

УДК: 616.724 - 036

Р.В. Кулінченко¹, А.В. Дворник², Ю.О. Кінаш¹

СИМПТОМИ ВНУТРІШНІХ РОЗЛАДІВ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ ЗА ДАНИМИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ НА СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНІ ДИСФУНКЦІЇ

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького² ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія"

Хвороби скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) виявляють у 37%-67% осіб, які звертаються в стоматологічні клініки, і займають вагомe місце серед захворювань зубощелепної системи [1;2;3]. Залишається досі дискусійною низка питань діагностики і лікування скронево-нижньощелепних розладів (СНР) (дисфункції) [3;4;5].

На тлі значного зростання кількості хворих на СНР та суперечливої інформації щодо них зростає важливість удосконалення диференційованої діагностики різних форм розладів як між собою, так і з іншими хворобами зубощелепної системи. Це вказує на необхідність продовження комплексних досліджень різних форм СНР, зокрема внутрішніх суглобових розладів (ВСР), які пов'язані зі зміщеннями суглобового диска [6;7;8] і становлять приблизно половину суглобових розладів [9].

Метою роботи є підвищення якості діагностики внутрішніх розладів СНЩС шляхом характеристики їхніх клінічних ознак.

Завдання дослідження – проаналізувати симптоми ВСР і визначити частоту їх виявлення за результатами обстеження хворих.

Матеріал і методи дослідження

Для вирішення поставленого завдання виділена група осіб з ВСР серед хворих, у яких було діагностовано різні форми СНР. Окрім стоматологічного огляду, для встановлення клінічного діагнозу осіб із підозрою на СНР направляли на додаткові обстеження, зокрема променеву діагностику: ортопантомографію; зонографію СНЩС, яка виконувалася як при зімкнутих зубах, так і при максимальному можливому відкритті рота хворого; комп'ютерну томографію з можливістю програмної тривимірної реконструкції зображення СНЩС; ультрасонографію СНЩС і жувальних м'язів; магнітно-резонансну томографію.

На стоматологічному огляді враховували особливості клінічного обстеження осіб із підозрою на СНР [10]. На підставі результатів клінічного обстеження визначали можливий перебіг СНР, використовуючи адаптований для дослідження СНР «експрес-висновок» (Гамбурзький протокол) [11]. Додаткові методи обстеження, використані при встановленні клінічного діагнозу, застосовували за розробленими алгоритмами диференційованої діагностики СНР [12; 13]

Результати дослідження та їх обговорення

Група хворих на внутрішні суглобові розлади серед обстежених склала 61 особу, що становить $51,70 \pm 4,60\%$ у структурі суглобових СНР. Серед осіб із ВСР жінки склали $83,61 \pm 4,74\%$, чоловіки - $16,39 \pm 4,74\%$, співвідношення кількості жінок до чоловіків 5,1:1,0.

Внутрішні суглобові розлади частіше характеризувалися різними шумами в СНЩС (хрускіт, клацання в $69,39 \pm 6,58\%$ осіб серед хворих на ВСР) і порушенням траєкторії та амплітуди відкривання рота ($42,86 \pm 7,07\%$), артралгією ($34,69 \pm 6,80\%$). Якщо біль і був, то мав частіше локалізований ($82,35 \pm 9,53\%$ серед хворих із болем), ніж іррадіюючий характер ($17,65 \pm 9,53\%$). З анамнезу з'ясовували, що біль, як правило, виникав після появи шумів у суглобі.

Зміщення суглобового диска характеризувалося неправильним топографічним співвідношенням між ним і голівкою нижньої щелепи при зімкнутих зубах (розташування диска попереду голівки, медіально чи латерально відносно неї тощо). У дослідженні виявляли як зміщення диска з редукцією (з відновленням нормального топографічного співвідношення між диском і голівкою при відкриванні рота), так і без редукції (відновлення нормального топографічного співвідношення між диском і голівкою при відкриванні рота не відбувалося).

