

Wpływ czynników ogólnych na skuteczność leczenia dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych

Effect of general factors on temporomandibular joint dysfunction treatment effectiveness

Jolanta Kostrzewa-Janicka, Artur Anulewicz, Milena Magdziak, Katarzyna Meredyk, Piotr Jurkowski

Katedra Protetyki Stomatologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. E. Mierzińska-Nastalska

HASŁA INDEKSOWE:

staw skroniowo-żuchwowy, wewnętrzne zaburzenia, skuteczność leczenia, czynniki ogólne

KEY WORDS:

temporomandibular joint, internal derangements, treatment effectiveness, general factors

Streszczenie

Wstęp. Za powstanie mioartropatii skroniowo-żuchwowej odpowiada grupa czynników bio-psycho-socjalnych, co stwarza znaczne trudności diagnostyczno-lecznicze. Patologia w obrębie tkanek układu ruchowego narządu żucia: mięśni żucia, stawów skroniowo-żuchwowych, może być wynikiem wrodzonych i/lub nabytych predyspozycji, ostrych i przewlekłych urazów oraz chorób układowych, infekcji oraz zaburzeń psychoemotionalnych.

Cel pracy. Celem pracy była ocena skuteczności leczenia zaburzeń czynności stawów skroniowo-żuchwowych oraz analiza czynników, mających wpływ na wdrożone postępowanie.

Materiał i metoda. Materiał do badań stanowiło 356 osób leczonych z powodu objawów przemieszczenia krążka w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych. Metoda postępowania obejmowała wdrożenie procedur leczenia przeciwbólowego, przeciwzapalnego oraz metod fizjo- i fizykoterapii, włącznie z zastosowaniem repozycyjnej szyny zgryzowej i następowej rekonstrukcji zwarcia.

Wyniki. Wyniki badań wskazują, że rodzaj zaburzeń czynnościowych, czas ich trwania, choro-

Summary

Introduction. A group of bio-psycho-social factors is responsible for temporo-mandibular mioarthropathy formation that creates considerable diagnostic and therapeutic difficulties. Pathology in the masticatory organ tissues, muscles and temporomandibular joints (TMJ) may result from congenital and/or acquired predisposition, acute and chronic injuries and systemic diseases, infections and psycho-emotional disorders.

Aim of the study. To evaluate the temporomandibular joint dysfunction treatment effectiveness and the analysis of factors, which affect the implemented management.

Material and methods. The study material consisted of 365 people treated because of signs and symptoms of TMJ internal derangement related to the disc displacement. The method of treatment included the implementation of an analgesic and anti-inflammatory procedures, and physio-physical therapy, including the use of the occlusal repositioning splint followed by reconstruction of the occlusion.

Results. The results indicate that the type of functional disorders, their duration, comorbidity

by ogólne oraz rodzaj warunków zgryzowych nie zwiększają ryzyka braku uzyskania założonych wyników leczenia w badanej grupie pacjentów. Jednakże rozdzielna analiza wiekowa wykazała, że u kobiet w wieku 19-40 lat współwystępowanie uogólnionych schorzeń w obrębie układu kostno-stawowego zwiększa ryzyko braku ustąpienia objawów dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych.

Wnioski. W celu skutecznej rehabilitacji układu ruchowego narządu żucia w przypadkach występowania zaburzeń pracy wnętrza stawów skroniowo-żuchwowych istotna jest indywidualna modyfikacja postępowania leczniczego w zależności od współwystępowania schorzeń ogólnych.

of general diseases and the type of occlusion do not increase the risk of the planned treatment failure in the patients under study. However, in the female group, aged 19–40 years, the co-existence of systemic diseases within the osteoarticular system increases the risk of lack of improvement in temporo-mandibular joint dysfunction during treatment.

Conclusions. To obtain an effective elimination of dysfunction signs and symptoms within the masticatory organ associated with TMJ disorders, individual management modification, depending on the occurrence of systemic diseases, plays an important role in the treatment of patients.

