

УДК 616. 8 - 009. 7: 616. 716. 1. 4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС НА РАННИХ ЭТАПАХ

Байрамукова Л. А., Шарипова Т. В.

Ставропольский государственный медицинский университет

Ставрополь, Россия

Резюме. В данной статье представлен алгоритм комплексного обследования для повышение качества дифференциальной диагностики предварительного диагноза - синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Имея полиэтиологическую природу(окклюзионно-артикуляционная, миогенная и психогенная) диагностика данной патологии представляет собой – многоступенчатый, длительный, комплексный и сложный процесс. Не всегда удается поставить верный диагноз, только исходя из жалоб пациента. В первую очередь, выполняется функциональная диагностика, которая позволяет определить причины развития патологии , а на начальном этом предполагается использование объективных , мануальных способов диагностики, отмечается необходимость дифференциально-диагностического метода диагностики, основывающийся на блокаде нервов(тройничного, языкоглоточного, крылонёбного узла, ушновисочного). При точно поставленном диагнозе и вовремя начатой терапии, исход патологии в большинстве случаев является благоприятным.

Ключевые слова: синдром болевой дисфункции, дифференцировка, диагностика, блокада, ВСНЧ.

Summary. This article presents an algorithm for comprehensive examination for improving the quality of differential diagnosis the preliminary diagnosis - a syndrome of pain dysfunction of temporomandibular joint. Having polietiological nature(occlusal-articulation, myogenic and is psychogenic) diagnosis of this disease is a multistage, long-term, complex and difficult process. It is not always possible to put the correct diagnosis only on the basis of patient's complaints. First and foremost, running the functional diagnostics, which allows to determine the causes of disease , and at the initial it is assumed the use of an objective , manual methods of diagnosis, there is a need for a differential diagnostic method of diagnosis based on the blockade of nerves(trigeminal, glossopharyngeal, pterygopalatine node, Osnovianenko). When accurately diagnosed and just started treatment, the outcome of the disease in most cases is favorable.

Key words: pain dysfunction syndrome, differentiation, diagnosis, blockade, WSN. **Актуальность:**

Актуальность. Синдром болевой дисфункции (СБД) височно-нижнечелюстного сустава

имитирует многие заболевания, но в основе СБД лежит вывих внутрисуставного диска височно-нижнечелюстного сустава, спазм жевательных мышц, эмоциональное и физическое перенапряжение, стрессовые ситуации приводящие к парафункциям жевательных мышц, травма суставных тканей, что наблюдается при наличии преждевременных контактов на отдельных зубах, неравномерной стертости окклюзионной поверхности и других нарушениях зубочелюстной системы.

Влияние неврогенных и психогенных факторов на развитие болевого синдрома дисфункции упоминалось еще в 1948 г. Н. G. Wolff [1] экспериментально доказал, что длительное сокращение жевательных мышц, наблюдаемое при эмоциональном напряжении, может привести к возникновению боли не только в области ВНЧС, но и в области лица.

Исходя из этого мы выделяем нейромускулярную форму СБД [2], обладающую способностью мимикрировать под:

- невралгию ушно-височного нерва (синдром Фрея);
- барабанного нерва (синдром Рейхерта);
- языко-глоточного нерва (синдром Сикара);
- крылонебного узла (синдром Сладера);
- коленчатого узла.

Проводится параллель с патологиями, имеющими типичную клинику:

- острый гнойным артритом;
- остеоартрит (деформирующий артроз);
- артрит височно-нижнечелюстного сустава.

Цель исследования. Повышение качества дифференциальной диагностики на ранних этапах синдрома болевой дисфункции ВНЧС.

Методы и материалы. Обследование больных по единой схеме, включающей субъективные, объективные и специальные методы (рентген) диагностики. Алгоритм представленный ниже, позволит врачам дифференцировать СБД ВНЧС.

Результаты и обсуждение.

Алгоритм:

1. сбор анамнеза (интересуемся стоматологическим статусом больного, острые и хронические перенесенные психоэмоциональные травмы, наличие вредных привычек, образ жизни и т.д);
2. внешний осмотр, пальпация и аускультация области ВНЧС, пальпация жевательных мышц, мышц шеи и плечевого пояса, определение в них курковых (триггерных точек — ТТ).

После проведенного осмотра, врач на ранних этапах уже способен дифференцировать СБД.

Острый гнойный отит (эпимезогипотимпанит):

- при остром гнойном отите наблюдаем резкая боль в ухе, понижение слуха, отсутствие светового конуса, отек и гиперемия барабанной перепонки. Больной производит движения нижней челюсти в полном объеме. Указанные признаки отсутствуют при СБД височно-нижнечелюстного сустава.

Острый гнойный артрит:

- отмечается отек мягких тканей, боли в суставе, ограничение подвижности нижней челюсти, пальпация сустава в любых проекциях болезненна. При СБД больной жалуется на болезненность в мышцах, но воспалительный процесс и боль при пальпации ВСНЧ не наблюдаем.

