

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ

Х. І. Табака, Т. Г. Бакалюк, Г. О. Сірант

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

На сьогодні захворювання скронево-нижньощелепного суглоба є поширеною патологією щелепно-лицьової ділянки. Проведено аналіз взаємозв'язку дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба з порушенням постави у пацієнтів молодого віку.

RELATION BETWEEN DYSFUNCTIONS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT WITH POSTURE ABNORMALITIES IN YOUNG PEOPLE

Kh. I. Tabaka, T. G. Bakalyuk, H. O. Sirant

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

To date, the disease of the temporomandibular joint (TMJ) is a common pathology of the maxillofacial area. We conducted an analysis of the relationship between dysfunction of TMJ with posture abnormalities in young patients.

Вступ. Клінічні дані дослідників вказують, що порушення скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) є у 25–65 % населення, причому часто в молодому віці [4, 11]. При обстеженні здорових дітей, підлітків та осіб молодого віку симптоми або окремі ознаки функціональних порушень СНЩС було виявлено в 51,1 % обстежених осіб, пік їх поширеності припадає на 22–25 років [4]. Згідно з іншими літературними джерелами, частота дисфункції СНЩС серед дорослого населення становить 5–50 %, а серед пацієнтів, які звертаються за стоматологічною допомогою, 70–95 % [8].

Значні зусилля фахівці докладають до вивчення механізмів виникнення функціональних порушень СНЩС. Утім, незважаючи на активні наукові дослідження, спрямовані на визначення патогенезу дисфункції СНЩС, до цього часу не вдається знайти однозначної відповіді на це питання. Насамперед невизначеність етіології та патогенезу захворювання значно ускладнює пошук ефективних засобів подолання цієї недуги [12].

На сьогодні вплив зубощелепної системи на баланс тіла в основній позі досить широко обговорюють в літературі. У зв'язку з тим, що ця проблематика традиційно виходить за рамки класичної неврології і

ортодонтії, в клінічній медицині часто не враховують ці складні нейрофункціональні взаємодії. Обстеження пацієнта з урахуванням його постурального статусу дозволяє уточнити причини низької ефективності лікування больових синдромів краніоцервікальної ділянки, зумовлених порушеннями прикусу, а також неефективної корекції дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, асоційованої з порушеннями постави.

Мета роботи: огляд даних літератури про взаємовплив порушення постави та зміни функції скронево-нижньощелепного суглоба.

Основна частина. Проаналізовано дані літератури та клінічні дослідження, які стосуються взаємозв'язку патології СНЩС і порушення постави у пацієнтів молодого віку.

Погляди на виникнення м'язово-суглобової дисфункції СНЩС практично охоплюють всі сторони життя людини, коли будь-який із неблагоприємних чинників може стати причиною захворювання [10]. Більш ніж у 80 % випадків захворювання СНЩС не пов'язані із запальними процесами, а зумовлені функціональними порушеннями [3, 4]. До етіологічних чинників відносять оклюзійні порушення, патологічний прикус, часткову втрату зубів, зміни стану м'язового апарату (порушення координованої роботи і тону

м'язів), патологію хребта (асиметрія плечей, лопаток, вкорочення однієї ноги). Від синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба страждає велика кількість хворих із залученням у патологічний процес і скелетної мускулатури голови і шиї [1].

СНЩС, нижня щелепа, жувальні м'язи, зубні ряди є складовою частиною щелепно-лицьової ділянки, забезпечують первинну обробку їжі та членороздільне мовлення. З точки зору біомеханіки, нижня щелепа і жувальні м'язи виконують ще і роль центру рівноваги всього організму, що рефлекторно координується центральною нервовою системою [6].

