

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕПОВНОГО ВИВИХУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

П.О. Москаленко

Сумська обласна стоматологічна поліклініка, м. Суми

Проанализированы клинико-функциональные нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) у пациентов с неполным вывихом нижней челюсти, у которых имели место трудности с установлением диагноза, что приводило к длительному и малоэффективному лечению. Было проведено тщательное клиническое обследование, аускультация ВНЧС, их рентгенологическое исследование, артрофонография. В случаях необходимости использовалась компьютерная томография.

Установлено, что в большинстве наблюдений у тематических больных дисфункция височно-нижнечелюстного сустава была проявлением морфологических нарушений компонентов сустава вследствие неполного вывиха нижней челюсти.

Ключевые слова: скронево-нижнечелюстной сустав, неполный вывих нижней челюсти, дисфункция ВНЧС.

Проанализовані клініко-функціональні порушення з боку скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) у пацієнтів з неповним вивихом нижньої щелепи, у яких мали місце труднощі з установленням діагнозу, що призводило до довготривалого та малоєфективного лікування. Були проведені ретельне клінічне обстеження, аускультация СНЩС, їх рентгенологічне дослідження, артрофонографія. У разі необхідності використовувалася комп'ютерна томографія.

Встановлено, що у більшості спостережень у тематичних хворих дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба була проявом морфологічних порушень компонентів суглоба внаслідок неповного вивиху нижньої щелепи.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, неповний вивих нижньої щелепи, дисфункція СНЩС.

ВСТУП

Різноманітні порушення з боку скронево-нижньощелепного суглоба трапляються майже у 14-60% населення нашої країни [1]. Значна кількість хворих, недостатнє вивчення цього питання та протиріччя у результатах досліджень, оскільки ці хворі досить часто звертаються за допомогою не до стоматолога, а до спеціалістів інших спеціальностей: отоларінгологів, невропатологів, ревматологів, стоматоневрологів, рефлексотерапевтів - обумовлюють актуальність проблеми патології СНЩС [2].

Скронево-нижньощелепний суглоб за своєю будовою є складною багатофункціональною, кінематично активною біологічною мікросистемою, здатною до адаптації і пов'язаною з оклюзійним та м'язово-зв'язковим компонентом жуваального апарата[3].

Вивих суглоба як прояв нестабільності взаємовідношень його анатомічних структур є результатом порушень просторового розміщення його внутрішніх компонентів стосовно один одного в усіх трьох площинах, що призводить до розвитку напружено-деформованого стану суглобових тканин внаслідок зміни положення голівки нижньої щелепи щодо суглобової ямки та суглобового горбика, а також у зв'язку зі змінами механічних якостей капсули та зв'язкового апарату, дефектами суглобового горбика[4].

Анатомічна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба розглядається в одних випадках як реактивний, в інших – як

патологічний стан, який має своєрідні клінічні прояви, що відображають характерні зміни:

- порушення опорної функції суглобових поверхонь;
- неконтрольовані зміщення нижньої щелепи;
- виникнення невластивих суглобових переміщень голівок нижньої щелепи за рахунок дискоординації роботи жувальних м'язів та неадекватних переміщень контактуючих поверхонь суглоба;
- виникнення грубих внутрішньосуглобових шумів;
- розвиток больового синдрому[5].

До цього часу немає чітко окреслених диференціальних ознак, які б відокремлювали м'язово-суглобову дисфункцію СНЩС та неповний вивих нижньої щелепи. Причинами цього служать складність будови та функціонування скронево-нижньощелепного суглоба, багатоформність проявів його порушень, єдність етіологічних факторів, таких, як різні види аномалій прикусу, вторинні адентії, наслідки неадекватних мимовільних дій на м'язово-суглобовий апарат при стоматологічних терапевтичних, хірургічних, ортопедичних та ортодонтичних втручаннях. Саме цьому такі суб'єктивні та клінічні прояви, як біль у ділянці суглобів, пов'язаний з рухами нижньої щелепи, відчуття напруження та стягування по ходу жувальних м'язів, шумові явища (клацання, хруст при відкриванні та закриванні рота), обмеження та порушення екскурсії нижньої щелепи у різних фазах її рухів, дуже часто розцінюються як прояви м'язово-суглобової дисфункції [6], що, у свою чергу, призводить до помилок у лікуванні.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз клініко-функціональних порушень СНЩС при його неповному вивиху для розроблення адекватних методів лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 35 хворих з неповним вивихом СНЩС, у яких мали місце діагностичні труднощі, що призводило до тривалого й малоефективного лікування. Вік хворих становив від 17 до 37 років. Жінок було 27, чоловіків - 8. Особливістю було те, що хворі мали інтактні зубні ряди, не мали ортодонтичної патології, не користувались ортопедичними конструкціями.

