

Юшманова Татьяна Николаевна

д-р мед. наук, заведующая кафедрой

Поливаная Елена Альбертовна

канд. мед. наук, доцент

Журавлев Даниил Вадимович

клинический ординатор

Филиппов Виталий Александрович

клинический ординатор

Поливаная Алена Дмитриевна

студентка

ФГБОУ ВО «Северный государственный

медицинский университет»

г. Архангельск, Архангельская область

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС (ОБЗОР)

***Аннотация:** в статье изложен обзор литературных данных по такой проблеме, как влияние психоэмоционального фона на состояние височно-нижнечелюстного сустава.*

***Ключевые слова:** ортопедическая стоматология, ВНЧС, соматоневрология, сустав, окклюзия, артикуляция.*

Основная часть

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава по своей частоте стоят после болезней пародонта и кариеса. Симптомы заболевания височно-нижнечелюстного сустава наблюдают у себя до 40% людей, но не все обращаются за медицинской помощью. Эта цифра не случайна, ведь височно-нижнечелюстной сустав – один из самых используемых в организме человека. Он много раз в день используется при жевании, разговоре, зевоте.

Общие симптомы заболеваний височно-нижнечелюстного сустава:

– головная боль, спазмы в лицевых мышцах и области челюсти;

- щелчки, хруст, скрежет при движении челюсти;
- боль, заложенность и звон в ушах;
- увеличение подчелюстных лимфатических узлов;
- головокружение.

Чаще всего встречаются такие заболевания ВНЧС, как вывих, артроз, артрит (острый и хронический), анкилоз, новообразования. На прием обратился пациент с жалобами на боли области ВНЧС. При обследовании обнаружены интактные зубные ряды, ортогнатический прикус. При рентген исследовании ВНЧС не выявлено признаков патологии. Это заставило нас более глубоко изучить вопросы гнатологии ВНЧС.

В виду развития технологий, ускорения ритма жизни мы все больше истощаем свои психоэмоциональные ресурсы. Мы не замечаем, либо не желаем заметить того, что все больше накапливается усталость и стресс. Ввиду этого все чаще начинают проявляться неврологические расстройства такие как: дрожание (тремор) пальцев, невроты, панические атаки, головокружение, спутанность сознания, нарушение сна, ослабление памяти, хроническая усталость. Если же говорить о стоматологии, то к таким проявлениям можно отнести парафункции жевательных мышц, бруксизм.

Влияние неврогенных и психогенных факторов на развитие болевого синдрома при дисфункции в височно-нижнечелюстном суставе упоминалось еще в 1948 г. Н. G. Wolff в ходе эксперимента доказал, что длительное сокращение жевательных мышц, наблюдаемое при эмоциональном напряжении, может привести к возникновению боли не только в области ВНЧС, но и в области остальных отделов лица [4]. В последующем, неоднократно, мнение о влиянии нервной и психической системы на состояние мимической и жевательной мускулатуры подтверждалось клиническими и экспериментальными исследованиями. Больные с синдромом болевой дисфункции ВНЧС больше подвержены стрессу, чем здоровые люди. Хронический стресс проявляется в виде парафункций и бруксизма, что в свою очередь приводит к появлению чувства «усталости» жевательных мышц, их спазму и болевому синдрому. Ряд клинических наблюдений

наглядно продемонстрировали роль психических факторов в развитии заболевания (P. Goodman, C. Greene, D. Laskin, 1979). После проведенного лечения методом плацебо положительный результат наблюдался у 64% пациентов с болью в области сустава [1].

Синдром болевой дисфункции ВНЧС часто возникает у людей с нормальным прикусом и интактными зубными рядами. В таких случаях, очевидно, заболевание получило свое развитие в результате нарушения сложного нейромышечного механизма, контролирующего и осуществляющего гармоничные движения нижней челюсти. В то же время у многих людей боль отсутствует при повышенной стираемости и значительном снижении прикуса, полной потере зубов, выраженном изменении суставной головки. Следовательно, боль в области ВНЧС является результатом не одного, а совокупности перечисленных этиологических факторов. А это в свою очередь нас подводит к тому, что необходимо более детально рассмотреть такие заболевания как нейромускулярный и окклюзионно-артикуляционный синдромы [8].

Нейромускулярный синдром – это дисфункциональное состояние, при котором симптомокомплекс (боль, хруст, щёлканье и т. д.) не связан с изменением окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов и челюстей [6].

В анамнезе пациентов с данным синдромом упоминают психогенный фактор, хроническую усталость, сложное удаление нижних зубов, протезирование и др. Как правило, такие пациенты отмечают у себя проявление неврологических расстройств, в частности неврозы.

Клиническая картина может быть различной и зависит от характера нарушения функции мышц и причины, вызвавшей это нарушение. Ведущая роль в клинической картине принадлежит спазму и нарушению координации сокращений жевательных мышц. Общими симптомами при заболеваниях является боль в суставе и мышцах, щелканье и хруст, атипичные движения челюсти, головные и неврологические боли [3].

У многих больных одновременно с появлением боли отмечается уменьшение подвижности нижней челюсти. Затруднено открывание рта и ограничено до

15–25 мм. Наступает также ограничение движения нижней челюсти вперед и в сторону [7].

Довольно часто дисфункция ВНЧС сопровождается явлениями бруксизма и парафункцией жевательных мышц [2].

Главным симптомом этого вида поражения ВНЧС является щелканье. У больных с интактными зубными рядами щелканье при смыкании зубов возникает в результате спастического сокращения латеральной крыловидной мышцы [9].

