

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ТА ПРОМЕНЕВИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ТА СИМПТОМОМ

Вовк Вікторія Вікторівна,

к.мед.н., асистент кафедри ортопедичної стоматології

Кулик Анастасія Анатоліївна,

студент стоматологічного факультету

НМУ імені О. О. Богомольця

Вовк Віктор Тимофійович

асистент кафедри сестринської справи

Житомирського медичного інституту

Введення. Скренево-нижньощелепний суглоб є найскладнішим серед всіх суглобів з огляду біомеханіки та анатомо-фізіологічної структури. Гострий або хронічний больовий компонент при дисфункції скренево-нижньощелепного суглобу (дСНЩС) є найпоширенішим типом неодонтогенного орофасціального болю з включенням суміжних та взаємопоєднаних структур. Коморбідні больові та безбольові стани поширені серед розладів СНЩС(1). Етіологія дСНЩС за даними Ferreira LA, Grossmann E пов'язана з наявністю факторів ризику, такими як травма, парафункціональні звички, постуральний стан, оклюзійна мікротравма, системна схильність, порушення сну, і зовнішні та внутрішні психосоціальні фактори (2). Висновок про те, що психологічні зміни впливають на розвиток дСНЩС було підтверджено дослідженням «Orofacial Pain: Prospective Evaluation and Risk Assessment (OPPERA-)», яке показало, що початок дСНЩС був тісно пов'язаний з соматичними симптомами, в той час як сприйнятий стрес та його негативні наслідки також були пов'язані з загостренням та посиленням симптомів дСНЩС(4).

Патофізіологія дисфункціональних станів в суглобі нижньої щелепи є наслідком поєднаних багатфакторних зовнішніх та внутрішніх причин. Переважання артрогенних чи міофасціальних компонентів комплексу клінічних проявів є частиною діагностичних критеріїв в комплексному підході до

діагностики (3). Різноманіття додаткових променевих методів дослідження надають можливості прицільно поєднати клінічну симптоматику з рентгенологічними проявами патології, скласти план лікування в залежності від індивідуальних особливостей проявів.

Ціль роботи. Провести порівняльну характеристику клінічних та променевих проявів у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом та симптомом.

Матеріали та методи. Для проведення порівняльної характеристики клінічних та променевих проявів міофасціального больового синдрому та симптому були використані дані об'єктивного огляду та результати додаткових методів дослідження. При об'єктивному огляді звертали увагу та оцінювали ширину відкривання ротової порожнини, наявність клацання, крепітації, хрускоту в ділянці СНЩС, тонус жувальних та м'язів шийного відділу хребта за допомогою показника візуальної аналогової шкали, положення голівок нижньої щелепи за допомогою конусної томографії СНЩС.

Результати та їх обговорення. Загальна вибірка пацієнтів-23. На основі даних об'єктивного методу обстеження та після визначення середніх показників візуальної аналогової шкали(ВАШ) болю вибірку було поділено на підгрупи.

До 1 підгрупи входять пацієнти (19 осіб-82,6%)з характерним вираженим болем в жувальних м'язах та наявними більше трьох тригерних точок в m.masseter, m.temporalis, ВАШ 6.88 відкривання рота різке обмежене в середньому до 2 см. При цьому пацієнти відмічали значне напруження та біль в задній підпотиличній ділянці шийного відділу хребта. При оцінці динаміки рухів та визначення шумів в СНЩС не реєструвалось клацання, крепітація, хрускіт.

До 2 підгрупи належать пацієнти (4 особи-17,4%) ВАШ 6.25 з менш інтенсивним болем в обстежуваних жувальних, м'язах шийного відділу хребта. З анамнезу відомо, що 3 пацієнтів були психосоціально не адаптовані та кожний контакт з соціумом призводив до відчуття напруження зі сторони

щелепи та шиї. Відкриття рота в середньому 2,6 см. При оцінці рухів відмічалась незначно виражена крепітація, котра зі слів пацієнтів, одразу зникла після психологічної стабільності або після лікування у вертебролога.

При додатковому променевому дослідженні КТ СНЩС у пацієнтів 1 підгрупи визначалось дистальне положення голівок нижньої щелепи з звуженням задньої суглобової щілини, що відповідає проекції судинно-нервового комплексу. Отже, пацієнти 1 підгрупи мають поєднаний патологічний симптомокомплекс: підвищення тонузу жувальних м'язів, м'язів шийного відділу хребта, ретропозиція голівок нижньої щелепи. Це може вказувати на комбінацію патологій зі сторони шийного відділу хребта та зубощелепного апарату. Міофасціальний больовий компонент є симптомом дисфункціональних станів в ділянці голівок нижньої щелепи.

При променевому дослідженні пацієнтів 2 підгрупи не реєструвалось зміщення голівок нижньої щелепи в корональній, аксіальній, сагітальній проекціях. Отже, 2 група – пацієнти з міофасціальним синдромом з переважанням етіологічних психосоціальних факторів та постуральних механізмів.

Висновки. Отже, за даними нашого дослідження, у пацієнтів знайдена певна кореляційна взаємодія між клінічними симптомами та результатами променевих методів дослідження. В клінічній характеристиці міофасціального больового симптому та синдрому переважає в стадії загострення біль та напруга не тільки в жувальних але і в м'язах шийного відділу хребта. При цьому, обмеженість відкриття ротової порожнини найчастіше поєднується з ретропозицією голівок нижньої щелепи. Таким чином, це надає можливість прогнозування та вибору тактики лікування, мультидисциплінарного підходу до надання допомоги пацієнтам з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.

1. Kapos, F. P., Exposto, F. G., Oyarzo, J. F., & Durham, J. (2020). Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surgery*, 13(4), 321-334.
2. Ferreira, L. A., Grossmann, E., Januzzi, E., Paula, M. V. Q. D., & Carvalho, A. C. P. (2016). Diagnosis of temporomandibular joint disorders: indication of imaging exams ☆. *Brazilian journal of otorhinolaryngology*, 82, 341-352.
3. Michelotti, A., Alstergren, P., Goulet, J. P., Lobbezoo, F., Ohrbach, R., Peck, C. & List, T. (2016). Next steps in development of the diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD): Recommendations from the International RDC/TMD Consortium Network workshop. *Journal of oral rehabilitation*, 43(6), 453-467.
4. Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Greenspan, J. D., Knott, C., Diatchenko, L., Dubner, R., ... & Maixner, W. (2013). Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *The Journal of Pain*, 14(12), T75-T90.