

Zalecenia dla pacjentów leczonych z powodu zaburzeń skroniowo-żuchwowych

Recommendations for patients treated for temporomandibular disorders

Małgorzata Pihut, Magdalena Orczykowska

Katedra Protetyki Stomatologicznej i Ortodoncji, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Department of Prosthodontics and Orthodontics, Dental Institute Faculty of Medicine, Jagiellonian University, Medical College

Kierownik: prof. dr hab. n. med. *Małgorzata Pihut*

HASŁA INDEKSOWE:

zaburzenia skroniowo-żuchwowe, zaburzenia czynnościowe narządu żucia, mięśniowe ćwiczenia relaksacyjne, zabiegi fizjoterapeutyczne

KEY WORDS:

temporomandibular disorders, functional disorders of the masticatory system, muscle relaxation exercises, physiotherapeutic procedures

Streszczenie

W artykule przedstawiono istotne, ogólne zalecenia, które powinien lekarz przekazać i omówić z pacjentem rozpoczynającym leczenie z powodu występowania zaburzeń skroniowo-żuchwowych, w zależności od wskazań. Zaangażowanie leczonych osób i współudział w terapii jest bardzo istotnym i pomocnym czynnikiem. Regularne i codzienne wykonywanie na przykład ćwiczeń relaksacyjnych mięśni żucia, gorących okładów oraz zastosowanie specjalistycznych zabiegów fizjoterapeutycznych jest niezbędnym elementem konkretnej terapii. Zalecenia zawierają informacje dotyczące postępowania, które powinno być systematycznie przestrzegane przez pacjentów. Takie postępowanie jest kluczowym elementem wielokierunkowego działania terapeutycznego, a samodzielna praca pacjenta jest również pomocna w uświadomieniu działania szkodliwych czynników etiologicznych opisywanego schorzenia, występującego w układzie stomatognatycznym. Zalecenia wydane na piśmie są wygodnym, rozwiązaniem, gdyż pacjent może w dowolnym momencie powrócić do tekstu i przypomnieć sobie szczegóły zaleceń. Ogólne zasady powinny być

Summary

The article presents important recommendations that should be given to patients starting treatment due to temporomandibular disorders. Involvement of individuals receiving treatment and their participation in therapy is a very important and helpful factor. Regular and daily relaxation exercises for the masticatory muscles, hot compresses and the use of specialized physiotherapy treatments are an essential element of the therapy. The recommendations provide information on the procedure that should be adhered to on a regular basis. Such a procedure is a key element of multidirectional therapeutic action, and the patient's individual work is also helpful in raising awareness of the etiological factors of the ailment occurring in the stomatognathic system. Written instructions are a convenient solution as the patient can return to them at any time and recall their specifics. General principles should be individually modified and supplemented depending on the character of temporomandibular disorders. An important element of the doctor-patient co-operation is explaining the validity of complying

indywidualnie modyfikowane i uzupełniane przez lekarza w zależności od postaci, jaką się stwierdza u danego pacjenta w przypadku zaburzeń skroniowo-żuchwowych. Istotnym elementem współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem jest wytłumaczenie zasadności przestrzegania powyższych zaleceń w procesie leczenia dysfunkcji narządu żucia.

with these recommendations in the treatment of masticatory organ dysfunction.

Wprowadzenie

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe (ZSŻ) obejmują nieprawidłowe funkcjonowanie mięśni żucia, stawów skroniowo-żuchwowych oraz okolicznych struktur w narządzie żucia. Najczęściej objawy związane są z występowaniem bólu mięśni, lub/i stawów, ograniczeniem zakresu ruchów żuchwy, czy występowaniem objawów akustycznych w obrębie stawów, takich jak trzaski, czy też trzeszczenia. Ból mięśni jest najczęstszą przyczyną zgłaszania się pacjentów do leczenia specjalistycznego. Dysfunkcje często występują w drugiej i trzeciej dekadzie życia, w przewadze u kobiet, a obecnie prowadzone badania wskazują na występowanie przynajmniej jednego objawu ZSŻ u około 33% populacji. Świadczy to o wzrastającej liczbie pacjentów z ZSŻ.¹⁻⁵

