

Надырбекова А.Н., Мырзабеков Э.М.

**ТИШ КАТМАРЫНЫН ОККЛЮЗИЯСЫ БУЗУЛГАН
ЖАШ АДАМДАРДА СААМАЙ-ЫЛДЫЙКЫ ЖААК МУУНДАГЫ ООРУ
ДИСФУНКЦИЯСЫНЫН СИНДРОМУН КЛИНИКАЛЫК
ЖАНА ФУНКЦИОНАЛДЫК ИЗИЛДӨӨ**

Надырбекова А.Н., Мырзабеков Э.М.

**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА
БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ
ОККЛЮЗИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ**

A.N. Nadyrbekova, E.M. Myrzabekov

**CLINICAL AND FUNCTIONAL STUDY OF THE
SYNDROME OF PAIN DYSFUNCTION OF THE TEMPOROMANDIBULAR
JOINT IN YOUNG PEOPLE WITH IMPAIRED OCCLUSION
OF THE DENTITION**

УДК: 616.724-053.81-071/.072.7

Макалада саамай-ылдыйкы жаак муундун дислокациясынын, саамай-ылдыйкы жаак муундагы оору дисфункциясынын синдромунун өнүгүшүндөгү ролу көрсөтүлгөн. Саамай-ылдыйкы жаак муундар дисфункциясын диагностикалоо үчүн колдонулган клиникалык жана функционалдык протокол темпоромандибулардык муундун чыгып кеткендигин аныктоого, ошондой эле оорунун мүнөздүү белгилерин кененирээк изилдөөгө мүмкүндүк берди. СЫМЖ дислокациясы бар 37 бейтапты текшерүүнүн натыйжалары, анын ичинде негизги (субъективдүү жана объективдүү) жана кошумча (окклюзиография, диагностикалык моделдерди изилдөө, компьютердик томография) камтылды. Негизги топтогу пациенттерде (17 адам), сунуш кылынган татаал дарылоо ыкмасынан кийин, муунак элементтеринин мамилесинин нормалдашуусу байкалган.

Негизги сөздөр: синдром, дисфункция, комплекстүү дарылоо, диагностика, оорунун белгилери, компьютердик томография.

В статье показана роль вывиха височно-нижнечелюстного сустава в возникновении синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Использованный клинико-функциональный протокол диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава позволил диагностировать вывих височно-нижнечелюстного сустава, а так же более детально изучить характерные признаки заболевания. Изучены результаты обследования 37 пациентов с вывихом ВНЧС, включающие основные (субъективные и объективные) и дополнительные (окклюзиография, изучение диагностических моделей, компьютерная томография). У пациентов основной группы (17 человек) после предложенной комплексной методики лечения наблюдалась

нормализация взаимоотношения суставных элементов.

Ключевые слова: синдром, болевая дисфункция, комплексное лечение, диагностика, признаки заболевания, компьютерная томография.

The article shows the role of dislocation of the temporomandibular joint in the development of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint. The used clinical and functional protocol for diagnosing temporomandibular joint dysfunction made it possible to diagnose dislocation of the temporomandibular joint, as well as to study in more detail the characteristic signs of the disease. The results of examination of 37 patients with dislocation of the TMJ were studied, including the main (subjective and objective) and additional (occlusiography, study of diagnostic models, computed tomography). In patients of the main group (17 people), after the proposed complex method of treatment, normalization of the relationship of articular elements was observed.

Key words: syndrome, pain dysfunction, complex treatment, diagnosis, signs of the disease, computed tomography.

Введение. В различных литературных источниках подробно описаны роли патологии зубочелюстной системы, включающих нарушения прикуса, потерю зубов-антагонистов, наличие супраконтактов, а также роли психогенных, гуморальных, соматических факторов в возникновении синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС) [1-4]. Одними из главных звеньев в этиологии данного заболевания являются травмы челюстно-лицевой области, возникающие при бытовых, автомобильных и других случаях. Непреднамеренное чрезмерно долгое и широкое открывание рта, например,

при эндодонтическом лечении зубов, вредные привычки пациентов провоцируют возникновение СБД ВНЧС. Среди травм ВНЧС описывается непосредственная причинно-следственная связь вывиха внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава и СБД ВНЧС. Как известно, вывих диска ВНЧС представляет собой смещение суставного диска с поверхности суставной головки, вследствие чего наблюдается заклинивание его между элементами височно-нижнечелюстного сустава [5].