Wprowadzenie

Mioartropatie skroniowo-żuchwowe charakteryzują się dolegliwościami w obrębie układu ruchowego narządu żucia (u.r.n.ż.), związanymi z zaburzeniami pracy mięśni żucia i stawów skroniowo-żuchwowych (ssż) (1-3). Złożoność zjawiska chorobowego, jakim są zaburzenia czynnościowe w obrębie u.r.n.ż. powoduje, że do dnia dzisiejszego podzielone są zdania dotyczące etiologii i leczenia tych schorzeń. Przedmiotem badań wielu zespołów jest ustalenie właściwych metod i kryteriów diagnostycznych, stworzenie precyzyjnej klasyfikacji schorzeń i algorytmu postępowania leczniczego (3-5).

W latach 30 ubiegłego wieku Costen, laryngolog, zasugerował mechaniczny wpływ warunków zgryzowych na zmianę położenia głowy wyrostka kłykciowego żuchwy w dole stawowym i tym samym pojawienie się takich objawów, jak: nieprawidłowa ruchomość żuchwy, objawy dźwiękowe w ssż podczas ruchów żuchwy, bóle w obrębie ucha, zaburzenia smaku. Koncepcja ta, mimo że od samego początku miała przeciwników, doprowadziła

do rutynowej zmiany położenia żuchwy względem szczęki poprzez podwyższanie wysokości zwarcia i wysuwanie żuchwy w trakcie leczenia protetycznego (6). Znaczna ingerencja w warunki zwarcia utrzymywała się przez wiele następnych lat, pomimo że za najważniejszą przyczynę powstawania dolegliwości w obrębie części twarzowej czaszki zaczęto upatrywać w zwiększonym napięciu mięśni żucia (2, 6). Leczenie nadal jednak opierało się na stosowaniu różnego rodzaju aparatów odciążających i niejednokrotnie następnej rozległej rekonstrukcji zwarcia. Zwrócono natomiast uwagę na to, że schorzenie dotyczy nie tylko struktur stawu skroniowo-żuchwowego, ale całego narządu żucia, w którym ważną rolę odgrywają mięśnie i psychika pacjenta. Kontrowersje budził jednak fakt, że wielu autorów stwierdzało w swoich badaniach zmniejszenie lub eliminację objawów dysfunkcji bólowej ssż po rekonstrukcji zwarcia, sugerując tym samym pierwszoplanową rolę okluzji, jako czynnika etiologicznego schorzeń. Sprzeczności dotyczyły, prawdopodobnie niezgodnej z definicją, interpretacji określenia zespołu dysfunkcji bólowej mięśniowo-powięziowej, która nie

obejmowała zaburzeń wewnątrzstawowych, a mięśniowy, czynnościowy charakter schorzenia nie wymagał rekonstrukcji zwarcia. W związku z tym, współistniejący z dysfunkcją mięśni czynnik stawowy wymagał wyjaśnienia i ustalenia zależności między nimi.

Współcześnie uważa się, że powstanie schorzeń skroniowo-żuchwowych związane jest z interakcją pomiędzy wieloma czynnikami takimi, jak: nawyki, czynniki wrodzone, emocjonalne, biologiczne i środowiskowe. Ostre i przewlekłe urazy, zaburzenia czynnościowe mięśni uwarunkowane ośrodkowo lub obwodowo, indywidualne cechy morfologiczne, czynnościowe i psychologiczne mogą predysponować do powstawania bólu i dysfunkcji w obrębie u.r.n.ż. (7-9). Wszystko to było podstawą hybrydowej koncepcji przyczynowej dysfunkcji skroniowo-żuchwowej, na której z kolei oparto teorię bio-psycho-socjalną schorzeń, tworząc diagnostyczne kryteria badawcze, umożliwiające określenie typu schorzeń na podstawie badania klinicznego (*Dworkin, LeResche*, 1992) (3).

Wieloczynnikowa etiologia schorzeń u.r.n.ż. powoduje, że leczenie opiera się na podejściu wielodyscyplinarnym. Sprzeczne są jednak doniesienia dotyczące efektywności poszczególnych metod leczniczych a podejście jednodyscyplinarne może nie przynieść oczekiwanej, długoczasowej poprawy (10, 11).