Обстеження проводилося згідно з розробленою схемою[7].

Загальні дослідження передбачали аналіз скарг хворого, анамнез захворювання та життя, наявність або відсутність супутніх захворювань, стан кістково-м'язового апарату. Особливу увагу звертали на умови праці та навчання, їх вплив на психоемоційний стан.

Детально вивчали стоматологічний статус та стан СНЩС загальноприйнятими прийомами, які включали огляд, пальпацію голівок суглобів через зовнішній слуховий хід, пальпацію латеральних крилоподібних м'язів, вимірювання відстані зміщення середньої лінії між різцями верхньої та нижньої щелеп при змиканні зубів, визначення екскурсії суглобових голівок при рухах нижньої щелепи.

Проводили рентгенографічне дослідження обох СНЩС за Шюлером та ортопантомографію. На рентгенограмах вимірювали ширину суглобової щілини у трьох ділянках, визначали розмір, форму та відповідність обох суглобових голівок, висоту горбиків, характер зміщення суглобових голівок стосовно суглобового горбика при відкритому роті. У двох випадках проводилася комп'ютерна томографія суглобів.

Шумові явища у СНЩС досліджувалися нами за допомогою методу артрофонографії. Артрофонограф складається із мікрофона (МФ-12), посилювача звукового сигналу („Одісей-У-010”) осцилографа телевізійного („С9-52”) та ПК („LG”).

Артрографічні дослідження проводили у хворих у сидячому положенні. Чутливий елемент пристрою притискали до шкіри в проекції суглобової голівки і просили пацієнтів відкривати та закривати рот у звичайному режимі. Проводили виявлення, запис, суб'єктивну характеристику акустичних явищ.

Вивчали загальний аналіз крові, а також лабораторні клінічні аналізи сечі. З метою виключення наявності ревматизму проводили ревмопроби.

Статистичну обробку результатів проводили за Ст'юдентом-Фішером.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Із 35 обстежених хворих 20 (57,6%) скаржилися на наявність болю у ділянці одного із СНЩС, 12 - на дискомфорт при жуванні та обмеження відкривання рота. Усі 35 пацієнтів відмічали при рухах нижньої щелепи шумові явища у суглобі.

Шумові явища проявлялися у вигляді клацання (28 спостережень - 80%) або поєднання клацання та хрусту (7 спостережень - 20%). Їх інтенсивність була різноманітною: від такої, що виявлялася лише при аускультації, до гучної, чутної навіть на відстані.

При обстеженні зубних рядів спостерігалось зміщення середньої лінії верхньої та нижньої щелеп у лівий бік у 12 хворих (34,4%), в правий - у 23 (65,6%). Зміщення у межах 2 мм спостерігалось у 20 хворих (57,1%), у межах 4 мм - у 12 хворих (34,4%), перевищувало 4 мм - у 3 хворих (8,5%).

У більшості своїй (25 випадків - 71,4%) пацієнти мали прикус з невеликим різцевим перекриттям (18 випадків - 51,4%) або прямий (7 випадків - 20%).

Відкривання рота майже у всіх не було порушене, крім двох випадків, ще у двох випадках спостерігалось надмірно широке (більше ніж 5,5 см між центральними різцями щелеп) відкривання, у 31 хворого досліджувалася своєрідна траєкторія руху нижньої щелепи: у 19 хворих (51,5%) спостерігалось зигзагоподібне зміщення щелепи, у 16 (48,5%) - східчає.