Кроме вышеописанных факторов, необходимо отметить и спазм жевательных мышц, в особенности латеральной крыловидной мышцы, наличие хронических стрессовых ситуаций, физических перенапряжений челюстей, что приводит к парафункциям жевательных мышц и в дальнейшем к вывиху диска [6].

Также большую роль в этиологии вывиха диска имеет травма суставных тканей, которое может наблюдаться при наличии преждевременных, так называемых супраконтактов на отдельных зубах, неравномерной стертости окклюзионной поверхности и других нарушениях зубочелюстной системы [2].

Цель: улучшение качества лечения больных с

синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава путем выбора оптимальных и доступных методов диагностики на основании оценки общего состояния и наличия функциональных нарушений в зубочелюстной системе.

Материал и методы. Нами было обследовано 182 пациента с жалобами на боли в области височно-нижнечелюстного сустава, из них у 122 была диагностирована дисфункция ВНЧС, осмотр, консультация, диагностика и лечение которых проводились на кафедре хирургической стоматологии КРСУ, из них 80% женщин и 20% мужчин в возрасте от 19 до 45 лет (табл. 1). Всех пациентов обследовали по общепринятой методике, включающей основные (субъективные, объективные) и дополнительные методы (изучение диагностических моделей, окклюзиография, комп. томография). После снятия слепков с челюстей, отливки диагностических моделей, приступили к изучению их антропометрическим методом. Оценка зубов, зубного ряда, прикуса, окклюзионных контактов определило сторону смещения нижней челюсти, характер окклюзионной кривой, суперконтакты, участки, вызывающие блокировку движений нижней челюсти.

Таблица 1

Распределение пациентов с дисфункцией ВНЧС

Общее количество всех обследованных	182 человек
Количество пациентов с дисфункцией внчс	122 (100%)
Количество пациентов с дисфункцией внчс, обусловленные вывихом сустава	37 (30%)
Количество пациентов в контрольной группе	20 человек
Количество пациентов в основной группе	17 человек

Для изучения характера смыкания зубных рядов, выявления преждевременных контактов и определения вида прикуса (физиологический или патологический) проводилась окклюзиография всем пациентам независимо от первичного диагноза. Для этого при помощи диагностических моделей изготовили шаблоны по стандартной методике из базисного воска. Всех пациентов просили произвести движения нижней челюсти в трех направлениях-сагиттальной, трансверсальной, вертикальной. Таким образом регистрировали преждевременные контакты в зубах-антагонистах, разобщения зубных рядов, что, вероятно, привело к возникновению синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и изменениям в жевательных мышцах.

После проведения обследования у 37(30%) пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава был поставлен диагноз «вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава». Затем этих больных разделили на две группы: контрольную - 20 человек и основную - 17 человек (табл. 1). Всех пациентов контрольной группы лечили по общепринятой схеме, которая включала полную санацию полости рта, миогимнастику, рациональное протезирование, физиотерапию и проводили лечение имеющейся соматической патологии. Пациентов основной группы лечили по нашей методике.

Результаты. Из обследованных 122 пациентов у

37(30%) были выявлены характерные жалобы: щелканье и хруст в суставе, ограничение открывания рта, боли при движениях нижней челюсти, смещение центральной линии резцов, небольшая асимметрия лица. У 28(75%) пациентов начало давности заболевания составило от 1 до 5 лет, притом только 10(27%) обратились за помощью к различным медицинским специалистам, не получив при этом должного лечения и правильной диагностики. Ортогнатический прикус был выявлен у 32(86%) пациентов с вывихом внутрисуставного диска. Патологические виды прикуса (глубокое резцовое перекрытие) имели 5(14%) пациентов. Ощущение препятствия в суставе при разговоре, употреблении пищи и других движениях нижней челюсти испытывали все 37(100%). Из анамнеза и данных анкетного листа хронический стресс имеется у 3(8%) пациентов. Бруксизм описали тоже 3(8%) человека. Из-за наличия деформаций в зубном ряду у 30(81%) регистрировали длительное одностороннее жевание. Вредные привычки, такие как частое подпирание нижней челюсти ладонью, игра с щелкающей челюстью, привычка спать на одном боку отметили у себя 28(75%) больных. При пальпаторном обследовании боль в латерально-крыловидной мышце на пораженной стороне отметили все 37(100%), у 10(27%) болезненной оказалась медиально-крыловидная

мышца. Склонность к неврозам признали 2(5%) из 37(100%) обследовавшихся. 4(11%) больных с девиацией и 34(92%) пациентов с дефлексией были диагностированы при объективном обследовании (табл.2).

