

ПРОФИЛАКТИКА И ВЫЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА КОСТЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННО УДАЛЕННЫМИ ЗУБАМИ И НЕПРАВИЛЬНО СФОРМИРОВАННЫМИ БУГРАМИ ПЛОМБ

PREVENTION AND IDENTIFICATION OF THE COSTENE SYNDROME IN PATIENTS WITH PREMATELY REMOTE TEETH AND WRONG-FORMED FUNDS

E. Levandovsky

Summary. this article will discuss the practical aspects of diagnosis and diagnosis of Kosten syndrome, as well as recommendations for its treatment and prevention. Kosten syndrome is a fairly common disease, especially among the younger population, which is confirmed in the form of extracts from clinical examinations of patients. The subjects had symptoms of the syndrome in varying degrees of severity, all the pathologies identified corresponded to those of Kosten syndrome. Currently, dental services are among the most common in the provision of medical services. Unfortunately, there are unqualified jobs that were performed by an insufficiently qualified specialist or were made by mistake or by mistake. The consequence is the development of an abnormal bite, and then pathological changes in the jaw apparatus, some of which lead to the development of Kosten syndrome. Thus, when collecting the history, it is necessary not only to take into account the clinical manifestations, but also the dental work transferred by the patient. In the study of patients, we palpated the areas of the jaws, ears, temples, identifying various pathological processes. In conclusion, the main recommendations on the diagnosis of complications, prevention and treatment.

Keywords: Kosten syndrome, jaw joints, clicks in the jaw, pain when chewing, jaw apparatus, crunch of the jaw.

Левандовский Эдвард Викторович
Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Медицинский университет
doc.edvard@mail.ru

Аннотация. в данной статье будут рассмотрены практические аспекты диагностики и постановки диагноза на синдром Костена, а также рекомендации по его лечению и профилактике. Синдром Костена является довольно распространенным заболеванием, особенно среди молодого населения, о чем подтверждение представлено в виде выписок из клинических осмотров пациентов. У исследуемых отмечались признаки синдрома в различной степени тяжести, все выявленные патологии соответствовали таковым при синдроме Костена. В настоящее время стоматологические услуги являются одними из самых распространенных из области оказания медицинских услуг. К сожалению, встречаются неквалифицированно выполненные работы, которые выполнялись недостаточно квалифицированным специалистом или допущены по ошибке, оплошности. Следствием является развитие неправильного прикуса, а затем патологические изменения в челюстном аппарате, одни из которых ведут к развитию синдрома Костена. Таким образом, при сборе анамнеза необходимо не только учитывать клинические проявления, но и перенесенные пациентом стоматологические работы. При исследовании пациентов мы пальпировали области челюстей, ушей, висков, выявляя различные патологические процессы. В заключении приведены основные рекомендации по диагностике осложнений, профилактике и лечению.

Ключевые слова: Синдром Костена, челюстные суставы, щелчки в челюсти, боль при жевании, челюстной аппарат, хруст челюсти.

Актуальность

Нарушение архитектоники окклюзионной поверхности, не учитывающее создания бугров и фиссур, может привести к нарушению нормальной физиологии, биомеханики ВНЧС и развитию такой патологии, как синдром Костена.

Цель. Выявить синдром Костена у пациентов с преждевременно удаленными зубами и неправильно сформированными буграми пломб, а также обеспечить профилактику данного синдрома, предотвратив дальнейшие нарушения ВНЧС.

Синдром Костена

Под этим определением понимают комплекс патологических преобразований, локализующихся в височно-нижнечелюстном суставе с болевым синдромом, преимущественно локализованном в предушной области, который имеет свойства переходить в область уха или виска и усиливаться в процессе жевания или других процессов, сопровождающихся движением челюстей. Клинически синдром Костена также проявляется щелканьем, хрустом в челюстных суставах, отмечается также их тугоподвижность. По результатам исследований ряда авторов, синдром Костена регистрируется у 10–16% на-

селения. Наибольшую часть пациентов, у которых отмечается эта патология, составляют представительницы женского пола [4, с. 87].