При пальпації голівки СНЩС у значної частини хворих (22-62,9%) спостерігалась її значна екскурсія за межі суглобового горбика, у 15-42,9% - з одного боку, 7 випадків (20%) - з обох боків.

Міалгія та артралгія спостерігались у 29 (83,3%) хворих. Їх локалізацією частіше за все була ділянка суглоба (20 пацієнтів), а також власне жувальний та латеральний крилоподібний м'яз (9 пацієнтів).

Клінічні аналізи крові та сечі суттєвих патологічних змін не виявили, випадків позитивних ревмопроб також не спостерігалось.

При артрофонографії суглобів, які при функції давали сторонні шуми, доведено, що звуки типу клацання мали більш низькочастотний спектр (від 0,1 до 1 кГц) тривалістю від 20 до 40 мс, хруст був ширшим за діапазоном (від 0,1 до 1,3 кГц), інтенсивність його була нижча, а тривалість більша (до 60 мс) - рис.1.

Рентгенологічно при цьому у 12 хворих спостерігалася сплюснена суглобова поверхня голівки суглобового відростка нижньої щелепи. У інших 23 пацієнтів змін у вигляді наявності остеофітів, порушень форми голівки нижньої щелепи не визначалося (рис.2).

Аналіз результатів вимірів розмірів суглобової щілини (за даними рентгенографії) у всіх хворих до та після лікування виявив їх достовірну різницю.

Загалом були відокремлені три характерні категорії порушень: у 26 (74,6%) пацієнтів у вигляді гіпермобільності суглобових голівок, у 5 (14,3%) - імпресійної нестабільності суглобового диска, у 4 (11,1%) - анатомічної нестабільності м'язово-суглобових компонентів.

