Для определения корреляционной зависимости мышечно-фасциальной боли от разновидности нарушения прикуса мы определили процентное соотношение жалоб на боль пациентов с различными аномалиями и деформациями прикуса (табл. 2).

Таблица 2

Локализация мышечно-фасциальной боли у пациентов с различными нарушениями прикуса

Локализация мышечно-фасциальной боли	Аномалии и деформации прикуса		
	сагиттальные (36 %)	трансверзальные (37 %)	вертикальные (26 %)
Височные	13 %	62,5 %	44 %
Жевательные	42 %	22 %	24 %
Медиальные крыловидные	17,7 %	22 %	13 %
Латеральные крыловидные	35 %	61 %	4,4 %
Надподъязычные	29 %	30 %	9 %

В результате были получены коэффициенты корреляции r_B , которые характеризуют меру линейной зависимости между болью в определенных мышцах челюстно-лицевой области и шеи, и разновидности нарушения прикуса (табл. 3).

Таблица 3

Зависимость локализации боли от разновидности аномалии или деформации прикуса

Локализация мышечно-фасциальной боли	Коэффициент корреляции r_B
Височные	$ r_B =0,06$
Жевательные	$ r_B =0,34$
Медиальные крыловидные	$ r_B =0,91$
Медиальные крыловидные	$ r_B =0,91$
Надподъязычные	$ r_B =0,99$
Подподъязычные	$ r_B =0,70$

Таким образом, по полученным данным можно сделать вывод, что боль в надподъязычных, медиальных крыловидных и латеральных крыловидных мышцах проявляет высокую степень корреляции от существующих нарушений прикуса. Проявление боли в височных и жевательных мышцах практически не зависит от разновидности аномалии или деформации. Боль в подподъязычных мышцах проявляет более скромную зависимость от аномалии, или еще говорят о слабой зависимости.

С помощью критерия Стьюдента можно проверить статистическую значимость корреляции полученных данных. Для этого мы проверили гипотезу о статистической незначимости коэффициента корреляции, т.е. $r_B=0$.

На 5 % уровне значимости мы использовали критерий Стьюдента, критическая точка которого $t_{кр}=1,97$ (найдена по таблицам критерия Стьюдента). Наблюда-

емые значения критерия t_H для каждого случая сведены в таблицу (табл. 4).

Таблица 4

Отражение статистической значимости корреляционной зависимости локализации боли от разновидности аномалии или деформации прикуса

Локализация мышечно-фасциальной боли	t_H критерий
Височные	0,06
Жевательные	0,36
Надподъязычные	7,02
Подподъязычные	0,98
Медиальные крыловидные	2,20
Латеральные крыловидные	2,35

Если наблюдаемое значение больше критического, т.е. $t_H > t_{кр}$, то основную гипотезу следует отклонить, т.е. считать, что данная корреляция статистически значима. Если же выполняется обратное соотношение, т.е. $t_H < t_{кр}$, то корреляция несущественна и зависимость достаточно слабая.

Из табл. 3 можно сделать вывод, что проявление боли в медиальных крыловидных, латеральных крыловидных и надподъязычных мышцах имеет статистически значимую корреляцию.

Выводы

Локализация мышечно-фасциальной боли в мышцах челюстно-лицевой области и шее зависит от разновидности аномалии или деформации прикуса.

Установлена линейная, статистически значимая, корреляционная зависимость между локализацией мышечно-фасциальной боли в медиальных крыловидных, латеральных крыловидных и надподъязычных мышцах и разновидностью нарушения прикуса.

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М. : Антидор, 2002. – 2-е изд., перераб. и доп. – 736 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
3. Пузин А.М., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М. : Медицина, 2002. – 160 с.
4. Силин А.В. Функциональное состояние височно-нижнечелюстного сустава у пациентов после
- ортодонтического лечения // Матер. IX Междунар. Конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (25-27 мая 2004). – СПб. – С. 158.
5. Gelb H. The temporomandibular joint syndrome. Patient communication and motivation // Dent. Clin. North Am., Apr, 1970 – № 14. – P. 287-307.
6. Lilly G.E. Head and neck hfin of non-dental rigin // Fogorv Sz. – 1998. – Vol. 91. – P. 337-346.

Координаты для связи с авторами: Вязьмин Аркадий Яковлевич – доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой ортопедической стоматологии ИГМИ, тел. +7-914-920-95-80; Диденко Наталья Михайловна – канд. мед. наук, тел. +7-950-119-90-43, e-mail: ortodont.irk@gmail.com; Мамонова Наталья Вячеславовна – канд. математических наук, доцент кафедры математики БГУЭП, тел. +7-908-642-06-50.