Celowa zatem wydaje się analiza współwystępowania czynników ogólnych, mogących mieć wpływ na skuteczność postępowania leczniczego w przypadku występowania objawów dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych (ssz) związanych z przemieszczeniem krążka stawowego.

Material i metoda

Material do badań stanowiło 356 osób, 299 kobiet i 57 mężczyzn, w wieku 13-72 lata (średnia wieku $32,8 \pm 12,5$), zakwalifikowanych do

leczenia z powodu stwierdzenia objawów zaburzeń pracy wnętrza ssz, związanych z przemieszczeniem krążka stawowego z zablokowaniem i bez zablokowania. Kryteria wykluczenia zawierały stwierdzenie choroby zwyrodnieniowej w obrębie ssz, niespecyficznych objawów klinicznych oraz uzależnienia od alkoholu i narkotyków.

Metody postępowania obejmowały zastosowanie badań klinicznych i badań dodatkowych, które umożliwiały stwierdzenie typu zaburzeń, wdrożenie leczenia i ocenę jego skuteczności. Badanie kliniczne składało się z klasycznego badania stomatologicznego i badania układu ruchowego narządu żucia. Badanie podmiotowe poprzedzone było ankietą, którą wypełniał pacjent. Ankieta zawierała pytania o powód zgłoszenia, aktualne dolegliwości w obrębie narządu żucia oraz obecne i przebyte choroby ogólne. Istotne były informacje dotyczące dotychczasowego leczenia i jego skuteczności. Pytania odnosiły się do przyczyn dolegliwości, okresów ich pojawiania się w ciągu doby, czynników je nasilających lub łagodzących, charakteru, umiejscowienia i promieniowania. Stopień nasilenia dolegliwości bólowych oceniano z zastosowaniem dziesięciostopniowej skali bólu, gdzie 0 oznaczało brak dolegliwości, natomiast 10 wskazywało na maksymalnie niewyobrażalny ból. Ukierunkowany wywiad wraz z ankietą stanowił całość badania podmiotowego.

Badanie przedmiotowe składało się z badania zewnątrz- i wewnątrzustnego narządu żucia. Oceniono obustronnie tkliwość palpacyjną mięśni żucia i ssz. Ocenie poddawano wolne ruchy żuchwy, ich zakres, tor oraz ewentualne występowanie dolegliwości bólowych lub objawów dźwiękowych w ssz. Określano stopień odwodzenia żuchwy, powodujący ustąpienie objawów dźwiękowych w ssz z wysunięciem lub bez wysunięcia żuchwy.

Klasyczne badanie stomatologiczne pozwoliło na określenie stanu uzębienia. Zwracano uwagę na jakość, ilość i rozmieszczenie zębów

oraz na ich wzajemne kontakty zwarciowe. Badano stan koron klinicznych zębów, określając ich kształt, obecność ubytków i wypełnień oraz objawy starcia. Występujące braki w uzębieniu opisywano według klasyfikacji Eichnera. Nieprawidłowości zgryzowe oceniano według trzystopniowej klasyfikacji Angle'a, opartej na wzajemnym stosunku pierwszych stałych zębów trzonowych szczęki i żuchwy w płaszczyźnie strzałkowej. Klasyfikację tę dopełniono systematyką wad, obejmującą zgryz otwarty, głęboki, krzyżowy i boczne przemieszczenie żuchwy.

Na podstawie badania klinicznego narządu żucia i przeglądowego zdjęcia pantomograficznego rozpoznawano rodzaje schorzeń skroniowo-żuchwowych, zgodnie ze stosowaną klasyfikacją schorzeń według typów kliniczno-etiologicalznych chorób ssz, obejmujących: ból mięśniowo-twarzowy (BMT), wewnętrzne zaburzenia (WZ), dysfunkcję bólową mięśniowo-powięziową (DBM) i chorobę zwyrodnieniową (ChZ) (12).

