

An anatomical illustration of the temporomandibular joint (TMJ) and surrounding structures. The illustration shows the mandible (lower jaw) and the temporal bone (side of the head). Key labeled parts include the Styloid process (Styloid proc.), Capsular ligament (CAPSULAR LIG.), Sphenomandibular ligament (SPHENO-MANDIBULAR LIG.), Mandibular foramen (Mandib. For.), and the Mandibular groove (Mandib. groove). The illustration is detailed, showing the texture of the bone and the structure of the ligaments.

Зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации при заболеваниях ВНЧС в детском возрасте.

Клиника, диагностика, лечение, тактика врача-ортодонта

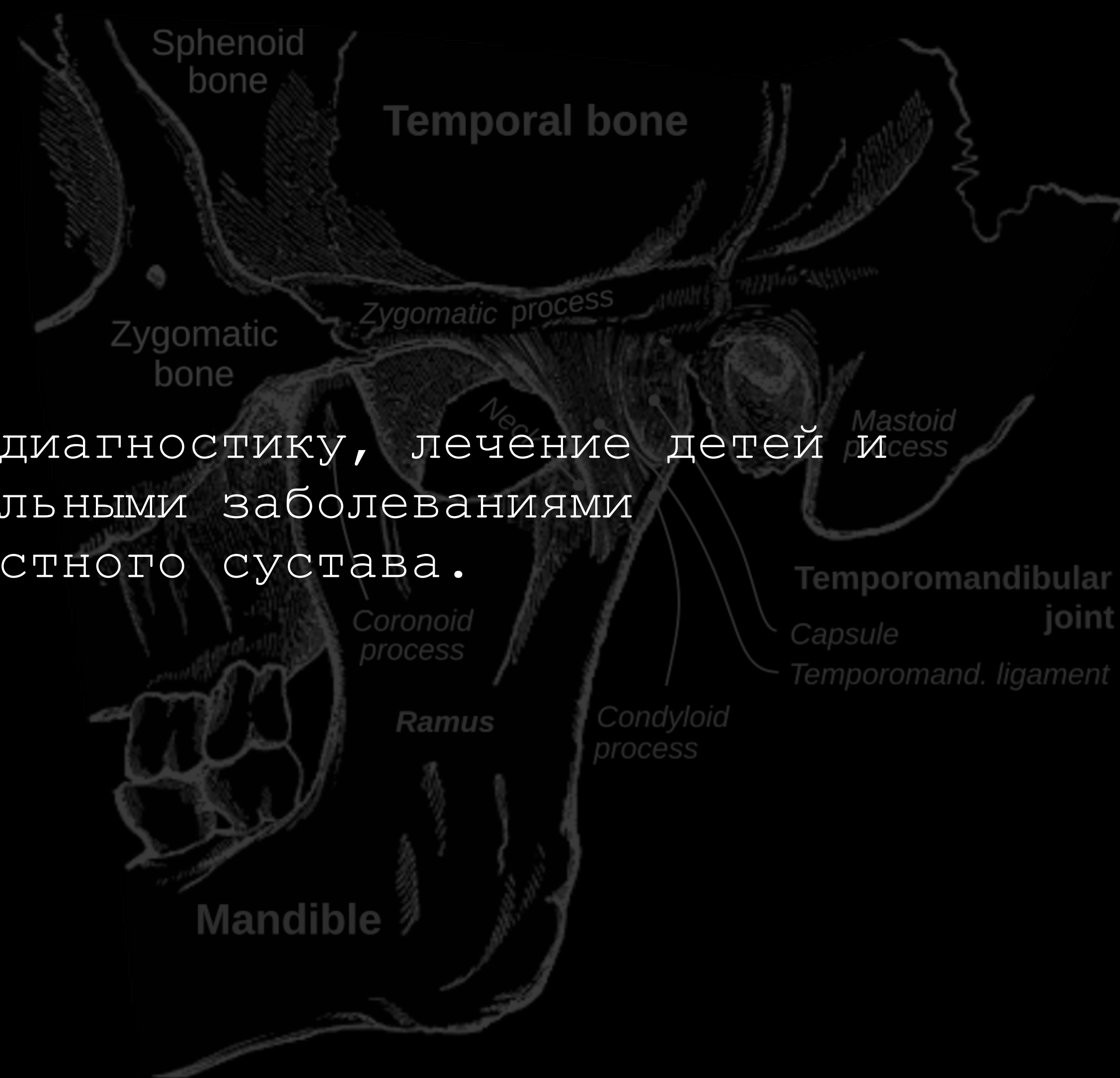
Выполнил врач-ординатор группы 107, специальность "Ортодонтия"
Оловянников Артём Витальевич

План лекции

- Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды;
- Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков (Н.Н.Каспарова, 1981).
- Методы обследования больных с патологией сустава.
- Юношеская дисфункция ВНЧС;
- Артриты ВНЧС у детей и подростков;
- Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков;
- Неоартроз;
- Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС;
- Вывихи ВНЧС у детей и подростков.
- Заключение
- Список литературы

Задачи и цель лекции

Осветить клиническую картину, диагностику, лечение детей и подростков с воспалительными заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.



