Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Специальность: Стоматология хирургическая и ЧЛХ

Реферат

Проверил: д.м.н. ,профессор Шевченко Д.П.

Выполнил: клин. Ординатор Пыкин Е.Е.

Артриты и Артрозы ВНЧС :

Артрит ВНЧС – острое или хроническое воспаление структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава, сопровождающееся нарушением его функции. В общей структуре заболеваний ВНЧС артриты составляют 6-18 % и статистически чаще встречаются у лиц молодого и среднего возраста. С учетом этиологии и течения артрита ВНЧС, его лечение может входить в сферу компетентности стоматологии, травматологии, ревматологии.

ВНЧС является парным сочленением, образованным височной и нижнечелюстной костями и обеспечивающим движение нижней челюсти. Основные элементы височно-нижнечелюстного сустава включают суставную головку нижней челюсти, нижнечелюстную ямку височной кости, суставной диск, суставной бугорок, суставную капсулу и связочный аппарат. В начальной стадии воспаление захватывает капсулу сустава и периартикулярные ткани. В дальнейшем воспалительный процесс распространяется на синовиальную оболочку, суставные поверхности и участки костной ткани, сопровождаясь разволокнением и расплавлением хряща, формированием соединительной ткани в полости сустава. Исходом артрита височно-нижнечелюстного сустава могут являться мышечные контрактуры, деформирующий артроз, фиброзный или костный анкилоз ВНЧС.

Классификация артрита ВНЧС

С учетом причин, лежащих в основе воспалительного процесса, различают инфекционные и неинфекционные артриты ВНЧС. В свою очередь, инфекционные артриты ВНЧС делятся на неспецифические и специфические (туберкулезный, сифилитический, гонорейный, актиномикотический и др.). Артриты ВНЧС неинфекционного генеза могут быть травматическими, ревматоидными, реактивными по происхождению.

Артрит ВНЧС может иметь острый или хронический характер течения; при этом острая стадия может сопровождаться серозным или гнойным воспалением.

Причины артрита ВНЧС

При инфекционных артритах попадание возбудителей в полость ВНЧС может происходить гематогенным, контактным или прямым путем. Гематогенный занос инфекции в ткани сустава возможен при скарлатине, кори, ангине, дифтерии, тифе, сальмонеллезе, бруцеллезе, гонорее, туберкулезе, сифилисе, актиномикозе и др.

Контактное инфицирование ВНЧС может наблюдаться при гнойном паротите, среднем отите, мастоидите, остеомиелите нижней челюсти или височной кости, фурункуле наружного слухового прохода, абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной области. Прямое попадание инфекции чаще всего связано с пункцией ВНЧС, переломом нижней челюсти, огнестрельным ранением и пр.

Реактивные артриты ВНЧС являются асептическими по своей сути (возбудители заболевания в пораженном суставе отсутствуют), но имеющими прямую патогенетическую связь с перенесенной инфекцией. Реактивный артрит ВНЧС может развиться на фоне хламидиоза, уреаплазмоза, краснухи, вирусного гепатита, энтерита, менингококковой инфекции и др.

При ревматоидном артрите поражение ВНЧС происходит одновременно с другими суставами (коленными, тазобедренными, плечевыми, мелкими суставами кистей и стоп и др.) или вскоре после них. Острый травматический артрит ВНЧС может быть связан с механическим повреждением сустава при ушибе, ударе в челюсть, чрезмерном открывании рта; часто сочетается с гемартрозом. При инфекционном и травматическом поражении, как правило, воспаление ВНЧС носит односторонний характер; при ревматизме – двусторонний.

Симптомы артрита ВНЧС

Ведущим симптомом в клинике острого артрита ВНЧС выступает резкая боль в области сустава, которая усиливается при попытке открыть рот или выполнить движение челюстью. Как правило, боль носит локальный, пульсирующий характер, однако нередко может иррадиировать в язык, ухо, затылок, висок. При артрите ВНЧС больной может приоткрыть рот не более чем на 5-10 мм; при попытках открыть рот происходит смещение нижней челюсти в больную сторону. В проекции пораженного височно-нижнечелюстного сустава определяется гиперемия кожных покровов, отек мягких тканей, болезненность при пальпации. При скоплении в полости сустава серозного экссудата больные жалуются на ощущение распирания в челюсти, невозможность плотно сомкнуть зубы.