На думку S. Minagi та співавт. (2000), СНЩС є центром рівноваги всього організму людини [14]. Лінія тяжіння голови, верхніх кінцівок і тулуба лежить на 1,3 см попереду від горизонталі, проведеної через обидва вушних отвори, проходить спереду від хребта, який підтримується в прямому положенні завдяки рефлекторному скороченню м'язів спини. При симетричному положенні нижньої щелепи м'язи голови не відчувають напруження.

У реакції-відповіді організму на порушення функції жувальної мускулатури змінюється просторове положення нижньої щелепи. Зсув нижньої щелепи в будь-яку сторону призводить до порушення рівноваги голови. Щоб утримати її в асиметричному положенні, необхідне відповідне додаткове навантаження на м'язи голови, шиї, тулуба та нижніх кінцівок. Більшість людей не помічає цього напруження м'язів і не відчуває дискомфорту від порушення рівноваги щелеп протягом декількох місяців або років. І тільки при появі додаткових несприятливих чинників, наприклад бруксизму, стресу та ін., виникають умови для розвитку синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Тобто в основному етіологічні чинники зазвичай перебувають за суглобовими зчленуваннями і впливають на скронево-нижньощелепний суглоб опосередковано [8, 9].

З точки зору лікарів-стоматологів, одним із чинників виникнення порушень в скронево-нижньощелепному суглобі є помилки відновлення висоти нижнього відділу обличчя і моделювання оклюзійної поверхні зубних протезів при протезуванні. Як показав аналіз доступної літератури, оклюзійним порушенням надають велике значення в етіології і патогенезі синдрому дисфункції СНЩС [5, 8, 13].

Положення нижньої щелепи і взаємодії елементів СНЩС програмується оклюзійними співвідношен-

нями, станом і функцією жувальних м'язів, балансом щелеп та психоемоційним станом людини. Взаємодія елементів щелепно-лицьової ділянки генетично зумовлена й індивідуально запрограмована. Порушення однієї із складових призводить спочатку до порушень їх співвідношень, а потім до порушень взаємодії. Згодом розвивається клінічна картина больового синдрому дисфункції або іншого захворювання СНЩС [2, 7, 8, 12].

При дослідженні взаємозв'язку між наявністю передчасних оклюзійних контактів зубів і ураженням жувальних м'язів було встановлено, що латеральні та медіальні крилоподібні м'язи змінюють свій функціональний стан на стороні передчасних контактів, а жувальні й скроневі на протилежному боці [3]. Також при дисфункції СНЩС у латеральному та медіальному крилоподібних м'язах можуть виникати тригерні зони як реакція на зміну біомеханіки після протезування зубощелепної системи та при наявності шийного сколіозу з розвитком кривоший і одностороннім перенапруженням м'язів обличчя [9].

Поряд із оклюзійними і м'язовими порушеннями велике значення в етіології синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба надають травматичному чиннику. Частими причинами цього захворювання є травми голови і шиї, які також зумовлюють виникнення дорсопатії шийного відділу хребта [3]. Це пояснює необхідність підвищеної уваги до стану хребта у хворих із синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба.

Вплив чинників центрального походження (нерво-психічних стресів, захворювань нейроендокринної системи, змін імунологічної реактивності організму) може призводити до порушень нейром'язової регуляції жувального апарату [11, 12].

Детальну інформацію про роль скронево-нижньощелепних суглобів у підтримці пози тіла і позиції голови, біомеханічні взаємовідношення усієї групи жувальних, потиличних і кивальних м'язів наведено в огляді В. В. Іванова і Н. М. Маркова [6]. Пропонована авторами огляду концепція обґрунтовує поетапний розвиток міофасціального больового синдрому в м'язах перерахованих груп при патології скронево-нижньощелепного суглоба. Найчастіше прозопалгію трактують як тригемінальну невралгію або синусогенний біль, в той час як кілька додаткових питань і пальпація скроневих, жувальних м'язів і ділянки прикріплення крилоподібних м'язів до нижньощелепної

кістки легко забезпечують адекватну діагностику. Розуміння цих закономірностей важливо для призначення лікування – не тільки медикаментозного, але і місцевих процедур, спрямованих на корекцію дисфункції м'язів і терапію прикусу.