Невралгия барабанного нерва:

- внезапные самопроизвольные боли в наружном слуховом проходе и в прилежащих к нему отделах. При пальпации наружного слухового прохода отмечается болезненность, в СБД пальпация наружного слухового прохода безболезненна.

Височный артериит:

- в области виска возникает жгучая боль, приступ продолжается часами; приступы провоцируются надавливанием на височную артерию или прикосновением к коже височной области и открыванием рта. Боль иррадирует в глазное яблоко, область лба и ВНЧС, больной способен производить движения нижней челюстью, отсутствует патологическое щелканье. При СБД биомеханика движения нижней челюсти нарушена, может прослушиваться патологическое щелканье.

Дифференциально-диагностический критерий по методу блокады нерва.

Невралгия различных ветвей тройничного нерва характеризуется приступообразными болями преимущественно в области ее второй или третьей ветви. Как правило, приступы болей возникают при раздражении курковой зоны в области крыла носа, щеки, подбородка нижней или верхней губы и в полости рта.

Метод блокады подтверждает имеющийся неврологический статус (положительная динамика на блокаду). Если врач не наблюдает благотворного действия выполненной блокады, то применяются специальные методы диагностики – рентген.

Невралгия ушновисочного нерва (синдром Фрея) проявляется болью в области височнонижнечелюстного сустава, виска наружного слухового прохода. От СБД ее отличает гиперемия кожи и потоотделение в зоне иннервации ушновисочного нерва, которые наступают во время приема пищи. Блокада этого нерва раствором анестетика снимает приступы болей на 1,5–2 часа.

Невралгию крылонебного узла (синдром Сладера) в отличие от СБД определяют по спонтанным приступообразным, нередко ночным болям, которые локализуются в области глаза, челюстей, зубов, корня носа. Боль может иррадиировать в височную область, в язык, в ухо, в сосцевидный отросток, небо, шею, лопатки, плечо, предплечье и кисть. Приступы болей прекращаются при проведении резцовой анестезии внеротовым методом. Это отличает невралгию крылонебного узла от СБД.

Невралгия языкоглоточного нерва (синдром Сикара) характеризуется приступообразными болями в область корня языка, миндалина, зева. Боль иррадиирует в ухо, горло, небо, иногда в глаз, ветвь нижней челюсти и шею. Механические раздражения, движения языка, глотание провоцируют приступы болей. Прекращение приступов болей после смазывания корня языка, миндалина и зева 10% раствором лидокаина свидетельствует о невралгии языкоглоточного нерва и об отсутствии СБД.

Рентгенологическое исследование.

При рентгенологическом исследовании больных с СБД контуры суставных поверхностей ровные и четкие. Патологических изменений в костных структурах ВНЧС не наблюдается. Однако, длительность заболевания которых составила год и более, выявляются структурные изменения элементов сустава в виде склероза суставных поверхностей, их деформации или кистозной перестройки. На данном этапе специалист способен засвидетельствовать наличие артрита, остеоартроза или же подтвердить диагноз – синдром болевой дисфункции ВНЧС (К.07.6)

Заключение. Синдром болевой дисфункции ВНЧС – один из самых противоречивых диагнозов в практике врача-стоматолога, имея полиэтиологическую природу, специалисту затруднительно указать точную нозологическую форму патологии ВНЧС. Таким образом, поэтапная клиничко-неврологическая диагностика является важным детализирующим моментом и увеличивает процент точной постановки диагноза.

Литература.

1. Гречко В.Е. Одонтогенные поражения системы тройничного нерва / В.Е. Гречко, М.Н. Пузин, А.В. Степанченко. — М.: Издво Унта дружбы народов, 1988. — 105 с.
2. Егоров П.М. Болевая дисфункция височнонижнечелюстного сустава / П.М. Егоров, И.С. Карапетян. — М.: Медицина, 1986. — 128 с.
3. Мирза А.И. Диагностика и лечение болевого синдрома дисфункции височнонижнечелюстного сустава: Дис. дра мед. наук: 14.01.22 / Мирза А.И. — Полт., 2002. — 276 с.
4. Петросов Ю.А. Заболевания височнонижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакьянц, Н.Ю. Сеферян. — Краснодар: Советская Кубань, 1996. — 352 с.

5. Хватова В.А. Заболевания височнонижнечелюстного сустава / В.А. Хватова. — М.: Медицина, 1982. — 160 с.
6. Headache and Other Head Pain- Головные боли и боли другого генеза, Harold G. Wolff; New York, Oxford University Press, 1948 First Publication
7. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2 т. / [Федер. программа книгоизд. России]; Под ред. чл.-корр. РАМН В. М. Безрукова, проф. Т. Г. Робустовой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2000. Загл. 1-го изд.