Обследование полости рта у пациентов с нейромускулярным синдромом выявляет отсутствие нарушения окклюзии. Рентгенологическое обследование ВНЧС у пациентов этой группы свидетельствует об отсутствии дегенеративных изменений сочленовых поверхностей. Артрография и исследования с помощью МРТ дают возможность судить о неправильном положении внутрисуставного диска [2].

Лечение таких пациентов должно быть комплексным и патогенетическим. Применяются психотерапевтическое, ортопедическое и физиотерапевтическое лечение [10].

Психотерапевтическое лечение заключается в таких мероприятиях как: аутогенная тренировка, лечебная гимнастика, медикаментозное лечение, гипноз и местное обезболивание. Основная задача психотерапевтического лечения является снятие спазма жевательных мышц и коррекция психоэмоционального фона [6].

Пациенты, у которых наблюдались толчкообразные и зигзагообразные движения нижней челюсти, не устраненные психотерапевтическими методами, нуждаются в лечении несъемной ограничивающей шиной Ю.А. Петросова [6].

В рамках физиотерапевтического лечения применяются тепловые процедуры, лазерная терапия и ионофорез [6].

Окклюзионно-артикуляционный синдром – это дисфункциональное состояние, при котором симптомокомплекс (боль, хруст, щёлканье и т. д.) связан с

изменением окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов и челюстей.

В полости рта у данных пациентов обнаруживают преждевременные окклюзионные контакты, деформации и аномалии зубных рядов и челюстей, потерю зубов и изменения межальвеолярной высоты [10].

Больные жалуются на боль, хруст, щелканье, смещение челюсти и на частичное блокирование в суставе при движениях нижней челюсти. Наиболее частым симптомом является хруст в суставе различного характера и интенсивности. Хруст выявляется в виде нескольких резких одиночных царапающих звуков или в виде хруста пергамента. У некоторых больных кроме хруста отмечалось щелканье в виде хлопающего звука [11].

Немаловажным симптомом этой дисфункции сустава является боль. Она может быть острой, кратковременной, локальной или тупой постоянной с иррадиацией в ухо, висок, позади ушную область. Важным симптомом является смещение мышечков и нижней челюсти. Смещение может быть вертикальным, вертикальным с одновременным дистальным сдвигом нижней челюсти, привычным латеральным положением нижней челюсти [9].

При сдавливании заднего отдела височно-нижнечелюстного сустава, хорошо снабженного кровеносными и лимфатическими сосудами, могут возникать застойные явления, что приводит к повышению интратимпанического давления. При этом могут быть головокружение, шум в ушах, чувство прилива крови при наклоне головы вниз [10].

Рентгенологическое обследование ВНЧС пациентов при окклюзионно-артикуляционном синдроме показывает отсутствие патологических изменений сочленовых поверхностей. Положение головок нижней челюсти может быть нормальным, задним и глубоким [4].

Лечение должно быть патогенетическим. В первую очередь следует оздоровить полость рта пациента: выровнять высоту прикуса, выровнять окклюзионные кривые, заместить отсутствующие зубы и восстановить анатомическую форму зубов [6].

Коррекцию окклюзии может проводить как ортопед методом избирательного пришлифовывания и протезированием зубных рядов пациента, так и ортодонт [6].

Ортопедическое мероприятие заключается в использовании окклюзионных шин или протезировании. Наряду с временными окклюзионными шинами для снятия боли, улучшения гемодинамики и трофики тканей ВНЧС показана физиотерапия и медикаментозное лечение.

Подводя итог, можно сделать вывод, что заболевания височно-нижнечелюстного сустава занимают немалую роль в работе врача стоматолога-ортопеда [6].

В виду развития технологического процесса, ускорения темпа жизни людей и ухудшение психоэмоционального состояния, на первое место по причине развития патологического процесса болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава выходит не артикуляционно-окклюзионное взаимоотношение челюстей, а психосоматическое состояние индивидуума (нейромускулярный синдром). В возникновении и развитии болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава участвуют как соматические, так и психологические группы факторов, что делает целесообразным рассмотрение данной патологии с психосоматических позиций. Что в свою очередь способствует более дифференцированно подойти к проведению терапии больных с данной патологией.

Список литературы

1. Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология / А.С. Щербаков, Е.И. Гаврилов, В.Н. Трезубов, Е.Н. Жулев. – СПб.: Фолиант, 1999.
2. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии: учебное пособие для студентов 5-го курса / под ред. И.Ю. Лебеденко, В.В. Еричева, Б.П. Маркова. – Практическая медицина, 2009.
3. Костур Б.К. Челюстно-лицевое протезирование / Б.К. Костур, В.А. Миняева. – Медицина, 1985.
4. Александров А.А. / А.А. Александров, Е.Н. Жулев, В.Д. Трошин; ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия».

5. Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М.: Медицина, 2005.
6. Безруков В.М. Заболевание височно-нижнечелюстного сустава.
7. Безруков В.М. Учебное пособие / В.М. Безруков, В.А. Семкин, Л.А. Григорянц. – М.: Гэотар-Мед, 2002.
8. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – М.: Медицина, 2002.
9. Петров Е.А. Комплексное лечение больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и остеохондрозом позвоночника: автореф. дис... канд. мед. наук. – Иркутск, 2003.
10. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области. – 3-е изд. – Витебск: Белмедкнига, 1999. – С. 262–268.
11. Аболмасов Н.Н. Ортопедическая стоматология. – 2003.