Stwierdzenie objawów zaburzeń wewnętrznych, związanych z przemieszczeniem krążka stawowego bez zablokowania (PKBZ) i z zablokowaniem (PKZZ) powodowało wdrożenie wstępnego postępowania leczniczego, które obejmowało zastosowanie procedur o działaniu przeciwbólowym, relaksacyjnym dla mięśni żucia i odciążającym dla ssz (13). Pacjent uzyskiwał informacje dotyczące charakteru schorzenia, zależności występowania niektórych objawów od zwiększonego napięcia mięśniowego wywołanego stresem i emocjami. Wskazywano na konieczność odpowiedniego spożywania i żucia pokarmów. W przypadku występowania dolegliwości bólowych zlecano przyjmowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (Diclofenac, Nimesil, Ketonal, Ibuprom) i przeciwobrzękowych (Aescin). Stosowano tymczasowe szyny zgryzowe wykonane *ex tempore* z silikonowych mas wyciskowych. W przypadkach stwierdzenia objawów

przemieszczenia krążka stawowego z zablokowaniem podejmowano próby manualnej repozycji. Dodatkowo, kierowano pacjentów na zabiegi fizjo- i fizykoterapii w postaci masażu i stosowania lasera biostymulacyjnego. Osobom z nadmiernym pobudzeniem psychoemocjonalnym lub stwierdzonym obniżeniem nastroju zalecano konsultacje u psychoterapeuty lub psychiatry.

W trakcie wizyt kontrolnych, po kilku tygodniach obserwacji, podejmowano decyzję o dalszym postępowaniu leczniczym. U osób bez poprawy rozszerzano diagnostykę o badania dodatkowe ssz (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny) oraz konsultacje lekarzy innych specjalności, w celu wdrożenia dodatkowych metod terapeutycznych (repozycyjnej szyny zgryzowej, fizjo- i fizykoterapii, psychoterapii, leczenia choroby podstawowej, artroskopii).

Na wizytach kontrolnych oceniano klinicznie u.r.n.ż. w aspekcie skuteczności zastosowanego leczenia (poprawa, brak poprawy). Po 6 miesiącach obserwacji dokonano klinicznej analizy stanu pacjenta w odniesieniu do typu dysfunkcji (PKBZ, PKZZ), wybranych czynników miejscowych (braki zębowe, wady zgryzu) oraz ogólnych (choroby ogólne, typ leczenia), które mają wpływ na układ kostno-stawowo-mięśniowy.

Analiza statystyczna

Do analizy występowania pewnych zdarzeń, na przykład wad zgryzu pod względem jakościowym stosowano Dokładny Test Fishera. Zmiany częstości zdarzeń w czasie trwania badania, np. subiektywnej oceny dolegliwości dokonanej przez pacjenta, oceny klinicznych objawów dysfunkcji, analizowano za pomocą testu McNemary.

Wszystkie obliczenia zostały wykonane w Systemie SAS (14). Wykorzystano procedury: *FREQ* (obliczenia częstości zdarzeń oraz test McNemary), *MEANS* (obliczenia wartości średnich, median i odchyłeń standardowych).

Wyniki

W badanej grupie 356 pacjentów stwierdzono u 235 (66,0%) osób PKBZ a u 121 (34,0%) osób PKZZ. Na podstawie ankiety i wywiadu wykazano przebyte i aktualne choroby ogólne u 59% badanych osób. Stwierdzono, że u 178 (50%) pacjentów występują schorzenia ogólne, takie jak zaburzenia hormonalne (hormony tarczycy (13/356; 3,6%), hormony płciowe (52/356; 14,6%), schorzenia w obrębie układu kostno-stawowego (12,1%), choroby tkanki łącznej (2,8%), alergię (9,8%), częste infekcje w obrębie górnych dróg oddechowych (3,1%) oraz nerwice i depresje (2,2%), które w sposób pośredni lub bezpośredni mogą mieć wpływ na tkanki stawów skroniowo-żuchwowych. W 8,7% przypadków pacjenci podawali występowanie chorób ogólnych, takich jak choroba wieńcowa serca, nadciśnienie tętnicze, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, zespół jelita drażliwego, w których stres odgrywał kluczową rolę przyczynową. Brak było różnicy istotnej statystycznie w występowaniu schorzeń ogólnych u osób z PKBZ a PKZZ ($p \leq 0,65$), czyli równie często pacjenci obu grup relacjonowali dodatkowe dolegliwości. Stwierdzono jednak, że istotnie częściej u pacjentów z PKZZ stwierdza się równoległe występowanie zaburzeń hormonalnych

w porównaniu z osobami z PKBZ ($p \leq 0,01$), (tab. I).