Изучение диагностических моделей и окклюзиограмм показало наличие супраконтактов в боковых окклюзиях у 24(64%) пациентов, в передней у 8(21%) с вертикальным перемещением зубов и у 6(16%) больных с интактными зубными рядами (табл. 2).

Амплитуда движений нижней челюсти оказалась значительной у 37(100%) больных при контакте с зубами-антагонистами в здоровую сторону.

Анализ данных компьютерной томографии, в косой и фронтальной проекциях, показал, что в положении «рот закрыт» и «рот открыт» контуры были ровными, четкими и без деструктивных изменений у 32(86%) больных с вывихом внутрисуставного диска, а у 5(14%) обнаружилось изменения в морфологических структурах костеобразующих элементов височно-нижнечелюстного сустава (Таблица 2).

На основании данных дополнительных методов диагностики был сделан вывод, что заблокированный диск, ощущаемый всеми пациентами как механическое препятствие в суставе, ограничивает движения нижней челюсти относительно костей лицевого скелета.

Таблица 2

Статистический анализ полученных данных пациентов с дисфункцией ВНЧС, обусловленный вывихом сустава

Симптомы, признаки заболевания	% и кол-во пациентов	Симптомы, признаки заболевания	% и кол-во пациентов
Ощущения препятствия в суставе при закрывании	37(100%)	Хронический стресс	3(8%)
Боль в жевательных мышцах	10(27%)	Склонность к неврозам	2(5%)
Длительное одностороннее жевание	30(81%)	Девиация, дефлексия	4(11%) 34(92%)
Интактные зубные ряды	23(62%)	Частичное отсутствие зубов	14(38%)
Супраконтакты в боковых зубах	24(64%)	Супраконтакты в передних зубах	8(21%)
Морфологические изменения костеобразующих элементов сустава	5(14%)	Нет изменений на КТ	32(86%)

После подтверждения диагноза «дисфункция ВНЧС» в группе сравнения (20 человек) пациентов лечили по общепринятой стандартной схеме, которая включала протезирование съемными и несъемными конструкциями, восстановление высоты нижней

трети лица, миогимнастику, исправление прикуса, пломбирование кариозных полостей. Далее пациентам основной группы (17 человек) была предложена комплексная методика лечения, учитывающая индивидуальные особенности каждого обследуемого. Для

снятия спазма и купирования боли в жевательных мышцах, в частности в латеральной крыловидной мышце, всем пациентам проводили обезболивание растворами анестетика с учетом аллергической реакции [8]. После наступления блокады в суставной области пациентам основной группы осуществляли вправление диска мануальным методом, описанным зарубежными авторами Трустенко В.П., Потапов В.П., Каменева Л.А.: «для этого необходимо было встать позади больного, большой палец правой руки установить на жевательные поверхности нижних боковых зубов, а остальные пальцы - на тело нижней челюсти на стороне поражения. Просили больного удерживать нижнюю челюсть в расслабленном состоянии. При этом вибрирующими движениями дополнительно расслабляли жевательные мышцы, отводили нижнюю челюсть вниз и в здоровую сторону. Эту манипуляцию повторяли до возвращения диска в физиологическое положение. Контролем являлись: свободное открывание рта без девиации (дефлексии); множественные контакты между зубами-антагонистами». После вправления диска ВНЧС значительные улучшения отметили 5(30%) больных основной группы, ввиду того, что они обратились в первые сутки (до 3 дней) после возникновения заболевания. Для предотвращения осложнений пациентам дали рекомендации по уходу за челюстно-лицевой областью, а именно обеспечить покой в суставе, не употреблять твердую и грубую пищу, соблюдать культуру приема пищи, спать на спине, не использовать подушку на время реабилитации, в первые 2-3 дня использовать поддерживающую повязку, проводить самомассаж жевательных мышц в течение 2-х месяцев, применять аутоотренинг перед зеркалом в течение 10 минут для выработки условного рефлекса, ограничить трансверсальные движения нижней челюсти.

