

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Wstęp. Zaburzenia skroniowo-żuchwowe (TMD) stanowią heterogenną grupę schorzeń obejmujących struktury mięśniowe i stawowe narządu żucia, prowadzących do bólu, zaburzeń funkcji oraz obniżenia jakości życia pacjentów. Charakteryzują się wysoką częstością występowania, szczególnie wśród kobiet oraz osób w wieku 20–40 lat, a ich etiologia ma charakter wieloczynnikowy — obejmuje czynniki miejscowe, ogólnoustrojowe, psychospołeczne, a także predyspozycje genetyczne. Złożoność obrazu klinicznego, częste współwystępowanie objawów ogólnoustrojowych oraz trudności diagnostyczne sprawiają, że TMD stanowią istotne wyzwanie kliniczne i badawcze. Szczególne znaczenie mają mięśniowe postaci TMD, które — mimo braku zmian strukturalnych w stawie — mogą wywoływać zaburzenia toru oraz jakości ruchów żuchwy. Analiza funkcji układu ruchowego narządu żucia, z wykorzystaniem zarówno metod klinicznych, jak i instrumentalnych, jest kluczowa dla zrozumienia tych dysfunkcji oraz ich wpływu na relacje żuchwowo-szczękowe.

Cel pracy. Głównym celem rozprawy było przeanalizowanie wpływu mięśniowych (bólowych) postaci schorzeń skroniowo-żuchwowych (TMD) na funkcjonowanie układu ruchowego narządu żucia. W ramach projektu sformułowano cztery szczegółowe cele badawcze: analizę lokalizacji dolegliwości bólowych mięśni żucia u pacjentów z mięśniowymi TMD, analizę zakresu i jakości ruchów żuchwy (badanie kliniczne i aksjograficzne) u tych pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną, ocenę zmiany położenia żuchwy z pozycji referencyjnej do pozycji maksymalnego zaguzkowania zębów u pacjentów z bólową dysfunkcją mięśni żucia, oraz analizę zmian położenia kłykci żuchwy podczas wybranych czynności (połykanie, mowa, zgrzytanie zębami) u pacjentów z TMD na tle grupy kontrolnej.

Materiał i metody. Badaniami objęto 52 osoby w wieku 18–65 lat (obie płci), ogólnie zdrowe. Grupę badaną stanowiło 26 pacjentów z rozpoznanymi mięśniowymi zaburzeniami TMD o charakterze bólowym, spełniającymi kryteria diagnostyczne DC/TMD (m.in. miejscowy ból mięśni, ból mięśniowo-powięziowy z lub bez przeniesienia), bez cech dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych. Grupę kontrolną stanowiło 26 osób bez objawów TMD (brak dolegliwości bólowych ani zaburzeń funkcjonalnych narządu żucia). Wszyscy uczestnicy posiadali stabilne warunki zgryzowe (obecne kontakty zębów w czterech strefach podparcia) i żaden nie był poddawany w ostatnich 3 miesiącach leczeniu za pomocą szyn zgryzowych, leków

przeciwzapalnych ani leków rozluźniających mięśnie. Każdy pacjent został poddany klinicznemu badaniu układu ruchowego narządu żucia zgodnie z protokołem DC/TMD (wywiad oraz badanie przedmiotowe obejmujące palpację mięśni żucia, ocenę zakresu ruchów żuchwy oraz obecności trzasków czy blokowania stawu). Następnie wykonano badanie instrumentalne – elektroniczną rejestrację ruchów żuchwy za pomocą aksjografu Cadiax 4 (Gamma Dental, Austria). Ustalono indywidualną pozycję referencyjną żuchwy (niezależną od kontaktów zębowych, odpowiadającą niewymuszonej relacji centralnej) i od niej rozpoczynano wszystkie rejestrowane ruchy. Zarejestrowano maksymalne ruchy żuchwy (otwieranie – odwodzenie, wysuwanie – protruzyjne, ruchy boczne) oraz wybrane czynności funkcjonalne: połykanie, mówienie i symulowane zgrzytanie zębami. Wykresy ruchu kłykci żuchwy uzyskane w aksjografii poddano analizie pod kątem: zakresów ruchomości, obecności ewentualnych odchyłeń od toru prawidłowego (symetrii ruchu), zmiany położenia kłykci między pozycją referencyjną a maksymalnym zaguzkowaniem zębów, a także różnic w ruchach kłykci podczas badanych czynności. Wyniki porównano pomiędzy grupą badaną a kontrolną przy użyciu testów statystycznych, uwzględniając wpływ zmiennych demograficznych (wiek, płeć).