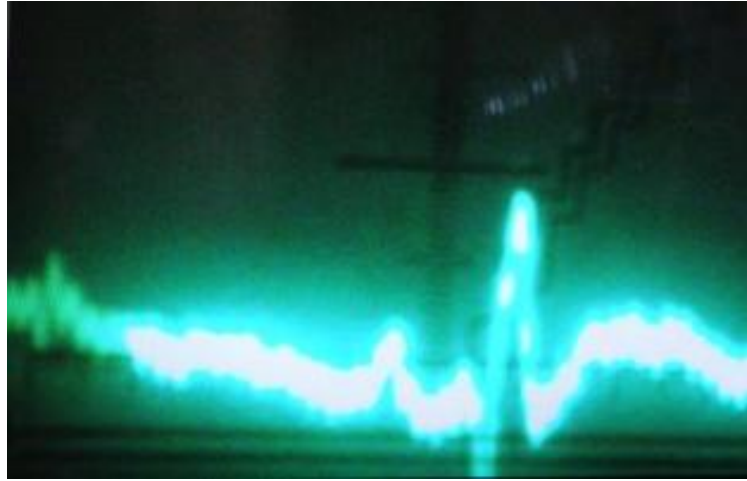


Рисунок 1 - Артрофонограма СНЩС при його неповному вивиху

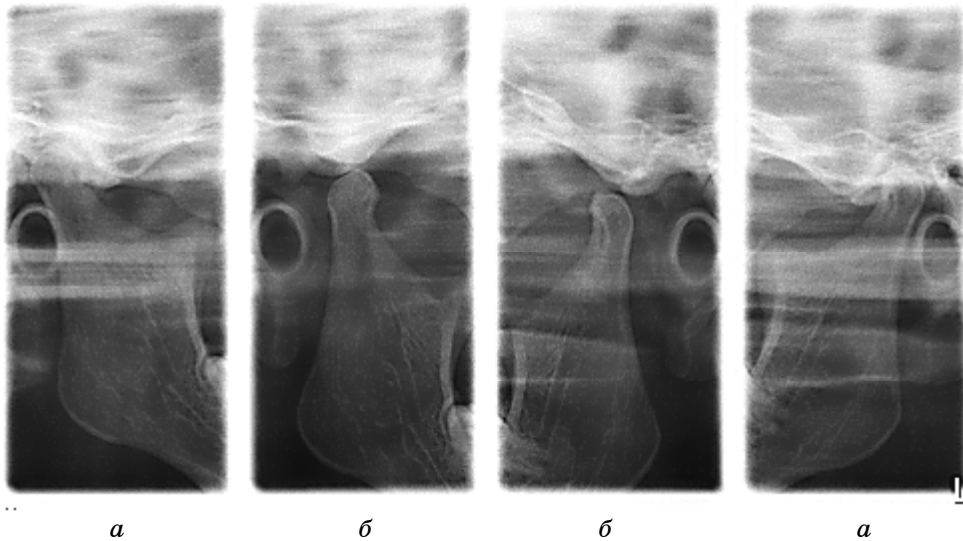


Рисунок 2 - Рентгенограми СНЩС хворої С. при закритому (а) та відкритому (б) роті. Визначається лівобічний вивих нижньої щелепи

У першій групі хворих характерним було зміщення голівок нижньої щелепи із суглобової ямки на вершину суглобового горбика або до його переднього ската. Для другої групи пацієнтів у рентгенологічній картині відмічалось однібічне звуження суглобової щілини на боці ураження. На здоровому боці спостерігалось її розширення у дистальному відділі з $(2,5 \pm 0,2)$ мм до $(3,5 \pm 0,3)$ мм ($t=2,72$; $p<0,037$). При анатомічній нестабільності СНЩС на рентгенограмах спостерігалось зменшення висоти суглобового горбика, неадекватне, не завжди рівнозначне, зміщення суглобової голівки стосовно суглобової ямки та суглобового горбика.

ВИСНОВОК

Таким чином, аналіз клінічних, функціональних (артрофонографічних) та рентгеноанатомічних проявів з боку скронево-

нижньощелепного суглоба дозволяє зробити висновок про неповний однобічний вивих нижньої щелепи при клінічно визначуваних ознаках м'язово-суглобової дисфункції СНЩС, що дає можливість скласти адекватний план лікування цих хворих, який суттєво відрізняється від методів терапії симптому дисфункції.

SUMMARY

CLINICOFUNCTIONAL CHARACTERISTICS OF AN INCOMPLETE DISLOCATION OF THE BOTTOM JAW

P.O. Moskalenko

Sumy regional stomatologic polyclinic

There is the presentation of the examined clinical - functional disorders of the temporomandibular lower joint in patients with partial lower jaw dislocation, who had difficulties in diagnostics, which have resulted into nonspecific and ineffective treatment. The thorough clinical examination consisting in palpation and auscultation of temporomandibular lower joint with its X-ray and arthrophonography has been performed. The computer tomography was applied when necessary. The majority of cases of thematic patients with the temporomandibular lower joint dysfunction proved to be the morphological disturbances of the joint elements as a result of the lower jaw partial dislocation.

Key words: temporomandibular, lower jaw partial dislocation, dysfunction of the temporomandibular lower joint.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мірза О.І. Діагностика і лікування больового синдрому дисфункції СНЩС: автореф. дис.... д-ра мед. наук. - Полтава, 2002. - 36 с.
2. Стоян О.Ю. Консервативні методи лікування в комплексній терапії дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис.... канд. мед. наук. - Полтава, 2000. - 17с.
3. Силян А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфо-функциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубо-челюстных аномалиях: автореф. дис.... д-ра мед. наук. - СПб., 2007. - 43с.
4. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба / О.В. Рибалов, І.В. Яценко // Галицький лікар. вісн. - 2005. - №3. - С.82-83.
5. Рибалов О.В. Стоматологическая манипуляция - причина нестабильности ВНЧС. / О.В. Рибалов, П.О. Москаленко, І.В. Яценко // Вісн. стоматології. - 2008. - №1. - С.152-152.
6. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в залежності від морфо-функціонального стану зубо-щелепної ділянки / Л.В. Смаглюк, Н.М. Трофіменко // Вісн. стоматології. - 2005. - №2. - С.75-77.
7. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова. - М.: Медицина, 2000. - С.637-642.

Надійшла до редакції 8 квітня 2009 р.