Схематичное строение височно-нижнечелюстного сустава

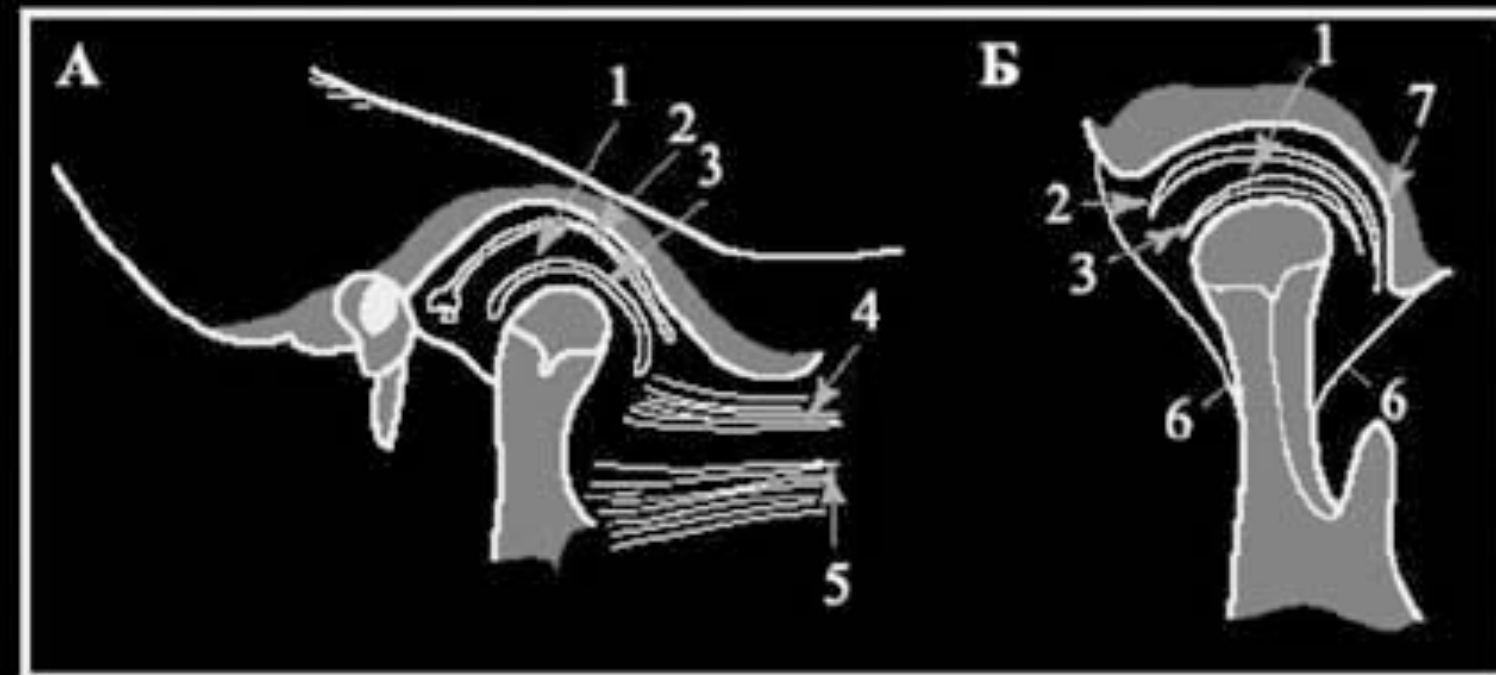


Рис.1. Сагиттальный (А) и фронтальный (Б) вид височно-нижнечелюстного сустава:

1 — суставной диск; 2 — верхняя суставная щель; 3 — нижняя суставная щель; 4 — верхняя головка латеральной крыловидной мышцы; 5 — нижняя головка латеральной крыловидной мышцы; 6 — суставная капсула; 7 — медиальная стенка суставной ямки

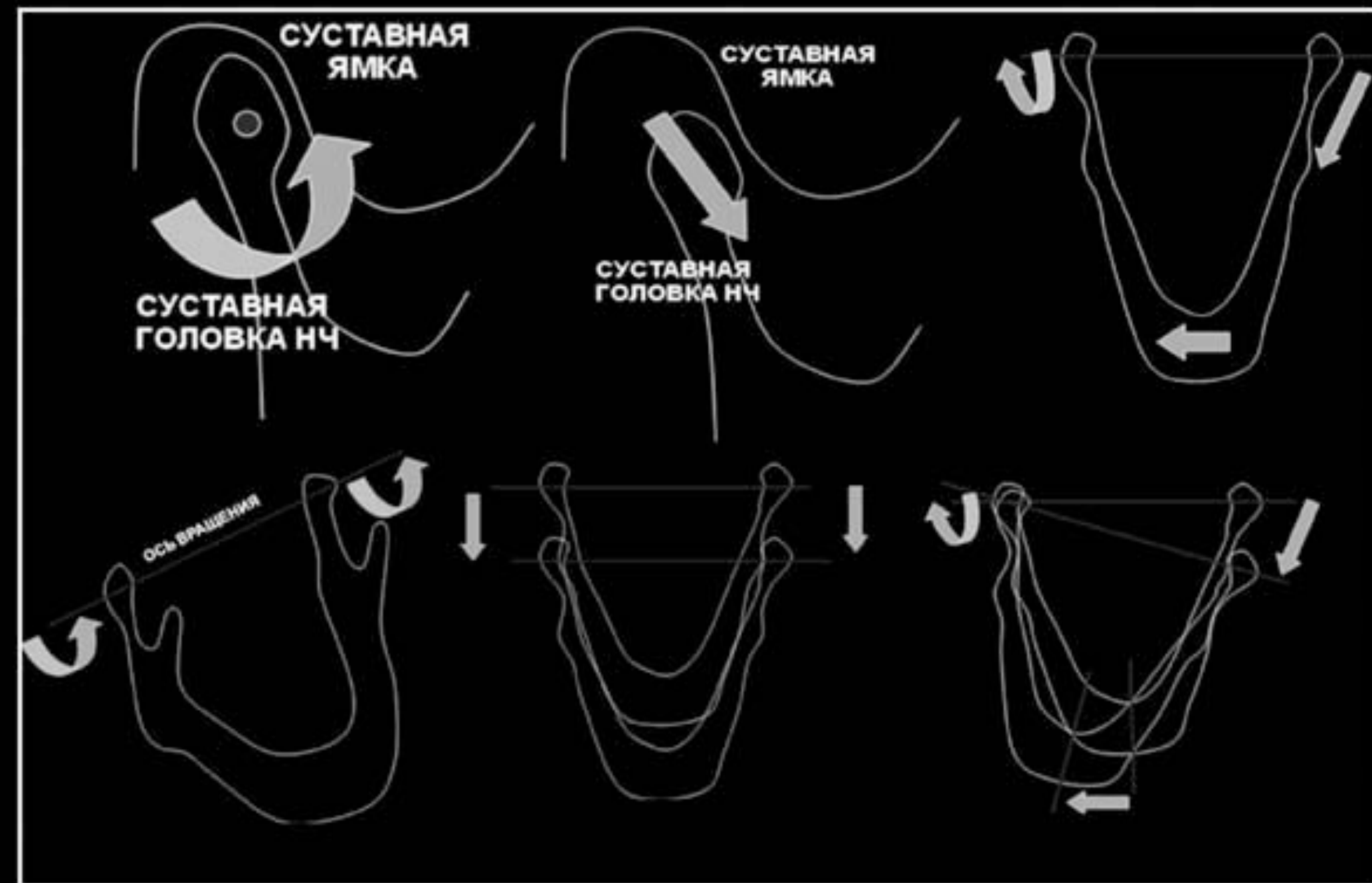


Рис. 2. Биомеханика движений нижней челюсти в трех плоскостях:

1 — вертикальные движения (открытие-закрытие рта); 2-перемещение (скольжение) вперед-назад; 3 — боковые смещения вправо-влево

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

У новорожденных есть функционирующий сустав, однако выраженная суставная ямка отсутствует. Хрящ имеется на заднем скате суставного бугорка, в верхнем отделе ямки вплоть до каменисто-барабанной (Глазеровой) щели, которая пересекает нижнечелюстную ямку поперек и таким образом делит ямку на переднюю (интракапсулярную) и заднюю (экстракапсулярную) часть.

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

Через каменисто-барабанную щель проходят из нижнечелюстной ямы в барабанную полость барабанные артерия, вена, и струна. Эти сосуды и нерв принимают участие в кровоснабжении иннервации среднего уха и капсулы ВНЧС.

Суставной бугорок у новорожденных отсутствует, формирование заканчивается к 6–7 годам жизни, у взрослых достигает 25 мм.

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

В дальнейшем, под воздействием функциональных нагрузок, возникающих во время сосания, а также после прорезывания временных зубов изменяется форма и строение ВНЧС. С прорезыванием временных зубов происходит первое физиологическое повышение прикуса. При этом «высота прикуса» удерживается на зубах, а головка мыщелкового отростка при этом несколько сдвигается кпереди. Становятся более выраженными анатомические элементы сустава (суставной бугорок, суставная ямка, головка мыщелкового отростка, межсуставной диск).

Особенности строения височно–нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

В возрасте 16–18 месяцев суставной бугорок увеличивается, а суставная ямка углубляется. Суставной диск, по мере углубления ямки и роста бугорка, истончается в центре и приобретает двояковогнутую форму. В этом возрасте у детей сочленяющиеся поверхности сустава покрыты тонким и непрочным соединительно–тканым хрящом, который также быстро разрушается при травме или воспалении с замещением его на рубцовую или костную ткань.

