

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

М.А. Бунина

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

(ректор – д.м.н., проф. Рубникович С.П.),

г. Минск, Республика Беларусь

ortopedstom@bsmu.by

Резюме. Болезни височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц часто осложняются хроническим стрессом или острой психотравмой, что ведет к диагностическим ошибкам и нерациональному протезированию. Статья посвящена необходимости комплексного подхода в диагностике и лечении болезней ВНЧС и жевательных мышц.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, ортопедический аппарат, психологическая коррекция.

EXPERIENCE IN TREATMENT OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION AND MASTICATION MUSCLES DISORDERS

M.A. Bunina

Belarusian State Medical University

(Rector - Doctor of Medical Sciences, Prof. Rubnikovich S.P.)

Minsk, Republic of Belarus

Summary. Commonly, temporomandibular joint dysfunction and mastication muscles disorders are complicated by chronic stress and psychological traumatic experience, which leads to diagnostic errors and irrational prosthesis. The article shows the necessity for complex approach in diagnostics and treatment of temporomandibular joint dysfunction and mastication muscles disorders.

Key word: Joint dysfunction, orthopedic apparatus, psychological correction.

Введение. Значительная распространенность болезней мышечного и ВНЧС комплекса, сложная дифференциальная диагностика и низкая эффективность лечения объясняются неуточненностью этиопатогенетических факторов, приводящих к развитию данной патологии. В настоящее время выделяют несколько версий развития болезней ВНЧС и жевательных мышц; в т. ч. окклюзионная и психосоматическая теории. В основе первой – нарушение окклюзионных взаимоотношений зубных рядов; вторая основана на нарушении функции нейромышечной регуляции под влиянием хронического стресса. К сожалению, в практической работе стоматологи сталкиваются с совокупным влиянием данных факторов на развитие болезней

ВНЧС. Нам хорошо известен ряд предрасполагающих окклюзионных факторов, которые приводят к развитию болезней ВНЧС. Это, прежде всего, дефекты и деформации зубных рядов, разрушение целостности клинической коронки, как жевательных, так и фронтальных зубов кариозным процессом (ИРОПС>0,8), патологическая неравномерная стертость, объемные реставрации зубов без знаний законов функциональной окклюзии, наличие протезов и пломб, нарушающих окклюзионные взаимоотношения зубов, зубочелюстные аномалии. Подобные окклюзионные нарушения существенно влияют на взаимоотношения внутрисуставных элементов, а также на функциональное состояние жевательных мышц. В большинстве случаев жевательная

система функционирует слаженно даже при наличии окклюзионных нарушений, обладая способностью адаптироваться к такого рода нарушениям. Однако при превышении этой адаптационной способности могут возникнуть функциональные нарушения в жевательных мышцах и ВНЧС. В качестве провоцирующего фактора может быть хронический стресс (уход на пенсию, конфликт в коллективе, увольнение с работы и т.д.). В некоторых зарубежных странах используют интегрированный подход – пациента принимают врач стоматолог, психотерапевт и социальный работник. В таком случае вероятность “хождения по мукам” значительно снижается, и достигается положительный результат лечения. Конечно, объем и методы психологического воздействия будут зависеть от выраженности психоэмоционального статуса пациента, его отношения к болезни и ее лечению. Снять тревожность, эмоциональное напряжение, изменить негативное отношение к лечению – это задачи лечащего врача стоматолога, который в данной ситуации как квалифицированный специалист должен быть лучшим психологом для пациента. Важнейшим условием получения положительного результата лечения является установление с пациентом благоприятного эмоционального контакта. В этом вопросе нет мелочей, при этом имеет значение внешность врача стоматолога, доброжелательная манера говорить, опыт работы, уровень профессиональной подготовки, наличие интеллекта и чувства юмора. Врач должен чаще одобрять и поощрять пациента в его определенных рассуждениях в отношении лечения и своего поведения. На протяжении всего лечения пациент должен ощущать внимание к нему и заинтересованность врача.

Материал и методы

Лечение начинали со сбора анамнеза жизни пациента, уточняя особенности профессиональной подготовки, характер выполняемой работы, социальное положение, уделяя внимание семейному положению, жилищным условиям. При сборе анамнеза болезни выясняли наличие болей в области одного или обоих ВНЧС,

