

Оценка распространенности симптомов мышечно-суставной дисфункции у лиц, обращающихся в стоматологическую поликлинику

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии ортопедической

Резюме

Дефекты зубов и зубных рядов встречаются у 80-90% взрослого населения. Частым их осложнением является мышечно-суставная дисфункция. Эта патология имеет пеструю клиническую картину, что осложняет ее диагностику и лечение, в связи с этим данным вопросам посвящено огромное количество работ. Ранее существовали методы оценки состояния височно-нижнечелюстного сустава (пальпация, аускультация), однако они носили субъективный характер и не позволяли в полной мере оценить степень мышечно-суставной дисфункции. Затем в 1976 году Helkimo M. предложил клинический индекс дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Но и этот индекс на наш взгляд носит не полноценный характер. Недостатком данного метода является то, что параметры оценки дисфункции недостаточно уточнены, в одном параметре автор одновременно предлагает оценить, например, степень открывания рта и наличие суставного шума, что является некорректным, так как эти симптомы могут быть в наличии как вместе, так и по отдельности. Мы предлагаем новый комплексный количественный анализ степени дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция, индекс оценки, окклюзионно-артикуляционные нарушения

Актуальность

Дефекты зубов и зубных рядов являются широко распространенной патологией челюстно-лицевой области и встречаются у 80-90% взрослого населения. При отсутствии своевременного и рационального лечения, данная патология осложняется нарушениями окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений в сочетании с патологией височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Заболевание отличается пестрой клинической картиной, что осложняет ее диагностику, поэтому не всегда молодые специалисты распознают данную патологию на ранних стадиях, что усугубляет ее течение в дальнейшем.

Цель исследования: оценить распространенность симптомов мышечно-суставной дисфункции у пациентов, обращающихся в Консультативную стоматологическую поликлинику Клинической больницы им. С.П. Миротворцева.

Материал и методы

Нами в течение года было обследовано 146 пациентов, обратившихся на кафедру стоматологии ортопедической Консультативной стоматологической поликлиники Клинической больницы им. С.П. Миротворцева.

Для определения степени выраженности мышечно-суставной дисфункции у данных пациентов мы использовали новый комплексный количественный индекс оценки, разработанный нами. Данные по степени открывания рта были взяты из более современных исследований И.Ю. Лебеденко, что придает нашему индексу более функциональное значение. Критерии оценки выраженности мышечно-суставной дисфункции приведены ниже:

1. Симметричность лица:

- а) лицо симметрично – 0 баллов;
- б) определяется асимметрия лица при сомкнутых зубных рядах, проходящая при открывании рта – 1 балл;
- в) определяется асимметрия лица при сомкнутых зубных рядах, которая не проходит при открывании рта – 5 баллов.

2. Амплитуда вертикальных движений нижней челюсти:

- а) не ограничена (открывание рта 38-56 мм) – 0 баллов;
- б) немного ограничена (открывание рта 25-37 мм) – 1 балл;
- в) сильно ограничена (открывание рта менее 25 мм) – 5 баллов.

3. Амплитуда боковых движений нижней челюсти:

- а) не ограничена (боковые движения 10-15 мм) – 0 баллов;
- б) немного ограничена (боковые движения 5-9 мм) – 1 балл;
- в) сильно ограничена (боковые движения менее 5 мм) – 5 баллов.

4. Протрузия нижней челюсти:

- а) не ограничена (5-7 мм) – 0 баллов;
- б) немного ограничена (3-4 мм) – 1 балл;
- в) сильно ограничена (менее 3 мм) – 5 баллов.

5. Симметричность движений нижней челюсти при открывании рта:

- а) движение нижней челюсти по средней линии (допустимо боковое смещение нижней челюсти в конце открывания рта на 2 мм) – 0 баллов;
- б) девиация – движение нижней челюсти со смещением в сторону в начале и возвратом к средней линии в середине открывания рта (допустимо боковое смещение нижней челюсти в конце открывания рта на 2 мм) – 1 балл;
- в) дефлексия – движение нижней челюсти со смещением в сторону в конце открывания рта более 2 мм – 5 баллов.

6. Боль в височно-нижнечелюстном суставе при движениях нижней челюсти:

- а) отсутствует – 0 баллов;
- б) боль при одном движении нижней челюсти – 1 балл;
- в) боль при двух и более движениях нижней челюсти – 5 баллов.

7. Боль в жевательных мышцах при движениях нижней челюсти:

- а) отсутствует – 0 баллов;
- б) боль при одном движении нижней челюсти – 1 балл;
- в) боль при двух и более движениях нижней челюсти – 5 баллов.

8. Пальпация височно-нижнечелюстного сустава:

- а) пальпация безболезненна – 0 баллов;
- б) пальпация вызывает неприятные ощущения – 1 балл;
- в) пальпация болезненна – 5 баллов.