Остальным 12(70%) пациентам, которые имеют застарелый вывих диска с синдромом болевой дисфункции ВНЧС, назначали курс обезболивающей терапии (по 10 на больную сторону через 1 день). После симптоматической терапии вправление проводили по вышеописанной методике. Также дали рекомендации для предотвращения рецидива заболевания. Всех 17 пациентов через 2 месяца применения миогимнастики приглашали на повторную окклюзиографию для оценки изменений в смыкании челюстей. Таким образом, 12(70%) больных отмечали положительную динамику в лечении, что говорит о восстановлении физиологического положения диска, остальным 4(23%), не отмечавшим изменений в симптоматике, отправили на хирургическое лечение.

Метод рационального протезирования у 7(42%) пациентов с частичным отсутствием зубов проводили с учетом выравнивания окклюзионной кривой путем использования окклюзионных накладок.

После вправления вывиха диска 10(58%) пациентов с интактными зубными рядами выполнили избирательное пришлифовывание зубов с преждевременными контактами. Движения нижней челюсти стали плавными, скользящими. 2(11%) пациентам с длительными хроническими стрессами назначили прием седативных препаратов (настой мяты, мелиссы, валерианы) в течение месяца.

Кроме того, всех пациентов с диагнозом «дисфункция ВНЧС», обусловленной вывихом внутрисуставного диска направили на физиотерапевтические процедуры (электрофорез лекарственных веществ, лазеротерапию, массаж околоушно-жевательной области по 10 сеансов). После лечения проводился мониторинг каждые 1, 2, 3 и 6 месяцев. Оценка состояния и объема выполненных процедур показали положительный результат у 13(76%).

Обсуждение. На основании проведенных исследований выявили наиболее характерные жалобы: боль при опускании нижней челюсти и щелканье. Все (100%) пациентов описывали наличие механического препятствия в суставе, что доставляло психологический и физиологический дискомфорт. Преобладание одностороннего жевания за счет отсутствия боковых зубов привело к зубочелюстным деформациям, а впоследствии к «дисфункции ВНЧС». Анализ компьютерной томографии выявил структурные изменения в костеобразующих элементах сустава у 5(14%) пациентов, у 32(86%) больных не выявлено патологий в костной ткани.

Заключение. Таким образом, на основании данных клинических и субклинических методов диагностики 122 пациентов с различными жалобами на внутрисуставные нарушения 37(30%) был поставлен окончательный диагноз: «Вывих диска височно-нижнечелюстного сустава».

Далее 37 пациентов были поделены на 2 группы: контрольную-20 человек и основную-17. У 13(76%) больных был отмечен положительный эффект от лечения комплексным методом. Для предотвращения рецидива заболевания рекомендовали соблюдать диету, ограничивать открывание рта и регулярно проводить миогимнастику, аутоотренинг перед зеркалом, посещать стоматолога 2 раза в год для профилактики потери зубов и изменений в костных структурах челюстно-лицевой области.

Литература:

1. Потапов В.П. Системный подход к обоснованию новых методов диагностики и комплексному лечению больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава при нарушении функциональной окклюзии: дисс. ... д-ра мед. наук. - Самара, 2010. - 321 с.
2. Хватова В.А. Клиническая гнатология. - М.: Медицина, 2007. - 296 с.
3. Licini F., Nojelli A., Segù M., Collesano V. Role of psychosocial factors in the etiology of temporomandibular disorders: relevance of a biaxial diagnosis // Minerva Stomatol. 2009. - Vol. 58 (11-12). - P. 557-66.
4. Okeson J.P. Management of temporomandibular disorders and occlusion. St. Louis, Missouri: - Mosby, 2003. - 671 p.
5. Потапов В.П., Потапов И.В., Садыков М.И. Клиническая картина и методы лечения больных с вывихами внутрисуставного мениска // Институт стоматологии. - СПб., 2008. - №4. - С. 62-64.
6. Петросов Ю.А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. - Краснодар: Совет. Кубань, 2007. - 304 с.
7. Семкин В.А., Рабухина Н.А. Дисфункция височно-нижнечелюстных суставов (клиника, диагностика и лечение). - М.: Новое в стоматологии, 2000. - 53. - С. 8.
8. Егоров П.М., Карапетян И.С. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М.: Медицина, 1986. 128 с.