Висновки. 1. При проведенні аналізу літературних джерел і клінічних досліджень, пов'язаних із порушенням функції СНЩС та постави, дійшли висновку, що зубощелепна система є невід'ємною складовою

частиною єдиної нейром'язово-скелетної системи організму і активно бере участь в підтримці її динамічної рівноваги.

2. Оскільки скронево-нижньощелепний суглоб бере участь в адаптаційній поставі, тому всебічне обстеження пацієнта дозволить вже на ранніх етапах виявити функціональні порушення в суглобі й застосувати ефективне лікування при проведенні реабілітаційних заходів у молодих людей з порушенням постави.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Болдин А. В. Миофасциальный синдром: от этиологии до терапии (обзор литературы) / А. В. Болдин, М. В. Тардов, Н. Л. Кунельская // Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 1.
2. Герасимова Л. П. Методы диагностики височно-нижнечелюстного сустава у больных с ревматоидным артритом /Л. П. Герасимова, Р. Р. Хабибуллина, Д. Э. Байков // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89. – С. 56–57.
3. Дебрукс Жан-Жак Височно-челюстной сустав, фасции, общая компенсаторная модель и postura. Основы и взаимосвязи / Жан-Жак Дебрукс // Клиническая постурология, поза и прикус : материалы I междунар. симп. – СПб., 2004. – С. 16–17.
4. Распространенность функциональных нарушений височно-нижнечелюстного сустава у детей, подростков и лиц молодого возраста / Р. С. Ибрагимова, А. М. Бокаева, Д. Е. Федоров [и др.] // Вестник КАЗНМУ. – 2013. – № 1.
5. Изменение постурального статуса при ортодонтическом лечении нарушений прикуса / В. В. Иванов, Е. Е. Ачкасов, Н. М. Марков, Е. К. Кречина // Стоматология. – 2018. – № 97 (1). – С. 50–53.
6. Иванов В. В. Влияние зубочелюстной системы на постуральный статус пациента / В. В. Иванов, Н. М. Марков // Мануальная терапия. – 2013. – № 3 (51). – С. 83–89.
7. Критерії диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів, класифікація та загальні клінічні підходи у діагностиці / В. Ф. Макєєв, У. Д. Телішевська, Р. В. Кулінченко, О. Д. Телішевська // Львівський медичний часопис. – 2011. – Т. 17, № 4. – С. 56–60.
8. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения / Д. Манфредини. – М. : Азбука, 2013. – 503 с.
9. Морозова О. Г. Миофасциальная дисфункция и нарушение биомеханики позвоночника в генезе головной боли и головокружения / О. Г. Морозова, А. А. Ярошевский // Международный неврологический журнал. – 2012. – № 4. – С. 137–143.
10. Персин Л. С. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы / Л. С. Персин, М. Н. Шаров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 360 с.
11. Изучение распространенности и диагностики функциональных нарушений ВНЧС у лиц молодого возраста / А. С. Щербаков, И. В. Петрика, В. И. Буланов, М. В. Загорко // Институт стоматологии. – 2013. – № 1. – С. 18–20.
12. Шувалов С. М. Заболевания и дисфункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение / С. М. Шувалов. – Винница : «Книга-Вега». – 2012. – 48 с.
13. Abramowicz S., Dolwick M.F. 20-year follow-up study of disc repositioning surgery for temporomandibular joint internal derangement. Oral. Maxillofac. Surg. 2010. Vol. 68. P. 239-242.
14. Effect of eccentric clenching on mandibular deviation in the vicinity of mandibular rest position / S. Minagi, T. Ohmori, T. Sato [et al.] // J. Oral. Rehabil. – 2000. – Vol.27, No. 2. – P. 175–179.

Отримано 07.08.18