Leczenie ZSŻ to trudne zadanie dla lekarzy, ze względu na wieloczynnikową etiologię tego schorzenia oraz opóźniony czas zgłaszania się pacjentów do leczenia. Podstawowym celem terapii jest likwidacja lub zmniejszenie natężenia bólu mięśni i stawów skroniowo-żuchwowych oraz zmniejszenie wysokich napięć mięśniowych, często będących skutkiem parafunkcji okluzyjnych, czyli szkodliwych nawyków zwarciovych, a tym samym przyczyną znaczących przeciążeń w układzie mięśniowo-stawowym. Ogólne zasady tej terapii obejmują zastosowanie aparatów leczniczych, nazywanych szynami okluzyjnymi, wykonanych

z tworzywa akrylowego, materiałów termoplastycznych lub mas wyciskowych (szyny tymczasowe do wykorzystania maksymalnie przez 30 dni). Spośród aparatów, stosowanych w leczeniu zasadniczym ZSŻ rozróżnia się szyny działające objawowo – szyny relaksacyjne (stabilizacyjne) oraz szyny działające przyczynowo – szyny repozycyjne, stosowane w przypadkach występowania przemieszczeń krążków stawowych, kiedy to test protruzyjny jest dodatni. Ponadto stosowane są wspomagające zabiegi fizjoterapeutyczne, leki – przeciwbólowe oraz suplementy wpływające korzystnie na kondycję struktur miękkotkankowych stawów (glukozamina z chondroityną) i relaksacyjne (domięśniowe iniekcje toksyny botulinowej typu A), jak również dostawowe iniekcje kwasu hialuronowego czy osocza bogatopłytkowego.^{3,6-8}

Bardzo istotna jest własna praca pacjenta (ang. the self-management): relaksacyjne ćwiczenia mięśniowe, wykonywane w domu w sposób regularny i systematyczny, gorące okłady mięśni bocznej części twarzy (mięśnie żwacze i przednia część mięśni skroniowych) oraz walka z patologicznymi nawykami okluzyjnymi, co można uzyskać poprzez samokontrolę pozycji żuchwy (wskazane zachowanie niewielkiej przestrzeni pomiędzy łukami żębowymi). Równie istotna jest tzw. higiena snu, polegająca na odpowiedniej pozycji ciała we śnie, szczególnie głowy, brak intensywnej pracy umysłowej i fizycznej, utrzymywanie

spokojnego nastroju w godzinach wieczornych oraz unikanie używek pobudzających stan psychonerwowy na przykład kawy lub napojów energetycznych – tak popularnych wśród młodego społeczeństwa. Co istotne, że pojedyncze działania lecznicze – na przykład użytkowanie tylko szyny okluzyjnej bez pozostałych interwencji nie przyniosą długotrwałego, zadawalającego efektu terapeutycznego, a często pacjent uznaje zastosowanie szyny, jako panaceum na wszystkie swoje dolegliwości i nie stosuje się do pozostałych zaleceń.^{3,9-15}

Należy podkreślić, że ogólne zasady opisane poniżej muszą być indywidualnie modyfikowane i uzupełniane w zależności od głównej postaci zaburzeń skroniowo-żuchwowych (postacie mięśniowe – grupa I a i b lub postacie stawowe – grupy II i III według procedur diagnostycznych RDC/TMD), występujących wiodących objawów tego schorzenia i czasu jego trwania. Istotnym elementem tej współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem jest dokładne wytłumaczenie zasadności przestrzegania opisywanych zaleceń w procesie leczenia dysfunkcji narządu żucia.

Poniżej zamieszczono instrukcję, stanowiącą propozycję ogólnych zaleceń wydawanych dla pacjentów, leczonych z powodu zaburzeń skroniowo-żuchwowych, która winna być indywidualizowana przez lekarza i uzupełniona dla konkretnych przypadków ZSŻ. Zalecenia powinny być zapisane językiem zrozumiałym dla pacjenta, a wskazane ćwiczenia początkowo przeprowadzone pod nadzorem lekarza, z podkreśleniem, że źle wykonywane ćwiczenia mogą skutkować niekorzystnym efektem.

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe – ogólne zalecenia dla pacjenta

Zaburzenia skroniowo-żuchwowe to złożona jednostka chorobowa, obejmująca nieprawidłowe funkcjonowanie mięśni odpowiedzialnych za ruchy żuchwy i stawów skroniowo-żuchwowych, które są zlokalizowane

bezpośrednio przed uszami. Często występują one w powiązaniu z nieprawidłowymi kontaktami zgryzowymi zębów przeciwstawnych.

Jedną z głównych przyczyn tego schorzenia jest nadmierne i przedłużające się w czasie zaciskanie zębów, zgrzytanie lub stukanie nimi, co powoduje niekorzystne przeciążenia w obrębie stawów (uszkodzenia powierzchni stawowych i elementów tkanek miękkich – krążek stawowy i więzadła stawu), jak również przemęczenie mięśni nadmierną pracą skurczową – co skutkuje ich bólem o dużym natężeniu. Te patologiczne nawyki ruchowe są powiązane z wrażliwością psychoemocjonalną pacjentów oraz przewlekłym, nadmiernym stresem, znacznie przekraczającym możliwości adaptacyjne chorych. Oprócz bólu mięśni lub stawów skroniowo-żuchwowych częstym objawem są trzaski, występujące w obrębie stawów, pojawiające się podczas wykonywania ruchów żuchwy.

