

А.К. ИОРДАНИШВИЛИ,
Л.Н. СОЛДАТОВА, Г.А. РЫЖАК

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО
СУСТАВА И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ У ЛЮДЕЙ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



**Андрей Константинович Иорданишвили
Людмила Николаевна Солдатова
Галина Анатольевна Рыжак**

**Диагностика и лечение заболеваний
височно-нижнечелюстного сустава у
людей пожилого и старческого возраста**

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=2471965*

*Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Рыжак Г.А. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста. – : МАНЭБ-Нордмедиздат; Санкт-Петербург; 2011
ISBN 978-5-98306-101-9*

Аннотация

В книге представлены сведения о встречаемости и клинических особенностях течения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и парафункций жевательных мышц среди старших возрастных групп населения страны. Описаны разработанные авторами новые способы диагностики патологии ВНЧС и жевательных мышц, а также методы клинической оценки степени тяжести течения и оценки эффективности лечения людей старших возрастных групп, страдающих дисфункцией ВНЧС и парафункцией жевательных мышц. Изучены факторы, определяющие эффективность стоматологических реабилитационных мероприятий при лечении дисфункции ВНЧС и парафункций жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста.

Содержание

Список принятых сокращений	5
Предисловие	6
Введение	8
Глава 1	10
1.1. Современные геронтостоматологические проблемы	10
1.2. Возрастные изменения височно-нижнечелюстного сустава	14
1.3. Клиника и диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава	16
1.3.1. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	16
1.3.2. Височно-нижнечелюстные артриты	19
1.3.3. Височно-нижнечелюстные артрозы	21
1.3.4. Парафункции жевательных и мимических мышц	23
1.4. Комплексное лечение заболеваний височно-нижнечелюстных суставов	25
Конец ознакомительного фрагмента.	26

**А.К.Иорданишвили,
Л.Н.Солдатова, Г.А.Рыжак**
**Диагностика и лечение заболеваний
височно-нижнечелюстного сустава у
людей пожилого и старческого возраста**

Авторы:

Иорданишвили Андрей Константинович – Заслуженный рационализатор РФ, профессор кафедры ортопедической стоматологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова, доктор медицинских наук, профессор;

Солдатова Людмила Николаевна – научный сотрудник лаборатории возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, главный врач лечебно-диагностического стоматологического центра «Альфа-Дент», Санкт-Петербург;

Рыжак Галина Анатольевна – Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе и новым технологиям, заведующая лабораторией возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор Д.Ю. Мадай, доктор медицинских наук, профессор Г.Г. Иванова, доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки РФ, профессор М.М. Дьяконов.

Список принятых сокращений

ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав

ИГ – индекс гигиены

КПИ – комплексный периодонтальный индекс

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

УСП – уровень стоматологической помощи

ЭМГ – электромиография

ДКОТ – денальная объемная компьютерная томография

Предисловие

Демографическая особенность настоящего времени, охватывающая практически весь мир, – увеличение доли пожилых и старых людей. Этот объективный процесс является одной из важнейших проблем начала XXI века. Изменение структуры населения меняет область задач врачей-стоматологов, делая задачи повышения качества оказания стоматологической помощи и повышения качества жизни людей пожилого и старческого возраста, одними из приоритетных.

Состояние полости рта отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус. Это предопределяет необходимость интегрального подхода к пожилому человеку, так как кроме стоматологических проблем, необходимо учитывать общесоматический статус, и социально-экономические факторы, влияющие на здоровье пожилого человека, тем более что в старших возрастных группах значительно выше не только заболеваемость, но и количество заболеваний внутренних органов у каждого пациента. В среднем, при обследовании людей пожилого и старческого возраста, определяется 3–5 болезней. И закономерно, что патологические и адаптационные процессы в полости рта у пациентов с отягощенной соматической патологией будут иметь свои особенности, неблагоприятно влияющие на результаты стоматологической реабилитации.

Многофакторность воздействия внутренней и внешней среды диктует необходимость обобщенного видения и целостного подхода к человеку, использования многоаспектных диагностических и лечебных мер. Это означает целостность подхода не только к больному органу, но и к больному человеку в комплексе его экологических, социально-психологических и нравственных проблем.

Сотрудники отдела возрастной клинической патологии Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук на протяжении многих лет решают научно-прикладные вопросы по стоматологической реабилитации пациентов с мультиморбидными состояниями.