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

С прорезыванием постоянных зубов (первых моляров) происходит второе физиологическое повышение прикуса и мезиальное смещение нижней челюсти. При этом головка мыщелкового отростка смещается кпереди и книзу и располагается к центру суставной ямки. К 6–7 годам, суставная ямка уже четко выражена, суставной бугорок хорошо развит, а суставной диск окончательно приобретает двояковогнутую форму. К моменту прорезывания постоянных зубов головка мыщелкового отростка увеличивается в поперечном направлении, приобретает форму эллипсоида и наклоняется кпереди. Фактически после 6 лет все анатомические элементы сустава уже достаточно хорошо выражены.

Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды

В дальнейшем (после прорезывания постоянных клыков) происходит дальнейшее повышение прикуса и мезиальный сдвиг нижней челюсти, а значит и головки мыщелкового отростка по суставному бугорку, кпереди и книзу. В положении центральной окклюзии она расположена у основания заднего ската суставного бугорка.

К 12–14 годам атрофируется позадисуставной конус и завершается формирование всех структур ВНЧС.

Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков (Н.Н.Каспарова, 1981)

1. Первично-костные повреждния и заболевания сустава.

1.1. Врожденная патология ВНЧС.

1.2. Воспалительные заболевания суставных концов костей и их исходы.

- остеоартрит;
- вторичный деформирующий остеоартроз;
- неоартроз;
- костный анкилоз.

2. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их исходы в подростковом возрасте.

2.1. Юношеская дисфункция ВНЧС.

2.2. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункций суставов.

- артрит (острый, хронический);
- деформирующий юношеский артроз.

Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков (Н.Н.Каспарова, 1981)

Таким образом, автор все заболевания ВНЧС у детей и подростков подразделяет на 2 большие группы:

**первично-костные
повреждения и
заболевания сустава**

травма или воспалительный процесс первично локализуются в костной ткани суставных костей и только потом патологический процесс распространяется на ВНЧС.

**первично-хрящевые
повреждения и
заболевания сустава**

воспалительный или воспалительно-дегенеративный процесс первично поражает суставной хрящ ВНЧС, а затем уже медленно распространяется на костную ткань суставных концов костей.

Методы обследования больных с патологией сустава

Комплексное клиническое обследование пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС проходит по определённом алгоритму, который включает в себя:

1. Выявление жалоб, сбор анамнеза жизни, анамнеза болезни;
2. Пальпация ВНЧС и мышц челюстно-лицевой области, визуальная регистрация девиации нижней челюсти, оценка состояния полости рта и зубов;
3. Рентгенологическое обследование;
4. Фотодокументирование и его архивирование.

Методы обследования больных с патологией сустава

Опрос – выявляют жалобы больного, особое внимание обращают на локализацию, причины, время появления, длительность первых симптомов. Важно выяснить факторы, улучшающие и ухудшающие состояние больного, наличие вредных привычек, психоэмоциональное и общее состояние больного. При наличии фоновой патологии следует направлять больных на консультацию к невропатологу, психиатру, ревматологу и т.д. Врач должен внимательно следить за состоянием психики больного: душевное состояние, тревога вызывают боли. Беспокойные, нервные больные, кроме того, склонны к спазмам жевательных мышц, которые могут вызывать лицевые боли.

Методы обследования больных с патологией сустава

Внешний осмотр – обращают внимание на конфигурацию лица, цвет кожных покровов, определяют деформацию, припухлость, ее локализацию, размер. Производят осмотр слизистой оболочки полости рта, оценивают состояние прикуса.

Мануальное обследование – определяют состояние суставной головки снаружи и со стороны слухового прохода в покое и при движении нижней челюсти. Далее целесообразно произвести пальпацию доступных жевательных мышц с целью определения их тонуса и наличия спазма и болезненных участков.



Исследование сустава через слуховой проход



Пальпация жевательных мышц



Методы обследования больных с патологией сустава

Важным диагностическим приемом является исследование сустава путем пробы с нагрузкой. Боль, возникающая при поднимании челюсти, указывает на поражение суставных поверхностей, при опускании – на поражение капсулы. При нагрузке на подбородок также может возникать боль, указывающая на поражение капсулы.

Анализ движений нижней челюсти – смещение подбородка в сторону или ограничение боковых движений может быть связано с дисфункцией латеральных крыловидных мышц или с деформацией элементов сустава, образованием внутрисуставных спаек и рубцов.

Методы обследования больных с патологией сустава

Оценка прикуса осуществляется только в положении центральной окклюзии, т. е. абсолютно не учитывает все эксцентрические движения нижней челюсти, нормализация которых также может требовать существенной окклюзионной коррекции. В то же время именно при патологических формах прикуса: мезиальном, дистальном, открытом, глубоком и перекрестном — нарушается биомеханика нижней челюсти как в сагиттальной, так и трансверзальной плоскостях. Поэтому нормализация прикуса у детей является ведущим фактором оптимальной функциональной окклюзии в зрелом возрасте.

Методы обследования больных с патологией сустава

Рентгенологические методы исследований обеспечивают диагностику не менее 95% случаев заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, особенно с учетом того, что одновременно визуализируют состояние его костных фрагментов. К сожалению, программа, имеющаяся на большинстве ортопантомографов, а также сами ортопантомографы искажают суставную щель на рентгеновском изображении, так как отображают височно-нижнечелюстной сустав в косой проекции.

Методы обследования больных с патологией сустава

Для визуализации структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава применяются различные методы лучевой диагностики: рентгенография по методикам, предложенным Шюллером и Парма, ортопантомография, панорамная зонография, томография.

Данные методы позволяют определять форму, размеры и топографию лишь костных элементов височно-нижнечелюстного сустава. При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава происходит наложение костных структур противоположного сустава или элементов основания черепа.

Методы обследования больных с патологией сустава

Одним из высокоинформативных и современных методов диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава является магнитно-резонансная томография. Данный метод легко переносим пациентами и обеспечивает высокий контраст мягких тканей, трехмерное изображение и отсутствие побочных эффектов. Магнитно-резонансная томография позволяет получать послойное изображение в различных проекциях, с величиной шага 1,5–3 мм, и применяется для визуализации как костных (головка нижней челюсти, суставной бугорок и нижнечелюстная ямка), так и мягкотканых структур височно-нижнечелюстного сустава (капсулярно-связочный аппарат, суставной диск) и жевательных мышц.

Методы обследования больных с патологией сустава

Электромиография — объективный метод исследования нейромоторного аппарата и оценки координации и синхронности работы жевательных мышц. При проведении электромиографии активность жевательных мышц регистрируют одновременно с двух сторон с использованием поверхностных чашечковых электродов. Электроды фиксируют в области моторных точек исследуемых мышц. При электромиографии наружных крыловидных мышц используют концентрические игольчатые электроды.

Методы обследования больных с патологией сустава

Описано два способа наложения электродов: внутри- и внеротовой. Внутриротовой метод технически трудно выполним, не точен и не дает возможности изучить активность мышц во время жевания. Внеротовой метод введения игловидных электродов через полулунную вырезку нижней челюсти не позволяет осуществить запись электромиограмм во время функции жевания, так как игловидный электрод проходит через сухожилие жевательной мышцы.

Булычева Е. А. Изучение нейромышечных нарушений с помощью игловидной электромиографии у больных с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненными парафункциями жевательных мышц //Актуальные вопросы стоматологии. Саратов, 2005. С. 37-39.