Историческая справка

Первое упоминание о синдроме Костена приходится на 1934 год, когда американским отоларингологом Джеймсом Костеном была опубликована статья, в которой были изложены результаты исследований автора относительно взаимосвязи острой ушной боли с патологией зубочелюстной системой. Исследования получили широкое распространение в практической деятельности медицинских специалистов и комплекс описанных патологических явлений стали именовать в честь первооткрывателя их взаимосвязи [3, с. 115].

Причины развития Синдрома

Нарушению функции височно-нижнечелюстных суставов может способствовать ряд причин. К таковым можно отнести: искажение прикуса, высокие физические нагрузки, стрессовые факторы, вследствие которых развивается спазмирование жевательных мышц, травмирование челюстного аппарата [1, с. 96].

Отмечены случаи, когда развитию синдрома способствовала некавалифицированная стоматологическая деятельность, последствия которой привели к развитию патологических изменений. К наиболее распространенной ошибке стоматологов относится нерациональная постановка пломбы, когда она слишком высоко выступает над поверхностью зуба. При этом отмечается изменение прикуса вследствие неравномерного распределения нагрузки на челюсть. Также развитие синдрома иногда возникает при некорректном протезировании. [5, с. 99]

Диагностика

При клиническом осмотре пациента врач проводит осмотр и пальпацию нижней челюсти, височной области и шеи, при этом обращая внимание на наличие особых мышечных уплотнений (триггеров), при глубокой пальпации которых отмечается выраженная болевая реакция. Вторым этапом диагностики является аускультация щелчков, которые возникают при движении челюстных суставов. Проводится трехфаланговый тест. [2, с. 60]

Исследование

В нашем исследовании принимали участие 50 человек в возрастном диапазоне от 18 до 24 лет, среди которых 58% девушек и 42% юношей. Постановку диагноза осуществляли на основании данных анамнеза и объективного клинического исследования, в которое входил

осмотр, пальпация и аускультация ВНЧС, трехфаланговый тест.

Результаты

исследования. Среди 50 обследованных, у 6 человек (4 девушки и 2 юноши), что составляет 12% всех обследованных, был выявлен синдром Костена.

Результаты обследования

Пациентка М. 21 год. Жалобы пациента: 1) на локализованные в левой половине челюстного аппарата при движении челюстей в противоположные стороны, 2) на незначительную болезненность в ушах, которая усиливается при жевании и широком открывании рта. При аускультации слышны щелчки в ВНЧС с левой стороны при движении нижней челюсти, с правой щелчков не было. Трехфаланговый тест отрицательный. Открывание рта не затруднено.

При осмотре ротовой полости были обнаружены неправильно сформированные бугры и фиссуры 36,37 и 46 зубов, из-за чего отмечено нарушенное окклюзионное взаимоотношение. При пальпации обнаружили триггер (уплотнение) жевательных мышц на стороне, где локализовались щелчки (слева), болевая реакция ярко выражена.

Пациентка Т. 19 лет. Отмечена жалоба на незначительную боль в ушных раковинах, отмечающуюся при жевательных движениях. При аускультации выслушивались щелчки в ВНЧС с правой стороны при движении нижней челюсти. Трехфаланговый тест отрицательный. Раскрытие челюстей не затруднено.

При осмотре ротовой полости установили неправильно сформированные бугры и фиссуры 36 и 46 зубов, что и являлось причиной нарушения правильного смыкания зубных рядов. При пальпации триггер (уплотнение) жевательных мышц не прощупывался.

Пациентка Е. 18 лет. Жалобы пациента: 1) на возникающие в правосторонних суставах щелчки при широком раскрытии ротовой полости, 2) на боль в ушах, отдающую в височную область, 3) иногда отмечающиеся признаки шума в ушах. При объективном обследовании, с помощью фонендоскопа, выслушивались щелчки в ВНЧС с правой стороны при движении нижней челюсти. Трехфаланговый тест положительный. Раскрытие ротовой полости затруднено.

