

МИОФАЦИЈАЛЕН БОЛЕН ДИСФУНКЦИОНАЛЕН СИНДРОМ

Автор: Пом. асс д-р Катерина Златановска;

Пом. асс д-р Ана Радеска; Пом. асс д-р Јулија Заркова

Универзитет “Гоце Делчев” – Штип, Факултет за медицински науки, Стоматологија

Миофацијален болен дисфункционален синдром (МБДС) е функционална миоартропатија и спаѓа во најчестите заболувања на стоматогнатниот систем. После кариесот, неговите компликации и пародонтопатиите, МБДС денес зазема трето место помеѓу заболувањата на забите, устата и вилиците. Имајќи во предвид дека постојат повеќе поливалентни етиолошки фактори кои можат да доведат до функционални миоартропатии, постојат и повеќе синоними кои денес се во употреба: Костеренов синдром, орофацијална дискинезија, МБДС. Има се поголем број на автори кои и сублуксацијата на долновеличниот зглоб ја вбројуваат во оваа група на функционални миоартропатии.

Со цел да се постави дијагноза, неопходно е да се земат детални анамнестички податоци, особено бидејќи во етиологијата на МБДС психичките причини играат многу често одлучувачка улога. Освен нив, зголемен тонус на мускулите може да настане и поради хиперактивност на стоматогнатниот систем, како и парафункции: стискање, шкрипење со заби, често заземање на ексцентрична оклузија, вовлекување на горна и долна усна помеѓу забите, притисок со јазикот на фронталните заби, вовлекување на долната вилица, моторен тик, стискање на заби при стрес. Овие моторни реакции се несвесни и доколку поминат во навика, да се изведуваат често дење или ноќе, преминуваат во парафункции, што е и најчеста причина за МБДС.

Етиолошки фактори за појава на МБДС можат да бидат: одонтогени, риногени, неурогени и артрогени. Но, МБДС најчесто се јавува:

- Кога подолго време постојат пречки во оклузијата или некоја неуромускулна дразба (на пр. отежнато никунавање на умник), стресни ситуации, страв – доаѓа до прекорачување на компензаторната можност на зглобот. Ова најчесто се јавува во доцни триесетти и почетокот на четириесетите години.
- Доколку подолго време постојат парафункции или затегнатост на мускули поради некоја стоматолошка интервенција.
- После протетска изработка со промена на оклузија – нарушена оклузија.
- Кај особи со интактен забен низ и нормална оклузија, се работи исклучително за психички етиолошки фактор.

Симптоми:

Болка, крепитации, тропкање, зуење, вртоглавица, редукција на слух, мускулен спазам на цвакалната мускулатура, отежнато (ограничено) движење на долната вилица, закочување.

Има пациенти кои ја лоцираат болката во пределот на зглобот – типична артрогена болка; други опишуваат тапа болка која зрачи во пределот на образот, вратот или аголот на долната вилица – миогена болка. Болка која потекнува од зглобот, често зрачи во пределот на увото и може да се појави при движење на долната вилица, а подоцна и како спонтанa болка.

Мускулната болка зрачи во слепоочниот предел и вратот. Болка после будење укажува на парафункции, бруксизам или неповолна положба при спиење. Болки кои се јавуваат во текот на денот и достигнуваат максимум навечер, укажуваат на парафункции и психомоторна активност во текот на денот (на работното место).

Со клинички преглед може да се осетат крепитациите и терминалното пуцкетање, но тие може и да не бидат присутни. Тие укажуваат на оштетување на зглобната глава и дискусот. МБДС порано или подоцна ќе доведе до ограничени движења во зглобот, максимално отворање на устата под 3 см, при што може но и немора да дојде до девијација на мандибулата во страна. Сето ова немора да биде пратено и со субјективни тегоби, што значи дека сеуште истата е компензирана од стоматогнатниот систем. Појава на болка на палпација во пределот на зглобот, ограничено и болно отворање на уста, болки во мускули на палпација, во мастикаторните и акцесорните мускули на вратот, веќе се сигурен знак на миоартропатија (МБДС).

Диференцијално дијагностички, треба да ги имаме во предвид:

- Неуралгија на тригеминус – краткотрајни болки во интервали, кои можат механички да се провоцираат во пределот на зоната на тригеминус.
- Мигрена – не ретко во интервали, предизвикувајќи болка на половина глава, трае 1 до 2 дена и за разлика од миоартропатијата, пратена е со општа малаксалост.
- Arteritis a. temporalis – болката е во бранови, евентуално и појава на оток во пределот на темпоралната регија.
- Цервикален синдром, тумори во пределот на вилиците, орбитата, на малиот мозок и понсот.

Лечење – третманот кој ќе доведе до излекување, зависи од точната дијагноза, елиминација на лошите навики и воспоставување на нормалната оклузија. Пациентот мора да е свесен дека тегобите не се најчесто резултат на органско заболување и дека поради тоа не треба хируршки третман.

Според Schulte терапијата треба да има 4 нивоа:

1. Да се испитаат и третираат можни парафункции, физиотерапија на болните зглобови и згрчени и болни мускули, вклучувајќи терапија со микробранови, корекција на оклузија со селективно состружување на сите супраконтанти.
2. Доколку за две недели нема подобрување, се пристапува кон употреба на сплинтови за корекција на загризот и употреба на седативи, антидепресиви и аналгетици по потреба.
3. Доколку и после десет дена носење на сплинтот нема подобрување, се вбригува анестетик без вазоконстриктор во мускулите од болната зона.
4. Доколку и сега не дојде до подобрување, се оди на последното ниво, каде повторно се дава предност на неурофизиолошки испитувања и психотерапија во однос на хируршките методи на лечење.

Литература :

1. **Reny de Leeuw.** de Leeuw R. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and management, 4th ed. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence;

2. **Temporomandibular Disorder Pain**, © 2009 International Association for the Study of Pain®;
3. **Khurram Atallah & Co.**, Diagnosis of Temporomandibular Disorders Based on Research Diagnostic Criteria, Pakistan Oral & Dental Journal Vol 29, No. 2, Dec. 2009;
4. **Gary D. Klasser, Charles S. Greene**, The Changing Field of Temporomandibular Disorders: What Dentists Need to Know, JCDA, February 2009, Vol. 75, No. 1;
5. **Koh H, Robinson P**, Occlusal adjustment for treating and preventing temporomandibular joint disorders (Review), The Cochrane Library 2009, Issue 1;
6. **Gary C. Anderson, DDS, MS & Co**, Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Future Directions, J Orofac Pain. 2010, 24(1): 79–88;