Юношеская дисфункция ВНЧС

При клиническом обследовании особое внимание уделяется опросу пациентов, а в некоторых случаях и их родителей, с целью тщательного изучения анамнеза жизни и болезни и жалоб больного.

Факторы, предрасполагающие к возникновению данного заболевания: наличие различных вредных привычек, наследственная отягощенность, травмы нижней челюсти и сустава, ошибки при ортодонтическом лечении.

Юношеская дисфункция ВНЧС

Наиболее частым симптомом, встречающимся у 27 (81,8%) пациентов являлось щелканье в суставе с одной или двух сторон, а так же чрезмерная экскурсия суставных головок, встречающаяся у 17 (51,5%) человек. Отличительной особенностью проявления СМД ВНЧС у детей и подростков является сравнительно редкое, в отличие от взрослых, появление болезненных ощущений. Так, болезненность при широком открывании рта отмечали всего 7 (21,2%) человек; болезненность в суставе – 8 (24,2%) пациентов; болезненность в жевательных мышцах – 6 (18,2%) человек.

Юношеская дисфункция ВНЧС

При анализе снимков внимание обращалось на топографию костных элементов сустава, ширину суставной щели, форму суставных элементов, проводилась сравнение правого и левого суставов. У всех пациентов патологические изменения в суставе не были выявлены, правая и левая суставные щели были равны. Полученные данные позволили подтвердить диагноз СМД ВНЧС.

Юношеская дисфункция ВНЧС

Лечение пациентов с данной патологией должно быть комплексным и включать в себя не только лечение зубочелюстной системы, но и быть направлено на равномерное развитие костно-мышечной системы у детей и на устранение вредных привычек и факторов хронического стресса.

Артриты ВНЧС у детей и подростков

Ярким представителем данной группы заболеваний является ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). ЮРА характеризуется тяжелым хроническим течением с прогрессирующим поражением синовиальной оболочки, что приводит к деструкции суставов.

ЮРА – артрит неясной этиологии, продолжительностью более шести недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии. Характеризуется сложным аутоиммунным патогенезом, а также имеет неуклонно прогрессирующее течение, приводящее к деструкции суставов и задержке роста.



Алексеева Е. И. Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей //Качество жизни. Медицина. 2008. N.1.

Баранов А. А. Педиатрия (Ювенильный ревматоидный артрит). – М.: ГЭОТАР-медиа, 2005.

Артриты ВНЧС у детей и подростков

У детей с ЮРА наблюдается полуретенция первого постоянного моляра верхней челюсти, а также протрузия и зубоальвеолярное удлинение резцов на нижней челюсти, что по большей части является компенсаторной реакцией и связано с пространственными перемещениями челюстных костей.

При поражении ВНЧС движения нижней челюсти ограничиваются и становятся болезненными. Ребёнок не может широко открыть рот, затрудняется приём пищи. Воспаление ВНЧС способно повлиять на формирование нижней челюсти, что приводит к её недоразвитию и как следствие – к микрогнатии.

Мамедов А. А. и др. Нарушение роста и развития зубочелюстной системы у детей с ювенильным ревматоидным артритом //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – Т. 8. – №. 4.

Мамедов А. А. и др. Изменения в зубочелюстной системе у детей с ювенильным ревматоидным артритом //Земский врач. – 2011. – №. 5.

Артриты ВНЧС у детей и подростков

В основе всех диагностических критериев лежит выделение трёх вариантов ювенильного артрита в зависимости от клинической картины, числа воспалённых суставов и системных проявлений.

Соответственно выделяют:

- системный вариант (проявляется лихорадкой, сыпью, лимфаденопатией, гепатолиенальным синдромом, артралгией/артритом) ;
- полиартикулярный вариант (вовлечены пять и более суставов) ;
- олигоартикулярный вариант (вовлечены четыре и менее суставов) .

Артриты ВНЧС у детей и подростков

Основное клиническое проявление ЮРА – артрит, характеризующийся развитием воспалительного процесса в синовиальной оболочке. Начало заболевания может быть острым и подострым.

Особого внимания заслуживает рентгенодиагностика поражённых суставов. Выделяют четыре стадии костно-суставных изменений по Штейнброккеру:

- I стадия – эпифизарный остеопороз без деструктивных изменений;
- II стадия – разволокнение суставного хряща, сужение суставной щели, единичные костные узур;
- III стадия – значительное разрушение хряща и кости, выраженное сужение суставной щели, множественные узур, подвывихи;
- IV стадия – симптомы III стадии в сочетании с анкилозом.

Артриты ВЧС у детей и подростков

Терапия ЮРА разнообразна и направлена на подавление воспалительной и иммунологической активности процесса, купирование системных проявлений и суставного синдрома, сохранение функциональной способности суставов, предотвращение или замедление деструкции суставов, достижение ремиссии, повышение качества жизни больных, минимизацию побочных эффектов лечения. Выделяют немедикаментозную (режим, диета, лечебная физкультура, ортопедическая коррекция) и медикаментозную терапию, которая делится на симптоматическую (нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и глюкокортикоиды) и патогенетическую (иммуносупрессивную).

Артриты ВНЧС у детей и подростков

Всем пациентам с ювенильным ревматоидным артритом необходимо проводить ортодонтическое обследование, которое должно включать в себя определение клинического и рентгенологического состояния височно-нижнечелюстного сустава.

Всем пациентам с ювенильным ревматоидным артритом необходимо выполнять панорамное исследование в Ortho Zone или зонограмму височно-нижнечелюстного сустава для раннего выявления деструктивных изменений.

При планировании ортодонтического лечения у детей с ювенильным ревматоидным артритом важно учитывать степень деструкции суставного отростка височно-нижнечелюстного сустава.

В случаях тотальной деструкции суставного отростка височно-нижнечелюстного сустава в комплексной реабилитации необходимо участие детского челюстнолицевого хирурга.

Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков

Формирование анкилотических поражений может происходить при различных типах смещения малого фрагмента при переломе суставного отростка: после медиального смещения мыщелкового отростка, после латерального смещения, а также при вколоченном переломе.