Podstawową metodą leczenia zaburzeń skroniowo-żuchwowych jest zastosowanie aparatów tzw. szyn okluzyjnych, obejmujących najczęściej jeden cały łuk zębowy. Dobowy czas użytkowania szyn jest bardzo istotny dla skuteczności leczenia i w pierwszych miesiącach ich stosowania jest on ustalany indywidualnie, w zależności od nasilenia objawów, ale przeciętnie powinien obejmować okres spoczynku nocnego i jak najwięcej czasu w ciągu dnia. W kolejnych miesiącach czas ten jest systematycznie skracany. Szyny spełniają kilka bardzo ważnych funkcji w leczeniu ZSŻ: mają za zadanie: złagodzić dolegliwości bólowe – jeżeli występują, odciążać struktury stawów, obniżyć nadmiernie wysokie napięcie mięśni żucia i przywracać symetrię ich działania, stworzyć warunki do gojenia struktur miękkotkankowych w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych, przywracać prawidłowe położenie krążków stawowych w obrębie stawów oraz ochraniać zęby przed ich uszkodzeniem podczas szkodliwych nawyków zaciskania (najczęściej) lub

zgrzytania zębami. Obecność szyny okluzyjnej w jamie ustnej również utrudnia wykonywanie szkodliwych dla narządu żucia nawyków na przykład obgryzanie paznokci i ma za zadanie ochronę struktur narządu żucia przed działaniem sił zgryzowych podczas zgrzytania. Aparatów tych nie użytkuje się podczas jedzenia oraz picia gorących napojów. Nie należy również nagryzać na szynę. Pomiedzy zębami obu łuków lub zębami i szyną okluzyjną powinna występować w ciągu dnia przestrzeń ok. 2-3 mm.

Należy zwrócić uwagę na tzw. higienę snu tj. nie pić kawy lub innych płynów pobudzających w godzinach wieczornych, nie wykonywać ćwiczeń fizycznych i ciężkiej pracy umysłowej (nie pracować intensywnie na komputerze przed snem), nie myśleć o trudnych sprawach i kłopotach, starać się kłaść spać o tej samej porze. Dodatkowo pacjent jest zobowiązany systematycznie wykonywać ćwiczenia zalecone przez lekarza, mające na celu relaksację mięśni żucia i odciążenie stawów. Codziennie należy powoli otwierać usta do maksymalnego zakresu, a następnie utrzymywać opuszczoną żuchwę przez 50-60 sekund. Wymagane jest 12-15 powtórzeń tego ćwiczenia w ciągu dnia, po parę ćwiczeń w jednej serii. Ćwiczenie należy poprzedzić wysunięciem żuchwy, tak aby zęby górne i dolne znalazły się w jednej płaszczyźnie (brzeg do brzegu). Unosząc żuchwę w takich przypadkach należy powrócić do pozycji wyjściowej dla tego ćwiczenia, czyli ustawienia żuchwy zębami brzeg do brzegu. Ponadto należy skorzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych, które powinny być równocześnie wykonywane, najlepiej w serii tj. 10-12 zabiegów. Należą do nich: biostymulacja laserotowa, terapia manualna, sonoforeza, poizometryczna relaksacja mięśniowa, tens. Pacjent powinien również codziennie ogrzewać nadmiernie napięte mięśnie z użyciem termoforu lub poduszki elektrycznej (około 15 minut jedna strona twarzy), najlepiej w godzinach wieczornych.

Aparat (szynę) należy czyścić mechanicznie, najlepiej trzy razy w ciągu dnia, stosując szczoteczkę i pastę do zębów, a raz w tygodniu szyna powinna być zanurzona w roztworze preparatu Corega Tabs przez 15 minut, tak aby była całkowicie przykryta płynem. Tabletkę należy rozpuścić w letniej wodzie. Aparat powinien być przechowywany w specjalnych pojemnikach, jeżeli znajduje się poza jamą ustną. Na każdą wizytę lekarską należy zgłosić się z szyną, która powinna być systematycznie korygowana.

W leczeniu farmakologicznym zalecane jest zażywanie ziołowych leków uspakajających (np. Valerin max lub Positivum) oraz preparatów glukozaminy z chondroityną, dostępnych bez recepty (na przykład preparat o nazwie „Na stawy forte” firmy Doppel Herz lub Glucosamin+MSM+ Chondroitn firmy OstroVit: 2 x dziennie, przez okres kilku miesięcy).