Гнойный артрит ВНЧС протекает с явлениями лихорадки, образованием в области сустава плотного инфильтрата, гиперестезией и гиперемией кожи. Больные предъявляют жалобы на острую локальную болезненность, снижение слуха, приступы головокружения. При осмотре выявляется сужение наружного слухового прохода. Возможно формирование абсцессов, вскрывающихся в околоушную область или наружный слуховой проход.

При хроническом артрите ВНЧС болевые ощущения проявляются в меньшей степени; ведущими жалобами выступают тугоподвижность сустава различной степени выраженности, ощущение скованности в суставе, глоссалгия, шум в ушах. Амплитуда открывания рта составляет 2-2,5 см; при движениях челюсти отмечается хруст и щелканье в суставе. Деформация суставной головки и кортикальной пластинки впадины при хроническом воспалении могут приводить к подвывиху и вывиху нижней челюсти.

Ревматический артрит ВНЧС протекает с множественными артралгиями, явлениями полиартрита, лихорадкой; при этом у больных могут обнаруживаться приобретенные пороки сердца. При лабораторном обследовании выявляется положительные ревматические пробы (СРБ, сиаловая, дифениламиновая и др.)

При травматическом артрите ВНЧС момент травмы сопровождается резкой болью в суставе с последующим тризмом и ограничением пассивных и активных движений нижней челюсти. Нередко при травматических повреждениях возникает разрыв связочного аппарата, кровоизлияние в сустав, что в дальнейшем приводит к анкилозированию височно-нижнечелюстного сочленения.

Артриты ВНЧС специфической этиологии имеют хроническое течение. Так, при туберкулезном артрите ВНЧС нередко развиваются свищевые ходы, присоединяется вторичная бактериальная инфекция. Диагностике способствует наличие контакта с туберкулезным больным в анамнезе, положительные туберкулиновые пробы, характерные изменения в легких.

Течение гонорейного артрита ВНЧС – острое, с болями и инфильтрацией в области сустава, субфебрилитетом, интоксикацией. Для сифилитического артрита ВНЧС характерно образование гуммы в околосуставных тканях, формирование контрактуры нижней челюсти. При актиномикотическом артрите ВНЧС периодические обострения хронического процесса также приводят к развитию выраженных контрактур жевательных мышц.

Диагностика артрита ВНЧС

С учетом ведущего этиологического фактора к диагностике артрита ВНЧС могут привлекаться стоматологи, травматологи, ревматологи, отоларингологи, фтизиатры, дерматовенерологи, инфекционисты.

Основным методом верификации диагноза является рентгенография или компьютерная томография ВНЧС. Определяющим рентгенологическим признаком острого артрита ВНЧС служит расширение суставной щели; хронического артрита - сужение суставной щели, появление краевых узуров суставной головки и суставного бугорка.

Острый артрит ВНЧС требует дифференциации с невралгией тройничного нерва, острым отитом, перикоронаритом, прочими заболеваниями, протекающими с артропатиями (подагрой, дерматомиозитом, болезнью Бехчета, болезнью Бехтерева и др.).

В определении этиологии специфических артритов ВНЧС решающая роль принадлежит методам ПЦР и ИФА-диагностики.

Лечение артрита ВНЧС

Лечение любых видов артритов ВНЧС начинается с иммобилизации челюсти и обеспечения покоя пораженному суставу в течение 2-3-х дней. Это достигается путем наложения пращевидной повязки на нижнюю челюсть или шины и межзубной пластинки для разобщения прикуса, назначения полужидкой диеты.

При травматических артритах ВНЧС в первые 2-3 дня показана постановка холодных компрессов, прием анальгетиков; в дальнейшем – физиотерапевтическое лечение (УВЧ, электрофорез, грязелечение, диадинамические токи), проводится миогимнастика и массаж жевательных мышц.

Терапия острых артритов ВНЧС осуществляется с помощью назначение НПВС, антибиотиков, внутрисуставных инъекций кортикостероидов, хондропротекторов, физиотерапии (лазеротерапии, магнитотерапии, ультрафонофореза, грязелечения, парафинотерапии, озокеритотерапии), иглорефлексотерапии. При гнойном артрите ВНЧС производится экстренное вскрытие и дренирование полости сустава через наружный разрез.

При хронических артритах ВНЧС важно проведение курсов массажа, лечебной физкультуры, физиотерапии, санации носоглотки и полости рта, рационального протезирования зубов.