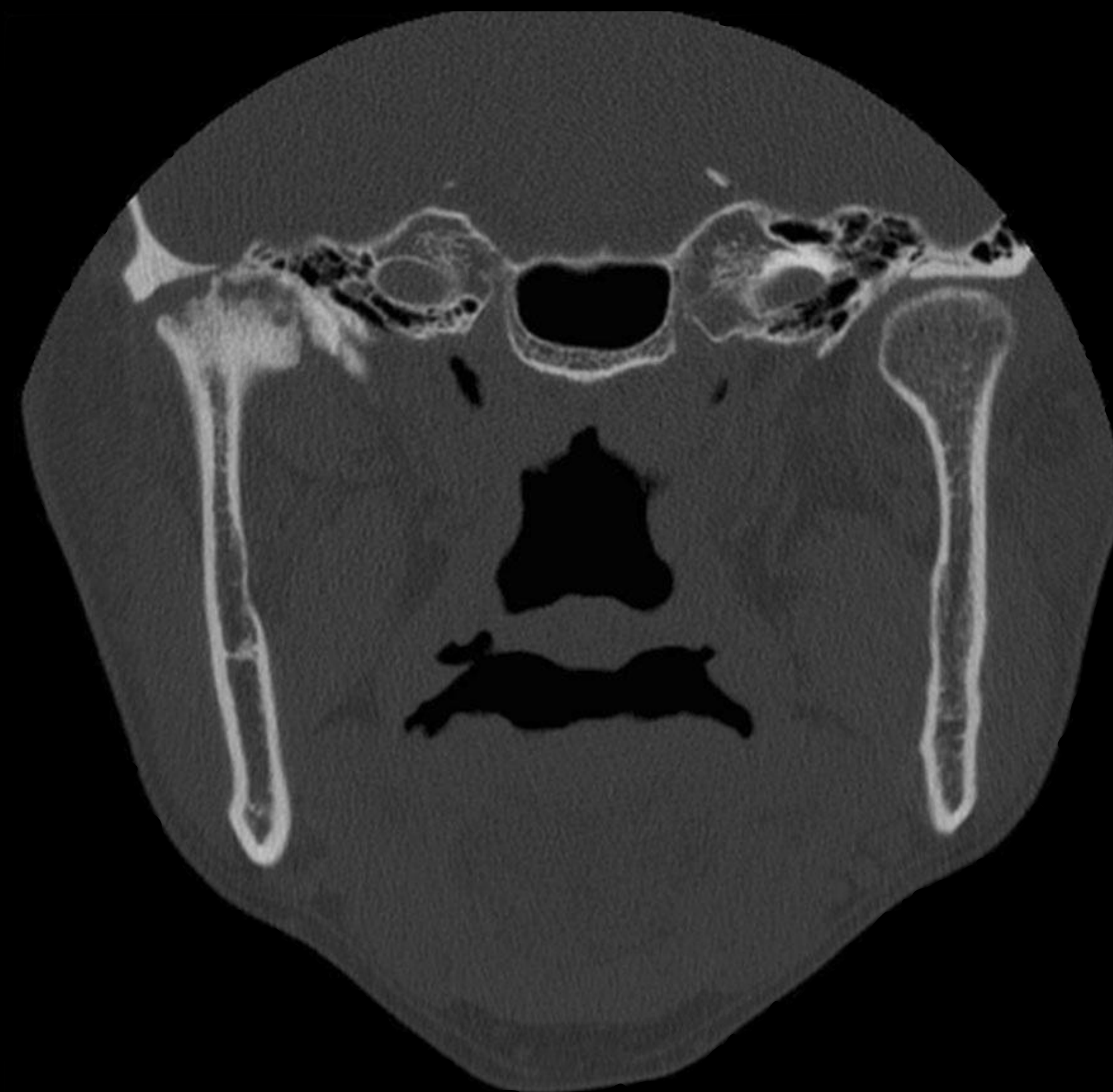
Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков

Именно вколоченные переломы, а иногда и компрессия диска с его дислокацией или разрывы диска во время родовой травмы даже без перелома мышелкового отростка являются причиной анкилозирования суставной головки. К этому предрасполагают такие анатомические особенности ВНЧС у новорожденного ребенка, как малая толщина диска, тонкое хрящевое покрытие суставной головки или ее отсутствие, отсутствие суставного бугорка, возрастная несостоятельность связочного аппарата.

Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков

Диагностика. На современном этапе постановка диагноза анкилоза ВНЧС и планирование хирургического лечения должны проводиться с использованием современных методов диагностики: МСКТ и конусно-лучевой томографии.

Использование ОПТГ дает лишь поверхностное представление о характере анкилотических изменений.



Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков

Лечение анкилоза ВНЧС. За рубежом наиболее распространен 7-ступенчатый протокол лечения детей с анкилозами ВНЧС:

1. Агрессивное удаление фиброзной ткани и/или анкилотических масс;
2. Корonoидэктомия на стороне поражения;
3. Корonoидэктомия на противоположной стороне, если после проведения 1-го и 2-го пунктов не достигнуто максимального межрезцового расстояния более 35 мм;
4. Прокладывание между раневыми поверхностями миофасциального височного лоскута или нативного диска, если он сохранен;

Костный анкилоз ВНЧС у детей и подростков

5. Реконструкция утраченного фрагмента ветви с помощью одномоментной дистракции или реберно-хрящевым аутотрансплантатом с жесткой фиксацией;
6. Ранняя мобилизация нижней челюсти. Если для реконструкции мышелкового отростка используется дистракционный остеогенез, движения начинаются со дня операции. Пациенты, у которых использовался реберный аутотрансплантат, начинают движения с 10 суток;
7. На завершающем, седьмом этапе, все пациенты получают активную гимнастику и физиолечение.

Неоартроз

Неоартроз (новый сустав) – патологическое сочленение, возникшее вследствие смещения суставной головки в новое положение под воздействием какого-либо патологического процесса (травма, воспаление).

Неоартроз ВНЧС – один из видов благоприятного исхода остеоартроза.

Неоартроз

При неоартрозе сохраняются вертикальные движения челюсти в полном или в несколько ограниченном объеме. Функциональные нарушения в суставе, как правило, не вызывают серьезных расстройств функции жевания и не мешают при разговоре. Однако любой неоартроз формируется в результате деструкции кости суставного отростка и обязательно приведет с ростом ребенка к замедлению продольного роста н/ч.



до лечения

Ткаченко П. И., Белокопьев С. О., Гуржий Е. В. Височно-нижнечелюстной сустав (возрастные особенности строения, заболевания у детей и подростков). – 2008.

Неоартроз

В случаях легкого клинического проявления неоартроза при отсутствии нарушения прикуса и выраженной деформации челюсти лечение не требуется. При нарушениях прикуса и слабо выраженной деформации можно ограничиться ортодонтическим лечением в детском возрасте с последующей контурной пластикой н/ч в 16–18 лет. При выраженной «кондилярной микрогении» показано хирургическое лечение с реконструкцией ветви и сустава.



Ткаченко П. И., Белоконь С. О., Гуржий Е. В. Височно-нижнечелюстной сустав (возрастные особенности строения, заболевания у детей и подростков). – 2008.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

При вторичном деформирующем остеоартрозе воспалительно-дистрофический процесс может первично развиваться в суставном хряще и затем вторично распространяться на костные элементы сустава.

Пусковым моментом могут являться внутренние переломы суставного отростка, острые или хронические воспалительные процессы в ВНЧС.