Зміщення диска з редукцією ($72,13 \pm 5,74\%$ серед усіх ВСР) характеризувалося, як правило, збереженою амплітудою відкривання рота, девіацією нижньої щелепи (в бік ураження) і суглобовим шумом (хрускіт, клацання – в момент нормалізації співвідношення голівки нижньої щелепи і диска) при відкриванні рота у хворого. Найбільше чутне на віддалі клацання в суглобі при рухах нижньої щелепи було провідним симптомом зміщення диска з редукцією (у $88,64 \pm 4,78\%$ хворих).

Клінічний випадок.

Хворий Ч., 29 років, звернувся зі скаргами на клацання в лівому скронево-нижньощелепному суглобі при жуванні.

Витяг з об'єктивного обстеження щелепно-лицевої ділянки:

- пальпація скронево-нижньощелепних суглобів - неболюча;

- шуми в СНЩС при рухах нижньої щелепи – хрускіт у лівому СНЩС при відкриванні та закритті рота;

- пальпація м'язів – неболюча;
- величина відкривання рота – 55 мм;
- траєкторія відкривання рота – девіація в лівий бік.

Додаткові методи обстеження: зонографія, ультрасонографія СНЩС.

Витяг з протоколу ультразвукового обстеження:

- у лівому СНЩС при зімкнутих зубах у звичній оклюзії диск частково зміщений допереду відносно голівки;
- амплітуда руху лівої голівки вперед 16 мм, при максимально відкритому роті диск разом із голівкою визначається на рівні горбка;
- у правому СНЩС при зімкнутих зубах у звичній оклюзії диск розташований над голівкою;
- амплітуда руху правої голівки вперед 15 мм, при максимально відкритому роті диск разом із голівкою визначається на рівні горбка.

Витяг із клінічного діагнозу: внутрішній розлад лівого скронево-нижньощелепного суглоба (часткове переднє зміщення диска з редукцією).

Зміщення диска без редукції (27,87±5,74% випадків) характеризувалося порушенням амплітуди відкривання рота (обмеженням), дефлекцією нижньої щелепи (зміщення у бік ураження). Важливим у діагностуванні зміщення диска без редукції було з'ясування наявності в анамнезі клацання в СНЩС при відкриванні рота (у 86,67±9,09% хворих), тоді як на час обстеження клацання відсутнє. Величина відкривання рота у хворих була до 35-40 мм.

Клінічний випадок.

Хвора К., 33 роки, звернулася зі скаргами на біль у ділянці лівого СНЩС при жуванні, при відведенні нижньої щелепи в правий бік, біль віддає в скроневу ділянку, обмежене відкривання рота.

Витяг з об'єктивного обстеження щелепно-лицевої ділянки:

- пальпація СНЩС – болюча лівого СНЩС, біль іррадіює в скроневу і щічну ділянки;
- шуми в СНЩС при рухах нижньої щелепи – відсутні;
- пальпація м'язів – болюча лівого крилоподібного м'яза;
- величина відкривання рота – 25 мм;
- траєкторія відкривання рота – дефлекція в лівий бік.

Додаткові методи обстеження: зонографія, ультрасонографія СНЩС.

Витяг з протоколу ультразвукового обстеження:

- у лівому СНЩС при зімкнутих зубах у звичній оклюзії диск значно зміщений допереду відносно голівки;
- амплітуда руху лівої голівки вперед відсутня, при відкриванні рота відбувається тільки ротація голівки нижньої щелепи в суглобовій ямці;
- у правому СНЩС при зімкнутих зубах у звичній оклюзії диск розташований над голівкою;
- амплітуда руху правої голівки вперед 9 мм, при максимально відкритому роті диск разом із голівкою визначається на рівні горбка.

Витяг із клінічного діагнозу: внутрішній розлад лівого скронево-нижньощелепного суглоба (повне переднє зміщення диска без редукції).