Лечение специфических и ревматических артритов ВНЧС проводится соответствующими специалистами с учетом основного заболевания.

Прогноз и профилактика артрита ВНЧС

Артрит ВНЧС является серьезным заболеванием, требующим немедленного обращения к врачу. Исход острых инфекционных и травматических артритов обычно благоприятный; хроническое воспаление ВНЧС часто заканчивается формированием костного анкилоза, требующего сложного хирургического лечения.

Предупреждение артрита ВНЧС предполагает своевременную санацию хронических гнойных очагов и лечение острых инфекционных заболеваний, недопущение травмирования сустава, профилактику и ликвидацию специфических инфекций.

Артроз ВНЧС могут вызвать причины общего и местного характера. К общим следует отнести обменные, нейродистрофические, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания; к местным относятся: длительно текущий воспалительный процесс в суставе; чрезмерная нагрузка на суставную поверхность головки нижней челюсти, которая может быть связана с нервно-мышечным расстройством челюстно-лицевой области, например, с бруксизмом; с отсутствием зубов, особенно боковых, деформацией окклюзионнои поверхности зубного ряда и патологической стираемостью. Указанные факторы могут сочетаться между собой. Так, бруксизм, проявляющийся скрежетанием зубами во время сна, сочетается с патологической стираемостью, которая, снижая межальвеолярную высоту и деформируя окклюзионную поверхность зубного ряда создает неблагоприятные условия для функционирования сустава.

Дистрофические процессы в суставе могут развиться в результате влияния общих и местных факторов - нарушения как клеточных, так и внеклеточных механизмов, обеспечивающих трофику.

Общий механизм развития артроза ВНЧС состоит в том, что постепенно хрящ, покрывающий суставную поверхность головки мыщелкового отростка, подвергается дистрофии, местами исчезает; дистрофические процессы могут привести к перфорации диска. В кости отмечаются явления перестройки, иногда с избытком костеобразования; головка деформируется - становится крючковидной или булавовидной. Регенерация хряща бывает слабовыраженной.

Особо следует подчеркнуть значение окклюзионно-артикуляционных факторов в развитии патологии сустава. Патогенетическая роль их сводится к ускорению или усугублению дистрофических изменений в суставе, возникших в результате причин общего или местного характера. Описанный механизм может иметь место как в условиях нормального прикуса, так и при его патологии. В последнем случае уменьшение межальвеолярной высоты, деформация окклюзионной поверхности зубного ряда, изменение характера движений нижней челюсти приводят к нарушению закономерностей распределения нагрузок на элементы сустава. В суставе развиваются компенсаторно-приспособительные процессы. В фазе становления включаются все структурные резервы и изменения обмена в клетках и тканях сустава. В следующей фазе возникает перестройка структуры и обмена в клетках и тканях сустава, обеспечивающая функционирование его в условиях измененной нагрузки.

Со временем компенсаторно-приспособительные возможности сустава истощаются, развивается патология: происходит изменение структуры в элементах сустава в результате его перегрузки, возникают дистрофические процессы, истончение диска, деформация головки нижней челюсти, асинхронные движения нижней челюсти.

Симптомы Артроза височно-нижнечелюстного сустава:

Жалобы больных могут быть различными. Одни отмечают постоянную ноющую, тупую боль, усиливающуюся при нагрузке на сустав; другие предъявляют жалобы лишь на появление патологических шумов, хруст, крепитацию, щелканье. Некоторые больные жалуются на тугоподвижность сустава, особенно по утрам, отмечают ограничение открывания рта, смещение нижней челюсти в сторону. Могут быть жалобы на разжевывание пищи лишь на одной стороне, так как жевание на противоположной стороне вызывает боли и неудобства. Заболевание начинается постепенно, в анамнезе могут быть: перенесенные воспалительные процессы в суставе, травмы, длительное отсутствие зубов, патологическая стираемость зубов, длительное пользование зубными протезами с неправильно восстановленной окклюзионнои поверхностью зубных рядов, межальвеолярной высотой. Отдельные больные возникновение заболевания сустава связывают с перенесенным гриппом и его осложнениями, с ревматизмом. При осмотре выявляются признаки, отмеченные больными, и симптомы, не нашедшие отражения при опросе. Следует помнить, что не все признаки нозологии встречаются одновременно у каждого больного.