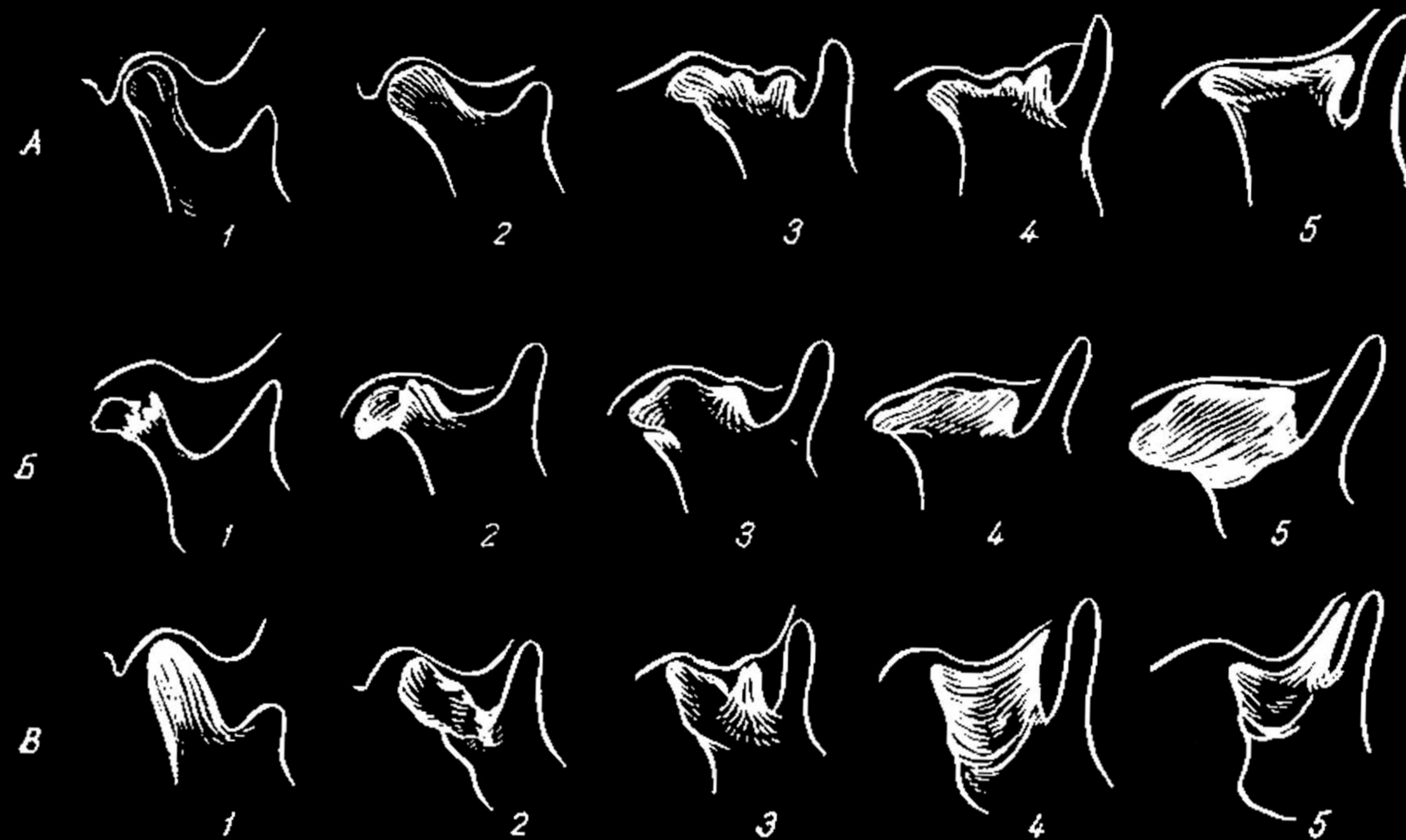


Схема рентгенологической эволюции вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава.

А — после родовой травмы сустава; Б — после перелома суставного отростка; В — после гематогенного остеомиелита; 1 — первая стадия заболевания; 2—3 — вторая стадия; 4 — третья стадия; 5 — четвертая стадия.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

Незрелые элементы хрящевой и костной ткани обладают высокой способностью к реактивной гиперпродукции костного вещества. В результате остеоартрита наступает разрушение и гибель костных структур сустава. В условиях постоянно действующей функциональной нагрузки компрессионное воздействие разрушает суставную головку и деформирует суставный отросток.

Деструкция ростковых зон нарушает нормальный рост нижней челюсти. Расстройство функции сустава развивается постепенно и проявляется намного позже начала заболевания. Частичная или полная сохранность суставного хряща позволяет длительное время производить движение в суставе.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

Недоразвитие нижней челюсти влечет за собой задержку развития всего лицевого скелета с его последующей деформацией, формируется сочетанная несимметричная деформация челюстей:

- нижняя несимметричная микрогнатия;
- вторичная деформация верхней челюсти, проявляющаяся несимметричным уменьшением ее высоты на пораженной стороне, сужением (в большей степени на здоровой стороне за счет смещения нижней челюсти в пораженную сторону) ;
- протрузией (выталкиванием, выбуханием, выдвиганием фронтального отдела) ;

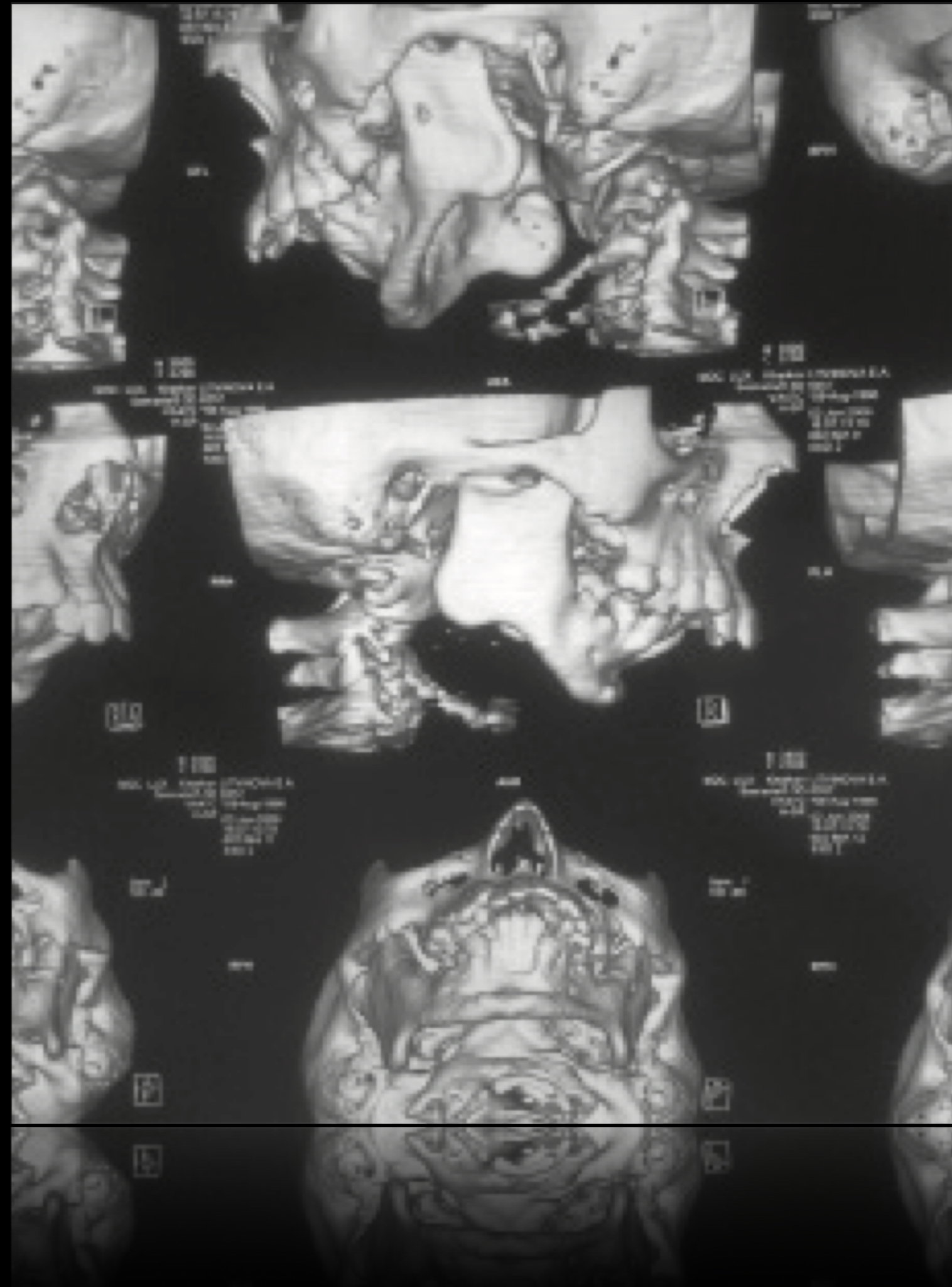
Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