W badaniu przedmiotowym u 95% pacjentów stwierdzono występowanie czterech stref podparcia w naturalnym uzębieniu własnym (grupa A braków zębowych według klasyfikacji Eichnera). Nieprawidłowości zgryzowe odnotowano u 155 (44%) osób, w tym najczęściej diagnozowano wady zgryzu klasy II według klasyfikacji Angle'a (139/356, 25,3%) oraz boczne przemieszczenie żuchwy (36/356, 10,11%). Występowanie wad zgryzu w zależności od wieku i typu zaburzeń czynnościowych ssz przedstawia tabela II. U młodych osób, poniżej 30 roku życia, częściej występowało PKZZ w przypadkach prawidłowych warunków zwarciovych w porównaniu z osobami, u których stwierdzano wady zgryzu. Podczas, gdy u osób z wadą zgryzu częściej stwierdzano PKBZ ($p \leq 0,004$). U osób powyżej 30 r.ż., nie było różnicy w charakterystyce pacjentów z PKBZ lub PKZZ w aspekcie warunków zgryzowych ($p \leq 0,75$). Obniżenie wysokości zwarcia z powodu uogólnionego patologicznego starcia zębów stwierdzono u 16,3% pacjentów.

Poprawę po zastosowanym leczeniu zaburzeń czynności ssz stwierdzono u 302 (84%) pacjentów i nie wykazano różnicy w skuteczności leczenia w aspekcie braku lub

Tabela I. Występowanie chorób układu kostno-stawowego oraz zaburzeń hormonalnych u osób z wewnętrznymi zaburzeniami ssz (WZ)

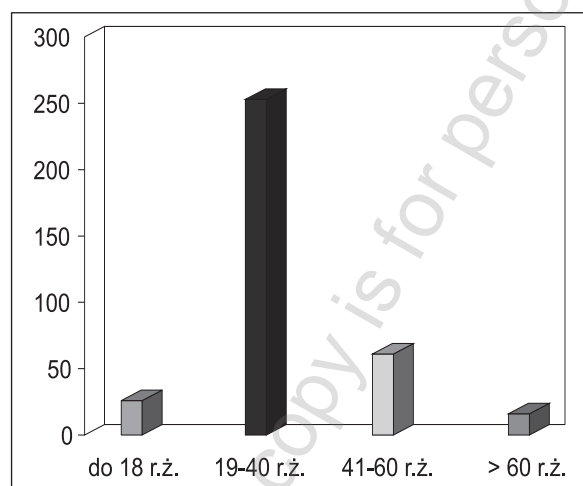
Wewnętrzne zaburzenia ssz (WZ)	Choroby układu kostno-stawowego		Zaburzenia hormonalne	
	Brak	Obecne	Brak	Obecne
PKBZ (n = 235)	205 (87,23)	30 (12,77)	201 (85,53)	34 (14,47)
PKZZ (n = 121)	108 (89,26)	13 (10,74)	90 (74,38)	31 (25,62)
Razem	313	43	291	65
	$p \leq 0,61$		$p \leq 0,01$	

Tabela II. Występowanie wad zgryzu u osób z wewnętrznymi zaburzeniami (WZ) w zależności od wieku

Wewnętrzne zaburzenia ssz (WZ)	Osoby ≤ 30 r.ż.		Osoby > 30 r.ż.	
	I kl. Angle'a	Wada zgryzu	I kl. Angle'a	Wada zgryzu
PKBZ (n = 235)	51 (45,13)	62 (54,87)	74 (60,66)	48 (39,34)
PKZZ (n = 121)	36 (69,23)	16 (30,77)	40 (57,97)	29 (42,03)
Razem	87	78	114	77
Test Fisher'a	p ≤ 0,004		p ≤ 0,75	

Tabela III. Wynik leczenia zachowawczego WZ ssz u kobiet w wieku 19-40 lat w zależności od występowania chorób układu kostno-stawowego (n=212)