Як у випадку зміщення диска з редукцією, так і без редукції, відкривання рота у хворих на ВСР могло супроводжуватися болем чи відчуттям дискомфорту в ділянці ураженого СНЩС (у 44,90±7,11% хворих). Внутрішні суглобові розлади часто супроводжувалися м'язовими розладами (в 53,06±7,13% хворих на ВСР). Також було виявлено поєднання ВСР із вивихом СНЩС у 9 осіб, поєднання ВСР з артритом СНЩС у 2 осіб, поєднання ВСР з артрозом СНЩС у 1 особи.

Таким чином, отримані дані підтверджують результати дослідників [14], що ВСР трапляються приблизно в половині випадків серед усіх суглобових розладів. ВСР часто супроводжуються м'язовими розладами, що підтверджує дані інших авторів [2].

Виявлення багатократного переважання кількості жінок, хворих на внутрішні розлади СНЩС, над чоловіками (в 5,1 раза) узгоджується з результатами дослідників [15] щодо зв'язку окремих форм СНР із гендерними особливостями гормонального обміну.

Висновок

Визначено, що серед хворих на ВСР частка зі зміщенням диска з редукцією у 2,5 раза переважає зміщення без редукції: 72,1±5,7% проти 27,9±5,7% відповідно. Зміщення диска з редукцією у хворих характеризувалося хрускотом чи клацанням (у 88,6±4,7% випадків), девіацією нижньої щелепи, збереженою амплітудою відкривання рота. Зміщення диска без редукції характеризувалося обмеженим відкриванням рота (до 35-40 мм), дефлекцією нижньої щелепи, наявністю в анамнезі клацання при відкриванні рота (у 86,67±9,09%). На самовільний біль скаржився кожний третій хворий на ВСР. Біль, як правило, був локалізований у ділянці СНЩС (82,35±9,53% серед хворих із болем). У кожного другого хворого відкривання рота супроводжувалося болем чи відчуттям дискомфорту в СНЩС.

Перспективи подальших досліджень

Результати проведеного дослідження вказують на необхідність вивчення варіантів поєднання різних форм СНР, оскільки вони складні в діагностиці та лікуванні.

Література

1. Новіков В.М. Стоматогнатичний статус пацієнтів із детермінованою патологією органів щелепно-лицевої ділянки / В.М. Новіков // Український стоматологічний альманах. – 2009. - № 1. – С. 32-34.
2. Воловар О.С. Можливості променевої діагностики патології скронево-нижньощелепного суглоба (огляд) / О.С. Воловар, В.О. Маланчук, О.І. Жуковцева // Український медичний часопис. – 2010. - № 3. – С. 90-94.
3. Смаглюк Л.В. Структура симптомів дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу в залежності від морфо-функціонального стану зубощелепної