- деформация окклюзионной плоскости;
- дистальная окклюзия;
- отсутствие контакта резцов (сагиттальная щель достигает в среднем 10–15 мм.);
- часто глубокое резцовое перекрытие;
- глубокий травмирующий прикус, реже открытый прикус во фронтальном отделе;
- деформация формы зубоальвеолярных дуг верхней и нижней челюстей, язычный наклон альвеолярного отростка и зубов на пораженной стороне нижней челюсти;

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

- сужение зубных дуг в боковых отделах, удлинение переднего отдела верхнего зубного ряда, укорочение фронтального отдела нижнего зубного ряда, его уплощение;
- часто протрузия резцов обеих челюстей, тесное положение фронтальных зубов нижней челюсти;
- иногда ретенция клыков нижней челюсти на пораженной стороне, вестибулярное прорезывание клыков;
- смещение нижней челюсти в пораженную сторону.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС



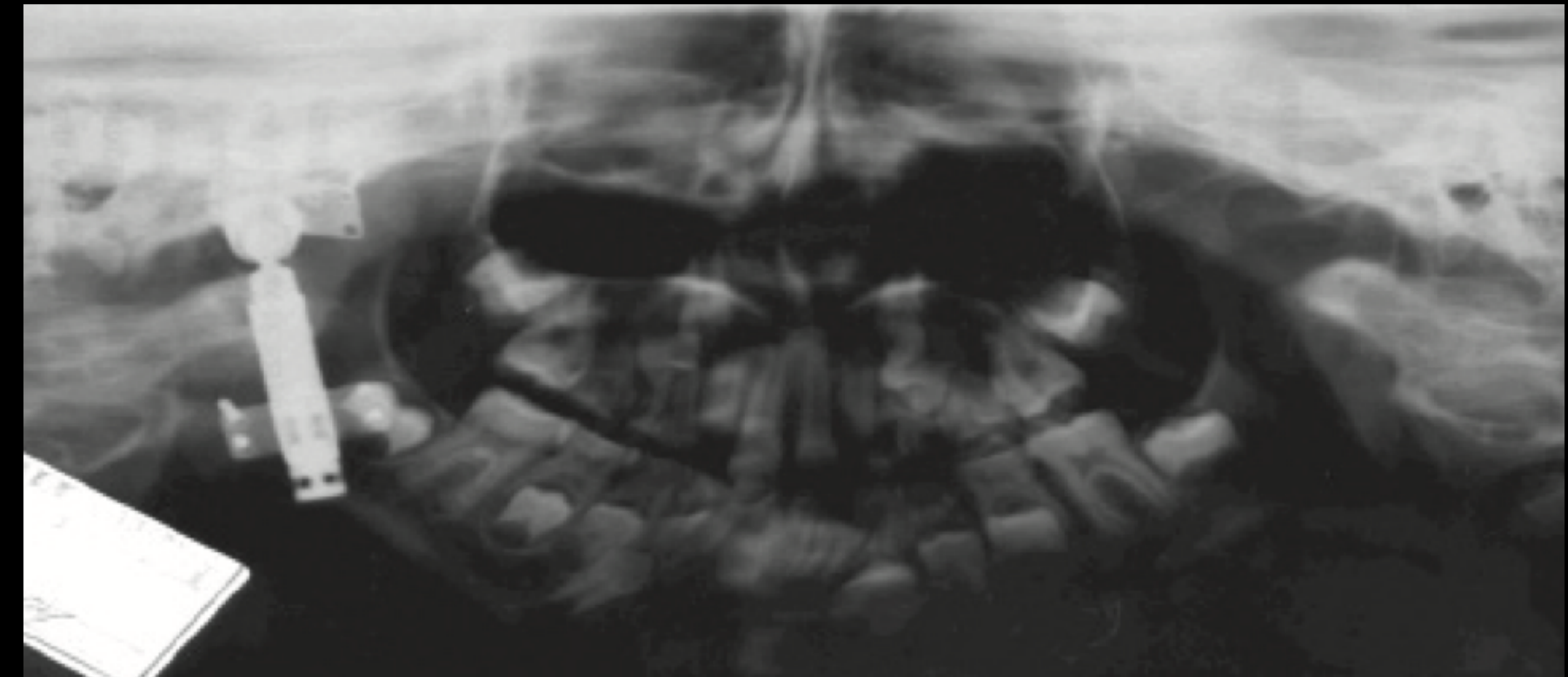
7-е сутки после операции



1 год после операции, на этапе
ортодонтического лечения

Любченко А. В., Куцевляк В. И. Этиология, патогенез и клиника вторичного деформирующего остеоартроза и анкилозов височнонижнечелюстного сустава //Международный медицинский журнал. – 2011.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС



после операции

Любченко А. В., Куцевляк В. И. Этиология, патогенез и клиника вторичного деформирующего остеоартроза и анкилозов височнонижнечелюстного сустава //Международный медицинский журнал. – 2011.

Вторичный деформирующий остеоартроз ВНЧС

Реабилитация данной категории больных является сложной и длительной задачей, требует командной слаженной работы многих специалистов: челюстно-лицевого хирурга, ортодонта, педиатра, психотерапевта, а также активного физиотерапевтического лечения и механотерапии.

1. Раннее выявление больных с данной патологией, изучение этиологического фактора, при возможности его устранение.
2. Обследование больного и подготовка его к оперативному лечению.
3. Эндопротезирование ВНЧС полным эндопротезом с дистракционным устройством.
4. Восстановление функции открывания рта.
5. Санация полости рта.
6. Физиотерапия, механотерапия.
7. Аппаратно-хирургическое лечение деформаций челюстей.
8. Ортодонтическое лечение.
9. Ортопедическое лечение.
10. Психологическая и социальная реабилитация.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

В подростковый период повышается остеогенная активность, рост костей опережает функциональную адаптацию мышц и связочного аппарата суставов. Мышцы достигают наибольшей силы лишь спустя 1,5 года после окончания роста костного скелета.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

В результате быстрого и активного продольного роста н/ч суставная капсула и связочный аппарат сустава приходят в состояние перенапряжения, что в начальный период компенсируется эластичностью связок. Однако незрелые ткани связочного аппарата и суставной капсулы не в состоянии компенсировать такое перенапряжение длительное время. Физиологическая функциональная нагрузка на сустав оказывается чрезмерной и через некоторое время приводит к потере тонуса, растяжению связок и суставной капсулы и дисфункции сустава.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Вывих — это полное стойкое смещение суставных концов костей. Травматические вывихи ВНЧС можно подразделить на острые и хронические (привычный вывих).

Острые травматические вывихи ВНЧС подразделяются на:

- односторонние и двусторонние;
- передние, задние, боковые.