В ходе научных исследований было установлено, что с нарастанием морфологических и функциональных нарушений в процессе развития патологических состояний адаптивно-компенсаторный запрос к системе органов и тканей жевательного аппарата возрастает. В то же время, увеличивается объем конструкций и стоматологических лечебных мероприятий, необходимых для возмещения утраченных органов.

Изучение факторов, определяющих реабилитационный потенциал стоматологических пациентов с мультиморбидными состояниями показало, что прогностически значимыми при планировании реабилитационных мероприятий являются медико-социальные и общесоматические характеристики пациентов в совокупности с показателями стоматологического статуса. Наличие тесных корреляционных взаимоотношений между медикосоциальными, общесоматическими и стоматологическими показателями предопределяет необходимость рассмотрения системного гомеостаза у пациентов с коморбидной патологией при проведении ортопедического стоматологического лечения. При этом наиболее значимой соматической характеристикой, отражающей медико-социальный и стоматологический статус пациентов, является наличие коморбидных состояний, рост которых приводит к снижению реабилитационного потенциала организма.

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц у людей различных возрастных групп встречаются весьма часто и диагностируются у 20–80 % стоматологических больных. Вместе с этим, вопросы встречаемости патологии ВНЧС и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста изучены недостаточно, а имеющиеся сведения о частоте этой патологии весьма противоречивы. Кроме того, организация и про-

ведение лечебно-диагностических мероприятий при патологии ВНЧС и жевательных мышц пациентам старше 60 лет осуществляется согласно стандартам, как правило, без акцента на возрастные особенности организма таких пациентов. В то же время, у людей пожилого и старческого возраста часто встречаются не только возрастные особенности органов и тканей жевательного аппарата, но и патологические их изменения, которые необходимо учитывать при проведении диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий. Поэтому научное исследование, выполненное А.К.Иорданишвили, Л.Н.Солдатовой и Г.А.Рыжак, представляется весьма актуальным для практического здравоохранения.

Ознакомление с монографией профессора А.К.Иорданишвили, научного сотрудника Л.Н.Солдатовой и Заслуженного деятеля науки РФ профессора Г.А.Рыжак несомненно будет полезно не только врачам-стоматологам терапевтам, хирургам и ортопедам, геронтологам, но и организаторам здравоохранения.

Директор Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, вице-президент геронтологического общества РАМН, Президент Европейского отделения Международной Ассоциации Геронтологии и Гериатрии, главный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор

В.Х. ХАВИНСОН

Введение

Изменение структуры населения развитых стран в сторону увеличения удельного веса лиц пожилого и старческого возраста является демографической особенностью настоящего времени [Алимский А.В., 1999; 2000]. Это обуславливает значительное возрастание интереса специалистов к состоянию здоровья и качеству жизни пожилых людей [Белоконь О.В., 2005].

Состояние органов и тканей жевательного аппарата отражает возрастные изменения и здоровье человека, его экономический статус, предопределяет необходимость комплексного подхода к пожилому пациенту, так как при реализации диагностических и лечебно-профилактических мероприятий врачу-стоматологу необходимо учитывать общесоматический статус пациентов и ряд социально-экономических факторов, влияющих на здоровье пожилого человека [Луцкая И.К., 1995; Алимский А.В., 1999; Борисова Е.Н., 2000; Unimo M., Nagao M., 1993; Taylor C.M., 1994].

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц встречаются весьма часто и диагностируются у 20–80 % стоматологических больных [Хватова В.А., 1993; Иорданишвили А.К., 2005; Ивасенко П.И. и соавт., 2009]. Многие больные с патологией ВНЧС и жевательных мышц вообще за медицинской помощью не обращаются, и эти заболевания выявляются случайно при обращении пациентов в стоматологические поликлиники и кабинеты для лечения и протезирования зубов [Сидоренко А.Н., 2000; Optitz S. et al., 2004]. Отмечено, что в 70–89 % случаев дисфункциональная патология ВНЧС и жевательных мышц не связаны с воспалительными процессами и являются обычным функциональным нарушением [Вязьмин А.Я., 1999; Онопа Е.Н. и соавт., 2004]. Считают, что минимальные показатели распространенности этой патологии относят к синдрому болевой дисфункции ВНЧС, более высокие – ко всем проявлениям этой патологии [Сергеева Т.А., 1997]. На распространенность этой патологии влияют условия и образ жизни, возраст пациентов, состояние их жевательного аппарата и ряд других факторов [Егоров П.М., Карапетян И.С., 1986; Иорданишвили А.К., 2007]. Вместе с этим, вопросы встречаемости патологии ВНЧС и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста мало изучены, а имеющиеся сведения о частоте этой патологии противоречивы. Кроме того, организация и проведение лечебно-диагностических мероприятий при патологии ВНЧС и жевательных мышц пациентам старше 60 лет осуществляется согласно стандартам, как правило, без акцента на эту возрастную категорию. В то же время, у людей пожилого и старческого возраста имеются возрастные морфо-функциональные особенности органов и тканей жевательного аппарата, которые необходимо учитывать при выполнении им диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий. В связи с вышеизложенным проведение данного клинического исследования является актуальным.