- ділянки / Л.В. Смаглюк, М.В. Трофименко // Вісник стоматології. – 2005. - № 2. – С. 75-77.
4. Потапов И.В. Клинико-рентгенологические особенности окклюзионно-арткуляционного синдрома височно-нижнечелюстного сустава / И.В. Потапов, В.П. Потапов, М.И. Садыков // Институт стоматологии. – 2008. - № 3. – С. 44-14.
 5. Шкільняк Л.І. Сконево-нижньощелепний суглоб. Особливості функціональної анатомії та гістоструктури при дисфункції / Л.І. Шкільняк, А.А. Зализюк-Крапівна // Український стоматологічний альманах. – 2015. - № 1. – С. 78–83.
 6. Макеев В.Ф. Диагностика внутренних расстройств скронево-нижнечелюстных суставов методом магнитно-резонансной томографии / В.Ф. Макеев, В.Я. Шибінський, А.М. Абрамюк // Современная стоматология. – 2005. - № 2. – С. 141-145.
 7. Рябоконт Е.Н. Внутрисуставной диск височно-нижнечелюстного сустава и его прикрепление / Е.Н. Рябоконт // Стоматолог. – 2007. - № 10. – С. 32-35.
 8. Телішевська О.Д. Доцільність застосування 3D-комп'ютерної томографії при діагностиці хвороб скронево-нижньощелепного суглоба / О.Д. Телішевська, У.Д. Телішевська // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні технології в сучасній стоматології», під час проведення четвертого стоматологічного форуму «Медвін: Стоматологія 2015» (19-21 березня 2015 року) і 30-річчя кафедри дитячої стоматології ІФНМУ. – Івано-Франківськ, 2015. – С. 183-185.
 9. Кулінченко Р.В. Клініко-морфологічна характеристика скронево-нижньощелепних суглобів за наявності дефектів зубних рядів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Кулінченко Р.В. – Львів, 2016. – 20 с.
 10. Макеев В.Ф. Особливості обстеження хворих на скронево-нижньощелепні розлади / В.Ф. Макеев, Р.В. Кулінченко // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 1. – С. 53-61.
 11. Особливості диференційованої діагностики скронево-нижньощелепних розладів за клінічними і рентгенологічними ознаками / [В.Ф. Макеев, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулінченко, М.І. Заверуха] // Український стоматологічний альманах. – 2011. - № 1. – С. 69-74.
 12. Критерії диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів. Алгоритми додаткового дослідження скронево-нижньощелепних суглобів методами променевої діагностики / В.Ф. Макеев, У.Д. [Телішевська, Р.В. Кулінченко, О.Д. Телішевська] // Львівський медичний часопис. = Acta Medica Leopoliensia. – 2012. – Т. 18, № 1. – С. 38 – 42.
 13. Обґрунтування послідовності проведення клінічного функціонального аналізу стану зубо-щелепної системи у пацієнтів з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади / [В.Ф. Макеев, У.Д. Телішевська, Р.В. Кулінченко, О.Д. Телішевська] // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, № 2. – С. 233 – 238.
 14. Scriveri S.J. Temporomandibular disorders / S.J. Scriveri, D.A. Keith, L.B. Kaban // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 359, № 25. – P. 2693-2705.
 15. Потапов В.П. Комплексный подход к диагностике и лечению нарушений функциональной окклюзии / В.П. Потапов // Институт стоматологии. – 2008. - № 4. – С. 24-25.

**Стаття надійшла
1.09.2016 р.**

Резюме

Робота присвячена підвищенню якості діагностики внутрішніх розладів скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) шляхом характеристики їхніх клінічних ознак. У дослідженні здійснено аналіз симптомів внутрішніх суглобових розладів (ВСР) та визначено частоту їх виявлення за результатами обстеження хворих.

Установлено, що на самовільний біль скаржився кожний третій хворий на ВСР. Біль, як правило, був локалізований у ділянці СНЩС (82,4±9,5% серед хворих із болем). У кожного другого хворого відкривання рота супроводжувалося болем чи відчуттям дискомфорту у СНЩС.

Зміщення диска СНЩС із редукцією у хворих характеризувалося хрускотом чи клацанням (у 88,6±4,7% випадків), девіацією нижньої щелепи, збереженою амплітудою відкривання рота. Зміщення диска без редукції характеризувалося обмеженим відкриванням рота (до 35-40 мм), дефлекцією нижньої щелепи, наявністю в анамнезі клацання при відкриванні рота (у 86,7±9,1%).

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, внутрішні суглобові розлади, симптоми.

Резюме

Робота посвящена повышению качества диагностики внутренних расстройств височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) путем характеристики их клинических признаков. В исследовании произведен анализ симптомов внутренних суставных расстройств (ВСР) и определено частоту их выявления по результатам обследования больных.