Wyniki. W grupie pacjentów z TMD o typie mięśniowym dolegliwości bólowe najczęściej dotyczyły obu stronnie mięśni żwaczy (nierzadko jednocześnie mięśnia żwacza i skroniowego). Lokalizacje bólu wskazywane przez pacjentów pokrywały się z wynikami badania palpacyjnego, potwierdzając trafność wywiadu. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupą badaną a kontrolną w wartościach maksymalnych zakresów ruchów żuchwy (takich jak maksymalne otwarcie ust, ruchy boczne czy wysunięcie). Zaobserwowano jednak, że pacjenci z bólową dysfunkcją mięśni żucia częściej wykazywali zaburzenia toru ruchu podczas maksymalnego otwierania ust – występowały u nich odchylenia żuchwy od ruchu prostoliniowego (tzw. defleksje) znamienne częściej niż u osób zdrowych. Pomimo braku zmian wewnątrzstawowych, stwierdzono wpływ zaburzeń mięśniowych na ruch w stawach skroniowo-żuchwowych: badanie aksjograficzne ujawniło zróżnicowany przebieg ruchu kłykci żuchwy u pacjentów z TMD, w tym częstsze występowanie asymetrii torów ruchu kłykci podczas otwierania ust w porównaniu z grupą kontrolną. Analiza relacji żuchwy do szczęki wykazała różnice między pozycją referencyjną a maksymalnym zaguzkowaniem – w grupie badanej częściej obserwowano niecentryczne położenie kłykci (zwłaszcza zjawisko dystrakcji, czyli przemieszczenia głów żuchwy ku dołowi w

pozycji maksymalnego zaguzkowania) w porównaniu z osobami zdrowymi. Zaobserwowane przypadki rozbieżności położenia kłykci między relacją centralną a okluzją maksymalną wskazują na potrzebę precyzyjnej diagnostyki relacji żuchwy niezależnie od kontaktów zębowych u tych pacjentów. Natomiast porównanie ruchów żuchwy podczas badanych funkcji (połykania, mowy, zaciskania/zgrzytania zębów) nie ujawniło istotnych różnic między grupą TMD a kontrolną – przebieg ruchów kłykci podczas tych czynności był zbliżony, symetryczny w obu grupach.

Wnioski. U pacjentów z mięśniową postacią TMD nie stwierdzono wyraźnego ograniczenia zakresu ruchów żuchwy w porównaniu z osobami zdrowymi, jednak wystąpiły subtelne zaburzenia funkcji układu ruchowego narządu żucia. Należą do nich przede wszystkim zakłócenia toru ruchu żuchwy podczas otwierania ust oraz asymetria ruchu kłykci, niewystępujące u osób zdrowych. Ponadto u pacjentów z bólem mięśni żucia częściej odnotowano nieprawidłowe relacje żuchwy względem szczęki (rozbieżność między pozycją referencyjną a okluzyjną), co może skutkować okresową dekompensacją w stawach (np. epizodyczną dystrakcją kłykci). Wyniki badania sugerują, że przewlekłe bólowe dysfunkcje mięśni żucia wpływają głównie na jakość (symetrię i płynność) ruchów żuchwy, nie powodując istotnej redukcji zakresu ruchomości ani zaburzeń podstawowych funkcji czynnościowych. Uzyskane dane podkreślają znaczenie wczesnej diagnostyki instrumentalnej (aksyjografii) u pacjentów z mięśniowymi TMD w celu wykrywania tych subtelnych odchyleń i zapobiegania potencjalnym powikłaniom w obrębie stawu skroniowo-żuchwowego oraz ułatwienia planowania leczenia (np. w rehabilitacji okluzyjnej i protetycznej).