Prawidłowe leczenie wymaga znacznego zaangażowania ze strony pacjenta i systematycznego wykonywania wskazanych przez lekarza zaleceń równocześnie oraz ograniczenia spożycia kofeiny do jednej filiżanki dziennie. Średni czas leczenia z zastosowaniem szyny okluzyjnej to 10-12 miesięcy. Podczas okresu adaptacji do szyny (pierwsze 3-4 dni użytkowania aparatu) pacjent może odczuwać pewne trudności i dyskomfort czy nadmierny nacisk na zęby własne oraz może wystąpić zwiększone wydzielanie śliny, przemijające po kilku dniach. W czasie terapii wskazane jest stosowanie miękkiej diety i kontroli pozycji żuchwy (zęby obu łuków zębowych w nieznacznym odaleniu od siebie).

Podsumowanie

Ogólne zasady powinny być indywidualnie modyfikowane i uzupełniane przez lekarza w zależności od postaci, jaką się stwierdza u danego pacjenta w przypadku zaburzeń skroniowo-żuchwowych. Istotnym elementem

współpracy pomiędzy lekarzem a pacjentem jest wy tłumaczenie zasadności przestrzegania powyższych zaleceń w procesie leczenia dysfunkcji narządu żucia.

Piśmiennictwo

1. List T, Axelsson S: Management of TMD: evidence from systematic reviews and meta-analyses. *J Oral Rehabil* 2010; 37(6): 430-451.
2. Gil-Martínez A, Paris-Alemany A, López-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R: Management of pain in patients with temporomandibular disorder (TMD): challenges and solutions. *J Pain Res* 2018, 11: 571.
3. Wright EF, Klasser GD: Manual of temporomandibular disorders. John Wiley&Sons, 2019.
4. Durham J, Al-Baghdadi M, Baad-Hansen L, Breckons M, Goulet JP, Lobbezoo F, Ohrbach R: Self-management programmes in temporomandibular disorders: results from an international Delphi process. *J Oral Rehabil* 2016; 43(12): 929-936.
5. Shaffer SM, Brismée JM, Sizer PS, Courtney CA: Temporomandibular disorders. Part 2: conservative management. *J Manual Manipulative Therapy* 2014; 22(1): 13-23.
6. Kato MT, Kogawa EM, Santos CN, Conti PC R: TENS and low-level laser therapy in the management of temporomandibular disorders. *J App Oral Sci* 2006; 14: 130-135.
7. Pihut M, Ferendiuk E, Szewczyk M, Kasprzyk K, Wieckiewicz M: The efficiency of botulinum toxin type A for the treatment of masseter muscle pain in patients with temporomandibular joint dysfunction and tension-type headache. *J Head Pain* 2016; 17(1): 1-6.
8. Pihut M, Ferendiuk E, Szewczyk M, Kasprzyk K, Wieckiewicz M: The efficiency of botulinum toxin type A for the treatment of masseter muscle pain in patients with temporomandibular joint dysfunction and tension-type headache. *Journal Head Pain* 2016; 17(1): 1-6.
9. Pihut M, Szuta M, Ferendiuk E, Zeńczak-Więckiewicz D: Evaluation of pain regression in patients with temporomandibular dysfunction treated by intra-articular platelet-rich plasma injections: a preliminary report. *BioMed Res Inter* 2014.
10. Alqutaibi AY, Aboalrejal AN: Types of occlusal splint in management of temporomandibular disorders (TMD). *J Arth* 2015; 4(4): 1-4.
11. Celakil T, Muric A, Gökçen Roehlig B, Evlioglu G: Management of pain in TMD patients: Bio-oxidative ozone therapy versus occlusal splints. *CRANIO®* 2019; 37(2): 85-93.
12. Conti PCR, De Alencar EN, da Mota Correa A S, Lauris JRP, Porporatti AL, Costa YM: Behavioural changes and occlusal splints are effective in the management of masticatory myofascial pain: a short-term evaluation. *J Oral Rehabil* 2012; 39(10): 754-760.
13. Nagata K, Maruyama H, Mizuhashi R, Morita S, Hori S, Yokoe T, Sugawara Y: Efficacy of stabilisation splint therapy combined with non-splint multimodal therapy for treating RDC/TMD axis I patients: a randomised controlled trial. *J Oral Rehabil* 2015; 42(12): 890-899.
14. De Freitas RFCP, Ferreira MAF, Barbosa GAS, Calderon PS: Counselling and self-management therapies for temporomandibular disorders: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2013; 40(11): 864-874.
15. Wright EF, North SL: Management and treatment of temporomandibular disorders: a clinical perspective. *J Manual Manipulative Therapy* 2009; 17(4): 247-254.

Zaakceptowano do druku: 24.11.2022 r.

Adres autorów: 31-155 Kraków, ul. Montelupich 4.

© Zarząd Główny PTS 2022.