Установлено, что на произвольные боли жаловался каждый третий больной с ВСР. Боль, как правило, была локализована в области ВНЧС (в 82,4±9,5% случаев). У каждого второго больного открывание рта сопровождалось болью или ощущением дискомфорта в ВНЧС.

Смещение диска ВНЧС с редукцией у больных характеризовалось хрустом или щелканьем (в 88,6±4,7% случаев), девацией нижней челюсти, полной амплитудой открывания рта. Смещение диска без редукции характеризовалось ограничением открывания рта (до 35-40 мм), дефлекцией нижней челюсти, наличием в анамнезе щелканья при открывании рта (в 86,7±9,1%).

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, внутренние суставные расстройства, симптомы.

UDC 616.724 - 036

SYMPTOMS OF INNER DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS BASED ON PATIENTS' EXAMINATION OF TEMPOROMANDIBULAR DYSFUNCTION

R.V. Kulinchenko, A.V. Dvornyk, Yu., O. Kinash

¹ Danylo Halytsky Lviv National Medical University

² HSEE "Ukrainian Medical Stomatological Academy"

Summary

This paper is dedicated to the improvement of diagnosis quality of internal disorders (ID) of temporomandibular joints (TMJs) by means of characteristic of their clinical symptoms. In research, the symptoms of TMJ internal disorders were analyzed and the frequency of their revealing was determined due to the results of patients' examination.

Among the patients with various diagnosed forms of temporomandibular disorders (TMD), a group of persons with ID was singled out. Besides the dental inspection, in order to make a proper clinical diagnosis, the individuals with suspicion as to TMD, were directed to undergo the additional examination: orthopantomography, zonography of TMJ, that was performed both with patient's clenched teeth and widely open mouth as much as possible; computed tomography of TMJ with possibility of programmed three-dimensional reconstruction of TMJ; ultrasonography of TMJ and masseter muscles; magnetic resonance tomography.

The number in group of ID patients of all the examined was equal to 61 person that makes up 51,70±4,60% in the structure of articular TMD.

Among the individuals with ID the number of females was 83,61±4,74%, males -16,39±4,74%, the ratio between the number of women and men was 5,1:1,0.

Internal disorders were more frequently characterized by different sounds in TMJ (crackling, clicking in 69,39±6,58% individuals with ID) and trajectory and amplitude disturbance of mouth opening (42,86±7,07%), than by arthralgia (34,69±6,80%). Even if a pain was present, it mostly had a local (82,35±9,53% in pain sufferers) than irradiating character (17,65±9,53%). From anamnesis, it was ascertain that the pain, generally, occurred after the arisen sounds in the joint.

Disc displacement with reduction (72,13±5,74% out of all ID sufferers) was characterized by the normal amplitude of mouth opening, deviation of mandible (towards the affected area) and joint sound (crackling, clicking – at a moment of interrelation normalization of head of the mandible and disc) when the patient was open-mouthed. The clicking when the patient was moving his/her mandible, served as the main symptom of disc displacement with reduction (in 88,64±4,78% patients).

Disc displacement without reduction (27,87±5,74% cases) was characterized by amplitude disturbance of mouth opening (restriction), mandible deflection (towards the affected area). The most important aspect in diagnosing the disc displacement without reduction was to reveal, in anamnesis, the presence of clicking in TMJ during mouth opening (in 86,67±9,09% patients); during the examination the clicking sound is absent. The size of mouth opening in patients was up to 35-40mm.

In both cases of disc displacement with reduction and disc displacement without reduction, the effort of patients with ID to open their mouth was accompanied by pain or discomfort in the area of affected TMJ (in 44,90±7,11% patients). Internal joint disorders were often accompanied by muscular disorders (in 53,06±7,13% patients with ID). It was also revealed: the combination of ID with TMJ dislocation in 9 individuals, the combination of ID with arthritis in 2 persons, and the combination of ID with arthrosis in 1 person.

Key words: temporomandibular joint, internal disorders, symptoms.