Choroby układu kostno-stawowego	Poprawa po zastosowanym leczeniu	
	Brak	Poprawa
Brak	25 (13,09)	166 (86,91)
Obecne	8 (38,10)	13 (61,90)
Razem (n = 212)	33	179
	p ≤ 0,007	



Ryc. 1. Występowanie wewnętrznych zaburzeń w ssz w poszczególnych grupach wiekowych (n = 356 osób).

współwystępowania chorób ogólnych ($p \leq 0,88$). Jednakże, bardziej szczegółowa analiza wskazała istotną statystycznie różnicę w skuteczności leczenia u kobiet w wieku 19-40 lat ($n=212$) w zależności o współwystępowania schorzeń ogólnych (ryc. 1). Stwierdzono, że istotnie rzadziej uzyskiwano poprawę po zastosowanym leczeniu dysfunkcji narządu żucia w tej grupie kobiet, u których równolegle występowały schorzenia układu kostno-stawowego ($p \leq 0,007$) (tab. III).

Dyskusja

Leczenie schorzeń skroniowo-żuchwowych obejmuje stosowanie metod zachowawczych

jak i chirurgicznych (1, 7-11, 13, 15-17). Leczenie zachowawcze skierowane jest na walkę z bólem, na przeciwdziałanie czynnikom wywołującym zwiększone napięcie mięśniowe, takim jak stres, parafunkcje czy nieprawidłowości zwarciowe, jak również na uzyskanie prawidłowych relacji wewnątrzstawowych położenia głowy żuchwy i krążka stawowego (18-21). Zachowawcze metody obejmują: edukację pacjenta, fizykoterapię, farmakoterapię, psychoterapię, stosowanie aparatów odciążających – szyn zgryzowych i korektę okluzji. Ze względu na objawy kliniczne i charakter schorzeń skroniowo-żuchwowych, najczęściej stosowane są zachowawcze metody leczenia, które przynoszą znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych i dysfunkcji w obrębie narządu żucia. Zachowawcze postępowanie lecznicze jest nawet wskazane w stwierdzonych wewnętrznych zaburzeniach ssz, związanych z przemieszczeniem krążka stawowego z zablokowaniem (22). Przypadki samoistnego ustępowania objawów schorzeń skroniowo-żuchwowych oraz wpływ czynników psychoemocjonalnych na występowanie objawów klinicznych sugeruje celowość stosowania nieinwazyjnych, zachowawczych metod leczenia.

W badanej grupie pacjentów zaburzenia psychoemocjonalne występowały u 2,2% pacjentów. Analiza wpływu tego czynnika na skuteczność leczenia dysfunkcji ssz dała wynik ujemny. Podobnie występowanie alergii, częste infekcje górnych dróg oddechowych, czy współwystępowanie schorzeń o podłożu stresogennym (nadciśnienie tętnicze, wrzody żołądka i inne) nie stanowiły czynnika ryzyka braku osiągnięcia pozytywnych wyników leczenia.

Jednakże bardziej szczegółowa analiza wyodrębnionej najliczniejszej podgrupy pacjentów, którymi były kobiety w wieku 19-40 lat, wykazała wpływ współwystępowania uogólnionych schorzeń układu kostno-stawowego (dyskopatie w obrębie kręgosłupa, uogólnione zapalenia stawów, łuszczykowe zapalenie

stawów, dna moczanowa i inne) na zwiększenie ryzyka braku poprawy po zastosowanym leczeniu dysfunkcji w obrębie ssz.