Следует отметить, что задние и боковые вывихи ВНЧС, как правило, сопровождаются переломами костей.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Лечение острого вывиха заключается во вправлении вывиха ВНЧС. Положение больного — сидя с хорошим упором для головы, нижняя челюсть находится на уровне локтевых суставов хирурга. После обезболивания (анестезия по Берше-Дубову или наркоз) хирург накладывает большие пальцы рук на жевательные зубы нижней челюсти и совершает давление книзу, а затем кзади. О вправлении вывиха свидетельствует «щелчок» и смыкание зубов. При этом следует быть очень осторожным, чтобы больной не травмировал пальцы хирурга. После вправления вывиха показана иммобилизация нижней челюсти на 7–10 дней (лигатурное связывание зубов) для предупреждения в дальнейшем растяжения связочного аппарата ВНЧС и привычного вывиха.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Привычный вывих без сопутствующих воспалительных процессов может протекать бессимптомно, подростки не предъявляют жалоб и не подозревают о наличии заболевания.

Патогномоничным симптомом привычного вывиха является симптом щелчка.

При осмотре в момент открывания рта наблюдаются боковые смещения н/ч (девиация) в сторону непораженного или менее пораженного сустава.

При пальпации определяется чрезмерная экскурсия суставных головок вперед и вниз.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Рентгенография: при сомкнутых челюстях в состоянии покоя патологических изменений в суставе не выявляют. При максимально открытом рте на томограммах определяется смещение суставной головки кпереди и вверх → головка устанавливается на переднем скате бугорка.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Лечение направлено на восстановление функции сустава путем укрепления тонуса мышечно-связочного аппарата и профилактику воспалительных заболеваний.

Назначают разгрузочную щадящую диету, ограничение подвижности н/ч, физические методы профилактики воспаления сустава.

Ограничение подвижности челюсти: с помощью пращевидной повязки сроком на 1–1,5 мес. При безуспешности лечения изготавливают ограничитель движений (пользуются не менее 2 мес).

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

При гипермобильности височно-нижнечелюстных суставов, когда больной не испытывает чувства дискомфорта или боли, лечебных мероприятий не требуется. Если пациент акцентирует внимание на дугообразных смещениях нижней челюсти, контурировании головки под скуловой дугой, если при жевании периодически появляются реципрокные щелчки, свидетельствующие о дислокациях суставного диска, то целесообразным является назначение курса упражнений, направленных на восстановление плавных, ровных движений нижней челюсти с физиологической амплитудой.

Вывихи ВНЧС у детей и подростков

Пациент становится перед зеркалом, смыкает зубы и, медленно открывая и закрывая рот, следит за движением нижней челюсти по центральным резцам. Фиксируя ладони на околоушно-жевательных областях в проекции ветвей нижней челюсти, он удерживает последнюю от боковых смещений. Перед началом упражнения необходимо определить нормальный объем вертикальных движений нижней челюсти, который равен ширине трех поперечных пальцев пациента.

При этом следует контролировать положение головок челюсти, предупреждая их продвижение кпереди от суставного бугорка. Упражнение выполняют по 5-10 минут дважды в день в течение 1,5-2 месяцев.

Заключение

Все больше исследователей видят в возникновении нарушений ВНЧС результат воздействия комбинации целого ряда неблагоприятных факторов, которые могут усиливать друг друга: зубочелюстные аномалии и деформации зубных рядов, нарушение функции жевательных мышц, психогенные факторы, соматическая патология – заболевания соединительной ткани, болезни позвоночника.

В настоящее время весьма актуальной является проблема диагностики и лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно-нижнечелюстных суставов.

Множество авторов связывают это с отсутствием целенаправленной комплексной диагностики и, зачастую, неправильной тактики лечения таких больных.

Данная проблема является не только медицинской, но и социальной, что определяет перспективность исследования данной области стоматологии.

Список литературы

1. Наумович С. А., Наумович С. С., Титов П. Л. Основы функциональной окклюзии //Современная стоматология. – 2010. – №2. – С. 4-18.
2. Артюшкевич А. С. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава // Современная стоматология. – 2014. – №1 (58).
3. Симановская Е. Ю. и др. Биомеханический анализ развития и функционирования зубочелюстной системы человека //Российский журнал биомеханики. – 2007. – №. 4.
4. Ткаченко П. И., Белоконь С. О., Гуржий Е. В. Височно-нижнечелюстной сустав (возрастные особенности строения, заболевания у детей и подростков). – 2008.
5. Иорданишвили А., Рыжак Г., Солдатов Л. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста. – Litres, 2017.
6. Корсак А. К. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков //Учебно-методическое пособие.— Минск: БГМУ. – 2004.
7. Каспарова Н. Н., Колесов А. А., Воробьев Ю. И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков //М.: Медицина. – 1981. – Т. 159.
8. Гажва С. И. и др. Распространённость патологии височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с частичной потерей зубов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №. 6-0. – С. 193-193.
9. Самедов Т., Иванов Ю. Двигательная дисфункция нижней челюсти. – Litres, 2018.
10. Рабухина Н. А., Семкин В. А. Некоторые проблемы диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава //Стоматология. 2005. № 3. С. 33-34.
11. Лепилин А. В. и др. Методы обследования пациентов с патологией височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – №. 4.
12. Силин А. В., Ярнова Е. А. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстных суставов в оценке результатов лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями //Матер. XI Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов. СПб., 2006. С. 171-172.
13. Гайдарова Т. А. Анализ результатов электромиогра-фических исследований у больных с непроизвольным напряжением жевательных мышц // Матер. XII и XIII Всерос. науч.-практ. конф. и тр. IX съезда Стоматологической ассоциации России. М., 2004. С. 237-238.
14. Алексеева Е. И. Ревматические болезни и их влияние на качество жизни детей и их семей //Качество жизни. Медицина. 2008. N.1.
15. Булычева Е. А. Изучение нейромышечных нарушений с помощью игольчатой электромиографии у больных с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненными парафункциями жевательных мышц //Актуальные вопросы стоматологии. Саратов, 2005. С. 37-39.
16. Баранов А. А. Педиатрия (Ювенильный ревматоидный артрит). – М.: ГЭОТАР-медиа, 2005.
17. Мамедов А. А. и др. Нарушение роста и развития зубочелюстной системы у детей с ювенильным ревматоидным артритом //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – Т. 8. – №. 4.
18. Мамедов А. А. и др. Изменения в зубочелюстной системе у детей с ювенильным ревматоидным артритом //Земский врач. – 2011. – №. 5.
19. Солоп И. А. Состояние зубочелюстной системы и планирование ортодонтической помощи детям с ювенильным ревматоидным артритом : дис. – ГОУВПО" Московская медицинская академия", 2011.
20. Ferretti C., Bryant R., Becker P., Lawrence C. Temporomandibular joint morphology following post-traumatic ankylosis in 26 patients. Int J Oral Maxillofac Surg. 2005. Vol. 34 (4).
21. Шорстов Я. В., Топольницкий О. З., Ульянов С. А. Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Современные взгляды, подходы в лечении и реабилитация в различные периоды детского возраста //Медицинский альманах. – 2015. – №. 3 (38).
22. Любченко А. В., Куцевляк В. И. Этиология, патогенез и клиника вторичного деформирующего остеоартроза и анкилозов височнонижнечелюстного сустава //Международный медицинский журнал. – 2011.
23. Харьков Л. В., Коротченко Г. М., Коломиец Н. Н. Ошибки в диагностике и лечении анкилозирующих заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей // Совр. стоматология.— 2008.— No 1.
24. Ярославская Ю. Ю. Факторы развития синдрома мышечной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в детском и юношеском возрасте // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2014. – №. 4. – С. 299-306.
25. Ивасенко П. И. и др. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. – 2007.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!