Возрастные аспекты развития мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Стоян Е.Ю., Рузин Г.П.,* Соколова И.И., Вакуленко Е.Н.*

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра стоматологии, кафедра хирургической стоматологии

Мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (МСД ВНЧС) - одно из самых малоизученных и противоречивых заболеваний, благодаря разнообразию клинических проявлений и полиэтиологичности развивающихся в нем патологических изменений. МСД принадлежит группе, так называемых, внесуставных заболеваний, к которым относятся бруксизм (феномен Кароли), синдром Костена, шилоподьязычный синдром Эгле, дестензионные подвывихи, встречающиеся в юношеском возрасте. На сегодняшний день актуальными остаются вопросы эпидемиологии и этиологии МСД ВНЧС, так как лечение и реабилитация таких пациентов, понимание патологических процессов, приводящих к ней, остаётся важной проблемой в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Анализ результатов многочисленных исследований установил, что в 70-89% случаев МСД ВНЧС не связана с воспалительными процессами, а является обычным функциональным нарушением и обусловлена изменениями в частности латеральных крыловидных мышц. Обращает на себя внимание высокая распространенность МСД у лиц молодого возраста - от 27 до 76%, а среди детей и подростков - от 14 до 20%.

Нами, в течение 10 лет проведено клинические обследования 298 пациентов: 86 мужчин и 212 женщин, возраст которых варьировал от 18 до 50 лет с МСД ВНЧС, используя тактику всестороннего обследования с акцентом на выяснение анамнеза жизни и заболевания, рода занятий, общего статуса, консультаций смежных специалистов-стоматологов, невропатологов, ортопедов. Степень нарушения в ВНЧС определяли по общепринятым методикам. Особое внимание уделяли состоянию опорно-двигательного аппарата. Рентгенографию ВНЧС проводили в боковой проекции при закрытом и открытом рте для сравнительной оценки положения суставной головки, наличия или отсутствия нарушений ее формы. Выявление степени проявлений и тяжести МСД ВНЧС проводили согласно клиническому индексу Helkimo (1974).

Результаты анализа возрастного состава были весьма красноречивы: МСД ВНЧС при отсутствии ортопедической, ортодонтической, терапевтической и специфической патологий чаще встречалась у лиц юношеского и молодого возраста (209 человек, 70,1 %).

Взаимосвязь МСД ВНЧС и состояния позвоночника установлена в работах ряда исследователей. В результате субъективной информации, объективного обследования, и рентгенографического анализа состояния

шейного отдела было выявлено, что все наши пациенты страдали остеохондрозом шейного отдела позвоночника или имели сколиотическую осанку, сколиоз. При этом превалировали женщины молодого возраста от 18 до 35 лет (157 человек - 52,7%), у которых степень дисфункциональных явлений определялась как средняя или тяжелая дисфункция. Рентгенологическая картина большинства пациентов (85%) не имела изменений со стороны суставных компонентов, но определялась комбинация различной степени сужения суставной щели. В то же время, пальпация области прикрепления жевательных мышц была достаточно чувствительной или даже болезненной у всех пациентов с развитием, так называемой, дисфункциональной контрактуры.

Учитывая полученные результаты можно утверждать, что этиология МСД ВНЧС охватывает практически все стороны жизни человека, когда любой из неблагоприятных факторов может стать причиной болезни. У отдельных наших пациентов симптомы появлялись спонтанно на фоне полного здоровья и также неожиданно исчезали, имея при этом характерную особенность возникать вновь. Последние десятилетия прослеживается неуклонный рост количества молодых пациентов, в основном представительниц женского пола. Фактором, потенцирующим рост поражений ВНЧС, является остеоходроз подросткового периода, приводящий к нарушению структур хрящевой ткани позвоночника, сочетающийся с вовлечением в патологический процесс скелетной мускулатуры головы и шеи. Возможным этиологическим фактором МСД ВНЧС является появление быстрого питания, при котором отсутствует необходимость в полноценной жевательной активности челюстно-лицевого мышечного аппарата. Инициирующими моментами также могут быть различные изменения со стороны деятельности ЦНС (нервно-эмоциональное, физическое напряжение), парафункции жевательных мышц.

Таким образом, совокупность перечисленных этиологических проблем, по нашему мнению, приводит к «омоложению» МСД ВНЧС. На первый взгляд кажущееся отсутствие причин для развития данной патологии, на самом деле кроется в гиподинамии молодого населения во всех аспектах жизнедеятельности. Данная проблема является не только медицинской, но и социальной, что определяет перспективность исследования данной области стоматологии.