Istotnie częściej w badanej grupie pacjentów stwierdzano występowanie zaburzeń hormonalnych, dotyczących hormonów tarczycy i hormonów płciowych u osób z bardziej zaawansowanym stanem zaburzeń czynnościowych w obrębie ssz związanych z przemieszczeniem krążka z zablokowaniem. Informacje dotyczące suplementacji hormonalnej pochodziły z wywiadu. Pacjenci przyjmujący hormony tarczycy relacjonowali stałą kontrolę w poradniach endokrynologicznych i okresowe badania ich poziomu. W przypadku przyjmowania egzogennych hormonów płciowych, bez względu na przyczynę (antykoncepcja, nieregularne miesiączki) pacjentki wskazywały na sporadyczne badania ich poziomu. Może to się wiązać z ustaleniem odmiennej od naturalnej i stałej równowagi hormonalnej w momencie rozpoczęcia przyjmowania płciowych hormonów egzogennych. Problem ten podjęto w innej pracy, gdzie stwierdzono wpływ przyjmowania hormonalnej antykoncepcji na wzrost ryzyka braku uzyskania jakiegokolwiek poprawy po zastosowanym leczeniu dysfunkcji ssz (23). Wyniki obecnych badań wskazują na konieczność podjęcia dalszych, szczegółowych analiz, dotyczących wpływu hormonów żeńskich na patomechanizm dysfunkcji w obrębie u.r.n.ż. Jest to niewątpliwie ważne, biorąc pod uwagę fakt istotnie częstszego występowania zaburzeń czynnościowych w obrębie u.r.n.ż. u kobiet (1, 7, 12) i dodatkowo różnej odpowiedzi na zastosowane leczenie. Dotychczasowe badania zmian natężenia dolegliwości bólowych związanych ze schorzeniami skroniowo-żuchwowymi zależnie od poziomu hormonów płciowych (24), wskazały na wzrost nasilenia dolegliwości przy niskich poziomach estrogenu w trakcie cyklu menstruacyjnego. Stwierdzono również częstsze zgłaszanie się kobiet stosujących hormonalną antykoncepcję do poradni

lekarskich z powodu objawów zaburzeń czynnościowych w obrębie u.r.n.ż. (25).

Szczegółowe poznanie patomechanizmu zmian w obrębie ssz, które powodują dolegliwości bólowe i zaburzenia czynnościowe jest podstawą planowania przyczynowego leczenia dysfunkcji. Równie istotne jest badanie wpływu różnych czynników, które mogą być sprawczymi, podtrzymującymi lub nasilającymi objawy schorzeń.

Wnioski

1. Schorzenia skroniowo-żuchwowe występują w różnych grupach wiekowych, głównie wśród kobiet. Rodzaj zaburzeń czynnościowych, czas ich trwania, współwystępowanie chorób ogólnych oraz typ warunków zgryzowych nie zwiększały ryzyka braku uzyskania założonych wyników leczenia w badanej grupie pacjentów.
2. Skuteczność zachowawczego leczenia dysfunkcji stawów skroniowo-żuchwowych u kobiet w wieku 19-40 lat może zależeć od współwystępowania ogólnych schorzeń w obrębie układu kostno-stawowego. Istotną wydaje się indywidualna modyfikacja postępowania leczniczego w tego typu przypadkach.

Piśmiennictwo

1. *Kleinrok M.*: Zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia. Sanmedia, Warszawa, 1992.
2. *Greene C.S.*: The etiology of temporomandibular disorders: implications for treatment. *J. Orofac. Pain*, 2001, 15, 2, 93-105.
3. *Dworkin S.F., Le Resche L.*: Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J. Craniomand. Dis. Facial & Oral Pain*. 1992, 6, 4, 301-355.
4. *Schiffman E., Ohrbach R., Truelove E.,*

Look J., et al.: Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *J. Oral Facial Pain Headache*, 2014, 28, 6-27.