В результате осмотра лица могут быть выявлены: уменьшение высоты его нижнего отдела, на что указывают выраженные носогубные складки, западение губ, мацерация в углах рта; асимметрия лица вследствие смещения нижней челюсти в сторону пораженного сустава. Пальпаторно и при аускультации выявляются хруст, крепитация в суставе. Пальпация латеральной крыловидной мышцы обычно безболезненна.

Клиническая оценка движений нижней челюсти позволяет установить ограниченное открывание рта, которое определяется расстоянием между центральными резцами. В отдельных случаях оно может быть не более 0,5 см.

Характерным нарушением движения нижней челюсти при артрозе является смещение ее в сторону при открывании рта, что выявляется при наблюдении за перемещением резцовой точки при открывании и закрывании рта. Здесь могут быть различные варианты: нижняя резцовая точка при открывании рта образует кривую, но в конце устанавливается в одной линии с верхней резцовой точкой; нижняя резцовая точка при открывании рта перемещается без отклонений, лишь в конце открывания рта смещается в сторону.

Необходимую информацию врач получает при осмотре зубов, зубных рядов и оценке окклюзионных контактов. У больных с артрозом ВНЧС могут быть выявлены: отсутствие

зубов, патологическая стираемость зубов, недоброкачественные зубные протезы, повышенная или пониженная межальвеолярная высота, деформированные окклюзионные поверхности отдельных зубов и зубных рядов, создающие преждевременные окклюзионные контакты, препятствия или неправильные направления движению нижней челюсти.

Детальное визуальное обследование окклюзии проводится на моделях челюстей, установленных в артикулятор.

Дополнительные сведения для диагностики артроза ВНЧС получают при проведении лабораторно-инструментальных методов исследования: рентгенографии, записи движений нижней челюсти, электромиографии.

Характерные для артроза изменения обнаруживаются при рентгенологическом исследовании сустава. Обзорная рентгенография выявляет грубые изменения: уплощение головки и уменьшение ее высоты, экзофитные разрастания, изменение ее формы (форма крючка, булавовидная, остроконечная).

Наиболее ранние изменения обнаруживаются лишь на томограммах: сужение рентгеновской суставной щели; появление эрозии в кортикальном слое суставной поверхности головки и суставного бугорка, склероз кости.

Результаты записи движений нижней челюсти объективно демонстрируют смещение ее в сторону пораженного сустава.

Диагностика Артроза височно-нижнечелюстного сустава:

Артрозы необходимо дифференцировать от артритов и функциональных нервно-мышечных нарушений. Артрит встречается улиц молодого и среднего возраста, течение его острое, прогрессирующее, с резкими болями. Артроз, как правило, наблюдается у лиц среднего и пожилого возраста, протекает медленно.

Острые артриты в отличие от артрозов проявляются резкой болью в суставе, которая усиливается при движениях нижней челюсти; при гнойных процессах определяется припухлость околосуставных тканей и гиперемия кожи впереди козелка уха; наблюдается общее недомогание, повышение температуры тела, потеря трудоспособности, нарушение сна, аппетита.

Важным дифференциально-диагностическим аргументом в пользу острого артрита следует считать наличие конкретной причины его возникновения. Например, для гнойного артрита характерно распространение воспалительного процесса на сустав из соседних областей при остеомиелите нижней челюсти, флегмоне, паротите, воспалении среднего уха. Для ревматоидного артрита характерными признаками являются системность заболевания, наличие ревматоидного фактора в крови. Иммунные комплексы находят в синовильной жидкости, макрофагах, нейтрофилах; они циркулируют в крови.

Определенные трудности возникают при дифференциальной диагностике с хроническими артритами, поскольку ряд клинических признаков имеет сходство с проявлениями артроза: боли, ограничения движения нижней челюсти, хруст в суставе. Однако по течению заболевания можно их различить. Хроническое течение артрита может обостриться, и в этой стадии появляются характерные для артрита ноющие, колющие, стреляющие боли.

При дифференциальной диагностике артрозов и нервно-мышечных нарушений челюстно-лицевой области возникают трудности, связанные с отсутствием единой терминологии в определении этих нарушений. Из известных терминов «синдром Костена», «мышечно-лицевой болевой дисфункциональный синдром», «болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстно-го сустава» наибольшее признание получил последний термин, который сокращенно обозначается БСД.