9. Пальпация жевательных мышц:

- а) пальпация безболезненна – 0 баллов;
- б) от одной до трех мышц болезненны при пальпации – 1 балл;
- в) четыре и более мышц болезненны при пальпации – 5 баллов.

10. Определение суставного шума при движениях нижней челюсти:

- а) суставной шум не определяется – 0 баллов;
- б) суставной шум определяется при аускультации – 1 балл;
- в) суставной шум определяется при пальпации – 5 баллов.

После оценки данных критериев проводится подсчет набранных баллов, по полученному результату определяется степень мышечно-суставной дисфункции по следующей схеме:

- 0 баллов – нет дисфункции;
- 1-10 баллов – дисфункция легкой степени;
- 11-20 баллов – дисфункция средней степени;
- 20-50 баллов – дисфункция тяжелой степени.

Результаты

По результатам обследования у 34 пациентов (23 %) отсутствовали признаки мышечно-суставной дисфункции, у 42 пациентов (29 %) отмечалась мышечно-суставная дисфункция легкой степени тяжести, у 58 пациентов (40 %) – средней степени тяжести и у 12 пациентов (8 %) – тяжелой степени тяжести.

Выводы

Из полученных результатов видно, что симптомы мышечно-суставной дисфункции были обнаружены у 77 % обследованных нами пациентов. Что свидетельствует о распространенности данной патологии среди пациентов, обращающихся на прием к врачу-стоматологу-ортопеду. Соответственно для оказания качественного лечения практикующим специалистам необходимо учитывать возможность наличия такой патологии как, мышечно-суставная дисфункция. Так для более тщательной диагностики пациентов мы предлагаем использовать индекс, предложенный нами на клиническом приеме во время первичного осмотра.

Литература

1. Богатырьков Д.В., Богатырьков М.В., Волчек Д.А. Асимметрии лица. Диагностика и лечение // Клиническая стоматология. 2003. № 2. С. 62-65.
2. Изменения функционального состояния жевательных мышц при лечении пациентов с дистальной окклюзией по данным электромиографии / А.В. Лепилин, В.В. Коннов, М.А. Листопадов, А.Р. Арушанян // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6. № 3. – С. 671-674.
3. Клинические проявления патологии височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц у пациентов с нарушениями окклюзии зубов и зубных рядов / А.В. Лепилин, В.В. Коннов, Е.А. Багарян, А.Р. Арушанян // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 6. № 2. – С. 405-410.
4. Коннов В.В., Разаков Д.Х., Климов А.В. Планирование лечения пациентов с дистальной окклюзией в зависимости от анатомо-топографических особенностей височно-нижнечелюстных суставов // Современная ортопедическая стоматология. 2013. № 19. – С. 45-48.
5. Морфологические изменения элементов зубочелюстной системы при функциональных нарушениях / Д.С. Бессчастный, Е.Ю. Подкорытов, А.Я. Вязьмин, Д.Л. Козлов // Стоматолог. 2007. № 5. С. 18-20.
6. Окклюзионные нарушения в зубных рядах при повышенной стираемости твердых тканей зубов / А.Н. Поспелов, В.В. Коннов, А.А. Бизяев, А.Г. Прошин // Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2012. 88 с.
7. Пичугина Е.Н., Арушанян А.Р. Индивидуальный подход к лечению пациентов стоматологического профиля в зависимости от их психологического статуса // Бюллетень медицинских интернет-конференций (ISSN 2224-6150) ID: 2014-04-5-A-3328. 2014. Т. 4. № 5. С. 354-356.
8. Применение динамической электростимуляции при лечении мышечно-суставной дисфункции у больных с деформациями зубных рядов / В.В. Коннов, Д.Х. Разаков, А.В. Климов, Э.В. Пылаев // Современная ортопедическая стоматология. 2014. № 21. С. 82-84.
9. Силин А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфо-функциональных нарушений в височно-нижнечелюстных суставах при зубочелюстных аномалиях: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. СПб, 2007. 43 с.
10. Факторы риска в возникновении дисфункции в височно-нижнечелюстном суставе / Ю.А. Петросов, Р.Б. Ермошенко, Н.Ю. Сеферян, О.Ю. Калпакьянц // Современная ортопедическая стоматология. 2007. № 8. С. 100-101.
11. Aural symptoms and signs of temporomandibular disorder in association with treatment need and visits to a physician / S. Kuttilla, M. Kuttilla, Y. Le Bell et al. // Laryngoscope. 1999. Vol. 109, № 10. P. 1669-1673.
12. Costen J.B. Neurogias and ear symptoms associated with distributed function of temporomandibular joint // Am Med Assoc J. 1934. №107. P. 252 – 255.
13. Itoh K.I., Hayashi T Functions of masseter and temporalis muscles in the control of temporomandibular joint loading – a static analysis using a two-dimensional rigid-body spring model // Front Med Biol. 2000. №10: 1. P. 17 – 31.