5. *Stegenda B.*: Nomenclature and classification of temporomandibular joint disorders. *J. Oral Rehabil.*, 2010, 37, 760-765.
6. *Ash M., Ramfjord P., Smidse J.*: Terapia przy użyciu szyn okluzyjnych. Wyd. I pod red. T. Maślanka. Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 1999.
7. *Okeson J.P.*: Leczenie dysfunkcji narządu żucia I zaburzeń zżarcia. Wyd. Czelej, Lublin, 2005.
8. *Dupas P-H.*: Dysfunkcja czaszkowo-żuchwowa od diagnozy – po szynę zgryzową. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa, 2009.
9. *KoECKa B.* (pod red. T. Maślanka): Zaburzenia czynnościowe narządu żucia. Wyd. Urban & Partner, Wrocław, 1997.
10. *Fricton J.R., Dubner R.*: Advances in pain-research and therapy. Vol. 21. Orofacial pain and Temporomandibular Disorders, Raven press, New York, 1995.
11. *Donovan T.E., Anderson M., Becker W., Cagna D.R., Hilton T.J., Rouse J.*: Annual review of selected scientific literature: report of the Committee on Scientific Investigation of the American Academy of Restorative Dentistry. *J. Prosthet. Dent.*, 2011, 106, 224-265.
12. *Wanyura H., Stopa Z., Brudnicki A., Kostrzewa-Janicka J., Knorr R.*: Wstępna kliniczno – etiologiczna ocena osób leczonych w OASSŻ z powodu chorób stawu skroniowo-żuchwowego. *Czas. Stomat.*, 2001, LIV, 12, 790-799.
13. *Kostrzewa-Janicka J., Anulewicz A., Śmiga-Witas A., Prątnicki M., Mierzińska-Nastalska E.*: Wstępne postępowanie lecznicze w przypadkach występowania zaburzeń

- czynnościowych w obrębie układu ruchowego narządu żucia. *Protet. Stomatol.*, 2011, LXI, 2, 81-90.
14. SAS/STAT® 12.1, User's Guide: SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 2012.
 15. *Al-Ani Z., Gray R.J., Davies S.J., Sloan P., Path F.R.C., Glennly A-M*: Stabilization splint therapy for the treatment of Temporomandibular Myofascial Pain: A systematic review. *J. Dent. Educ.*, 2005, 69, 11, 1242-1250.
 16. *Kostrzewa-Janicka J., Mierzińska-Nastalska E., Wanyura H., Prątnicki M., Stopa Z., Brudnicki A.*: Doprzednie przemieszczenie krążka stawowego stawu skroniowo-żuchwowego – odległe wyniki leczenia. *Czas. Stomat.*, 2002, LV, 11, 763-772.
 17. *Al-Baghdadi M., Durham J., Steele J.*: Timing intervention in relation to temporomandibular joint closed lock duration: a systematic review of 'locking duration'. *J. Oral Rehabil.*, 2014, 41, 24-58.
 18. *Davies S.J., Gray R.J.M.*: The pattern of splint usage in the management of two common temporomandibular disorders. Part III: Long-term follow-up in an assessment of splint therapy in the management of disk displacement with reduction and pain dysfunction syndrome. *Br. Dent. J.*, 1997, 183, 279-283.
 19. *Okeson J.P.*: Long-term treatment of disk-interference disorders of the tempromandibular joint with anterior repositioning splints. *J. Prosthet. Dent.*, 1988, 60, 611-616.
 20. *Eberhard D., Bantleon H-P, Steger W.*: The efficacy of anterior repositioning splint therapy studied by magnetic resonance imaging. *Eur. J. Orthodont.*, 2002, 24, 343-352.
 21. *Hasegawa Y., Kakimoto N., Tomita S., Honda K., Tanaka Y., et al.*: Movement of the mandibular condyle and articular disc on placement of an occlusal splint. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 2011, 112, 640-647.
 22. *Murakami K-I, Kaneshita S., Kanoh C., Yamamura I.*: Ten-year outcome of nonsurgical treatment for the internal derangement of the temporomandibular joint with closed lock. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, 2002, 94, 572-575.
 23. *Kostrzewa-Janicka J., Pietrzak B., Jurkowski P., Wielgoś M., Bińkowska M., Mierzińska-Nastalska E.*: Effects of oral contraceptives on the treatment for internal derangements in temporomandibular joint in women. *Neuroendocrinol Lett.*, 2013, 34, 6, 101-107.
 24. *LeResche L., Saunders K., Von Korff M.R., Barlow W., Dworkin S.F.*: Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorders pain. *Pain* 1997a, 69, 153-160.
 25. *LeResche L., Saunders K., Von Korff M.R., Barlow W., Dworkin S.F.*: Use of exogenous hormones and risk of temporomandibular disorders pain. *Pain* 1997b, 69, 153-160.

Zaakceptowano do druku: 9.06.2015 r.

Adres autorów: 02-006 Warszawa,

ul. Nowogrodzka 59, paw. XIa

© Zarząd Główny PTS 2015.