БСД характеризуется болью жевательных мышц и щелканьем в ВНЧС. Эти симптомы часто носят преходящий характер. У больных, страдающих БСД, наблюдаются головные боли, частой причиной их является напряжение мышц в щечно-затылочной области. Могут быть и атипичные лицевые боли, невралгии. Ограничения движений нижней челюсти, как правило, связаны с повышением тонуса и скованностью мышц.

Отдельные больные предъявляют жалобы на шум в ушах, нарушение слуха, чувство давления и закладывания ушей.

Определенное дифференциально-диагностическое значение имеет характер шумов, возникающих в суставе при артрозе и БСД. При артрозе происхождение их главным образом связано с трением деформированных поверхностей головки и суставного диска и поэтому преобладают крепитация и хруст.

Для БСД характерно щелканье, вероятной причиной которого является повышение тонуса латеральной крыловидной мышцы. Механизм возникновения щелканья в суставе при спастических сокращениях латеральной крыловидной мышцы можно представить следующим образом. Например, на фоне нормального функционирования нижней челюсти в фазе передней окклюзии в силу какого-то фактора, например стресса, наступил спазм латеральной крыловидной мышцы. Допустим, что в этот момент головка нижней челюсти и диск находились на скате суставного бугорка. При возврате нижней челюсти головки смещаются назад, а диски удерживаются в переднем положении за счет спазма латеральных крыловидных мышц. На пути движения головок возникает препятствие - задний полюс дисков, в момент преодоления которого возникает щелкающий звук. Условно это щелканье можно назвать заднеполюсным при закрывании. Если в этот момент быстро открыть рот, то щелканье может вновь возникнуть при преодолевании заднего полюса (заднеполюсное щелканье при открывании). В этот момент возможна блокировка движения нижней челюсти, если головка не сможет преодолеть задний полюс диска.

Отличать артрозы от нервно-мышечных нарушений помогают пальпация и рентгенография сустава. При БСД пальпация жевательных мышц, в том числе и латеральной крыловидной мышцы, болезненна, рентгенологическая картина без изменений.

Дифференцировать артрозы от БСД позволяют также результаты электромиографических исследований, которые показывают усиление биопотенциалов мышц при покое.

Мышечный характер болей можно установить с помощью диагностической анестезии. При артрозе ВНЧС блокададвигательных ветвей тройничного нерва по способу Егорова и Карапетяна не снимает боли и не улучшает открывание рта. При БСД после блокады боль уменьшается или прекращается, улучшается подвижность нижней челюсти.

Деформирующие артрозы с экзостозами следует дифференцировать от кондилярной гиперплазии, хондромы, остеохондромы. лОкончательно различить эти патологические состояния удается после удаления опухоли по результатам гистологического исследования послеоперационного материала.

Лечение Артроза височно-нижнечелюстного сустава:

При выявлении артроза ВНЧС необходимо проведение комплекса стоматологических (терапевтических, ортопедических, ортодонтических), физиотерапевтических лечебных мероприятий. На время основного курса лечения пациенту с артрозом ВНЧС рекомендуется щадящая диета, уменьшение нагрузки на пораженный сустав (ограничение жевания, разговоров и пр.), исключение перенапряжения.

На этапе стоматологического лечения устраняются факторы, приводящие к перегрузке элементов сустава (дефекты зубных рядов, нарушения окклюзии, нарушения прикуса) может быть показано избирательное пришлифовывание зубов, замена пломб, изготовление и установка искусственных коронок, мостовидных или съемных зубных протезов, ношение съемных ортодонтических аппаратов, капп, брекетов и т. п.)

Для купирования болевого синдрома при артрозе ВНЧС используются НПВС в виде таблеток или мазей. Для улучшения питания хрящевой ткани применяются хондропротекторы. Из физиотерапевтических процедур при артрозе ВНЧС рекомендуется ультразвуковая терапия, ультрафонофорез, электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, гальванотерапия, флюктуоризация, парафинотерапия, озокеритотерапия, инфракрасное облучение, микроволновая терапия и др. Физиотерапия сочетается с массажем жевательных мышц и области сустава, специальной лечебной физкультурой.

При привычном вывихе нижней челюсти или поздних стадиях артроза ВНЧС, показано хирургическое лечение (удаление суставного диска, удаление суставной головки либо удаление головки с замещением трансплантатом).

Литература:

Егоров, Карапетян - Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
Год издания: 1986

Ивасенко, Мискевич, Савченко, Симахов - Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения
Год издания: 2007

Петросов Ю.А. - Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава
Год издания: 2007