При осмотре ротовой полости установили неправильно сформированные бугры и фиссуры 46 зуба, а также дистопированные 13 и 23 зубы. При пальпации обнару-

жен триггер (уплотнение) жевательных мышц в стороне локализации щелчков (справа), при глубокой пальпации установлена ярко выраженная болевая реакция.

Пациент Ш. 20 лет. Жалобы пациента: 1) на возникающие при жевании хруст и щелчки в левой стороне челюстного аппарата, 2) на сильную боль и шум в ушах. При аускультации выслушивались щелчки в ВНЧС с левой стороны при движении нижней челюсти. Раскрытие ротовой полости при выполнении трехфалангового теста возможно было только на ширину толщину двух проксимальных межфаланговых суставов.

Во время осмотра полости рта были обнаружены неправильно сформированные бугры и фиссуры 17, 36 и 37 зубов, также удалены 35 и 45 зубы. При пальпации прощупывался триггер (уплотнение) жевательных мышц на стороне щелканья (слева), резко болезненный при нажатии.

Пациентка О. 22 года. Жалобы пациента: 1) на хруст и скрежет в суставе с правой стороны во время движения нижней челюсти, 2) на сильную боль в ушах, отдающую в височную область, 3) периодически наблюдался шум в ушах, 4) спазм жевательных мышц. При объективном обследовании, с помощью фонендоскопа, выслушивались щелчки и хруст в ВНЧС с правой стороны при различных движениях нижней челюсти. Трехфаланговый тест положительный. Открывание рта на толщину трех проксимальных межфаланговых суставов невозможно.

Во время осмотра полости рта были обнаружены неправильно сформированные бугры и фиссуры 17 и 47

зубов, также удалены 36 и 46 зубы. При пальпации прощупывался очень плотный триггер (уплотнение) жевательных мышц на стороне щелканья (справа), резко болезненный при нажатии.

При постановке диагноза нами рекомендовано было проведение пациентам компьютерной томографии ВНЧС. Однако наши рекомендации выполнены не были по причине высокой стоимости процедуры и отсутствия договоренности с «Пикассо». В связи с этим, мы имеем представленные на слайде снимки снимки КТ ВНЧС в норме и при артрозе. Артроз является осложнением синдрома Костена, эту патологию мы проиллюстрировали снимком так как выявить у пациентов не удалось по вышеописанным причинам. На снимке проиллюстрированы патологические процессы, которые развиваются в головке нижней челюсти при отсутствии своевременного адекватно назначенного лечения первопричины.

Выводы

1. В результате проведенных исследований мы выявили, что синдром Костена имеет широкое распространение, преимущественно у людей молодого возраста до 30–35 лет и требуют своевременного квалифицированного лечения врачом-стоматологом. При отсутствии лечения в пораженных суставах продолжают патологические изменения, приводящие в итоге к артрозу и полному обездвиживанию челюсти.
2. Профилактикой синдрома Костена, является грамотное воссоздание окклюзионных взаимоотношений при моделировании пломб.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев, В. В. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Учебное пособие / В. В. Афанасьев, А. А. Останин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 256 с.
2. Лебедево, И. Ю. Функциональные и аппаратные методы исследования в ортопедической стоматологии / И. Ю. Лебедево, Т. И. Ибрагимов, А. Н. Ряховский. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 128 с.
3. Максимовский, Ю. М. Терапевтическая стоматология. Кариология и заболевания твердых тканей зубов. Эндодонтия. Учебное пособие / Ю. М. Максимовский, А. В. Митронин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 480 с.
4. Трезубов, В. Н. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: моногр. / В. Н. Трезубов, А. С. Щербаков, Л. М. Мишнев. — М.: МЕД-пресс, 2013. — 416 с.
5. Фищев, С. Б. Чрезвычайные ситуации в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Фищев С. Б. / С. Б. Фищев. — Л.: 2016. — 537 с.

© Левандовский Эдвард Викторович (doc.edvard@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»