степень открытия рта, а также имеет ли место быстрая утомляемость жевательных мышц во время приема твердой пищи или длительном разговоре. Объективное обследование пациента начинали с внешнего осмотра. Оценивали симметричность, а также высоту нижнего отдела лица. Пальпацией таких жевательных мышц, как *m. masseter*, *m. temporalis*, *m. pterigoideus lateralis*, *medialis*, как правило, выявляли очаги болезненности и уплотнения. При пальпации головок ВНЧС могли определить различную их экскурсию как нормальную, так и избыточную или пониженную, а также наличие шумовых явлений в виде щелчков или крепитации. Применяли дополнительные методы исследования (ортопантомография, панорамная зонография, спиральная КТ, МРТ), которые с высокой степенью достоверности давали возможность оценить степень морфологических изменений вследствие нарушения топографии внутрисуставных элементов. Так, у большинства обследованных нами определены неровности на поверхности суставных головок и ямок, субхондральный склероз, а также кистовидная перестройка костной структуры, указывающая на проявления артроза. Изучение топографии головки нижней челюсти в суставных ямках показало, что имеет место асимметричное положение справа и слева, а дистальное и верхнее положение встречается чаще, чем другие локализации. Выявлены вывихи и подвывихи суставной головки. Кроме того, у ряда пациентов определена различная высота суставных бугорков и угол наклона задних скатов. Это обстоятельство учитывали при решении вопроса о восстановлении ВНОЛ, для предупреждения вывиха суставной головки или профилактики рецидива уже существующего вывиха. Для оценки состояния жевательных мышц применяли метод электромиографии, позволяющий оценить изменение амплитуды и частоты биоэлектрической активности (БА). У большинства наших пациентов отмечено снижение амплитуды БА более чем на 50%. В структуре ЭМГ жевательных мышц у этих больных выявлены нарушения по

дегенеративному типу со сдвигом баланса двигательных вкладов собственно жевательных и височных мышц.

Результаты и их обсуждение

Вышеуказанные высокоинформативные методы диагностики выявляли характер анатомо-физиологических изменений и в сочетании с клиническими проявлениями позволяли приступить к патогенетическому лечению, которое включало медикаментозное, физиотерапевтическое, а также ортопедическое лечение.

Ортопедическое лечение необходимо по возможности проводить с обязательным подготовительным этапом, заключающимся в изготовлении временных конструкций из пластмассы, которые могут быть представлены каппами, частичными съемными протезами, мостовидными протезами. Они восстанавливают пространственное положение нижней челюсти, создают оптимальное положение внутрисуставных элементов ВНЧС и нормализуют координированную работу жевательных мышц. В то же время они не должны доставлять пациентам больших неудобств в процессе ношения и усугублять их психоэмоциональное состояние. Временные конструкции позволяют нам в период лечения наших пациентов исключить даже кратковременную потерю ими трудоспособности и ощущение собственной ущербности. Они носят характер диагностических протезов, позволяя нам выбрать оптимальную ортопедическую конструкцию при дальнейшем постоянном протезировании. Чаще всего психологическая и

функциональная адаптация к временным аппаратам проходила без осложнений и в короткие сроки. Однако если подготовительное лечение с использованием временных аппаратов не приносило желаемого результата и приобретало затяжной характер, рекомендовали консультацию врача психотерапевта. Консультация врача данного профиля была необходима и пациентам с нормальным психоэмоциональным статусом, у которых боли в области ВНЧС сохранялись в течение длительного времени, и наблюдалась диссоциация между данными обследования и субъективными ощущениями. Лечение заканчивали проведением постоянных ортопедических вмешательств по восстановлению целостности зубов и зубных рядов. При правильном лечении пациенты, как правило, не предъявляли прежних жалоб на боли в области ВНЧС, им рекомендовали контрольные осмотры один раз в полгода и давали рекомендации по профилактике болезней ВНЧС.

Заключение

Лечение болезней ВНЧС и жевательных мышц давно выходит за рамки компетенции врачей стоматологов. Значительная распространенность болезней мышечного и ВНЧС комплекса, сложная дифференциальная диагностика и низкая эффективность лечения диктуют необходимость комплексного обследования пациентов. Эффективным подходом в лечении данной патологии является использование мультидисциплинарной клинической модели с участием врачей психологов и психотерапевтов.

Литература

1. Бунина, М. А. Опыт диагностики и лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / М. А. Бунина, Е. В. Плотников // *Военная медицина*. – 2013. – № 2. – С. 29–33.
2. Бунина, М. А. Опыт применения окклюзионных шин у пациентов с артрозом височно-нижнечелюстного сустава / М. А. Бунина, В. Н. Ралло // *БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т ; под ред.: А. В. Сикорского, О. К. Кулаги. – Минск, 2014. – Вып. 4. – С. 34–36.*
3. Бунина, М. А. Особенности ортопедического лечения миофасциального болевого синдрома / М. А. Бунина, Р. А. Ермаков // *Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии: сб. тр., посвящ. 50-*

- летию стоматол. фак. Белорус. гос. мед. ун-та / Белорус. гос. мед. ун-т, стоматол. фак.; под общ. ред. И. О. Походенько-Чудаковой. – Минск, 2010. – С. 175–176.
4. Бунина, М. А. Этиотропное и патогенетическое лечение болезней мышечного и височно-нижнечелюстного суставного комплекса: автореф. дис. ... канд. мед наук : 14.00.21 / М. А. Бунина; Белорус. гос. мед. ун-т. – Минск, 2001. – 19 с.
 5. Карелина, А. Н. Особенности психоэмоционального состояния и вегетативного статуса пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А. Н. Карелина, П. Н. Гелетин, Е. А. Мишутин // Рос. стоматол. журн. – 2016. – № 2. – С. 84–87.
 6. Способ диагностики синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / П. Н. Гелетин [и др.] // Рос. стоматол. журн. – 2016. – № 2. – С. 82–84.