Целью исследования являлось изучение возрастных особенностей патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и совершенствование методов диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста.

Для достижения цели исследования были поставлены и решались следующие основные задачи.

1. Изучить показатели уровня оказания стоматологической помощи людям пожилого и старческого возраста в Санкт-Петербурге и Ленинградской области.
2. Определить частоту встречаемости патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста.

3. Усовершенствовать методы диагностики, клинической оценки степени тяжести течения и эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у пациентов пожилого и старческого возраста.

4. Разработать критерии прогнозирования по выявлению групп риска среди людей разного возраста, предрасположенных к возникновению дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и парафункций жевательных мышц.

5. Оценить эффективность стоматологических реабилитационных мероприятий у людей пожилого и старческого возраста с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и парафункцией жевательных мышц.

Таким образом, данная работа в определенной мере способствует заполнению пробела знаний у специалистов о лечебно-профилактических мероприятиях при патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у людей пожилого и старческого возраста, а также обоснованию возможности применения современных методик прогнозирования, диагностики и оценки эффективности лечения заболеваний ВНЧС и парафункций жевательных мышц у взрослых людей.

Глава 1

Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика, лечение

1.1. Современные геронтостоматологические проблемы

Организация в 1983 г. Международной ассоциации по геронтологии (IAG) положила начало развитию геронтостоматологии как самостоятельного научного направления, после чего стал шире применяться термин «геронтостоматология» как название этой прикладной науки [Кюнцель В., 1990]. В соответствии с этим наука о зубохранении людей пожилого и старческого возраста была выделена в отдельную дисциплину.

Деятельность Международной ассоциации по геронтологии способствовала тому, что термин «геронтостоматология» прочно вошел в научный тезаурус и стал широко использоваться учеными и практиками. В связи с увеличением доли пожилых людей в большинстве развитых стран мира в настоящее время постоянно увеличивается также их число среди пациентов стоматологической практики.

Эпидемиологические исследования, проведенные зарубежными учеными, показали неудовлетворительное состояние полости рта у лиц пожилого и старческого возраста [Jette A.M., 1983; Unimo M., Nagao M., 1993; Taylor C.M., 1994]. Утрата зубов с последующими нарушениями функций зубочелюстной системы ведет к изменениям и нарушению функции височно-нижнечелюстного сустава [Wysokinska-Miszczuk J., 1989; Kus I.M. et al., 1990; Phipps K.R. et al., 1991]. Рядом авторов было установлено, что от 21 до 64 % обследованных лиц пожилого и старческого возраста были с полной потерей зубов. У 34–50 % обследованных отмечены выраженные проблемы, связанные с пережевыванием пищи [Slade J.D. et al., 1990; Locker D., 1992]. Значительная часть пациентов (15–31 %) старших возрастных групп отмечала дискомфорт и неприятные или болевые ощущения в области височно-нижнечелюстного сустава и была не удовлетворена состоянием и функциональными возможностями своего жевательного аппарата [Leake J.L. et al., 1990; Locker D., 1992]. Это неизбежно приводило к снижению качества жизни и возникновению психосоматических проявлений депрессивного характера.

Кроме того, по данным В.Т. Номан и соавт. (1988), более 62 % пожилых людей имели один или более симптомов патологических изменений в области височно-нижнечелюстного сустава, до 30 % обследованных отмечали определенную социальную изолированность и проблемы в общении с другими людьми из-за состояния полости рта и зубочелюстной системы [Slade J.D. et al., 1990; Long H.L., Miller W.A., 1994]. По данным эпидемиологических исследований, около 15–18 % обследованных среднего возраста и старших возрастных групп с сохранившимися зубами нуждались в срочной стоматологической помощи [Leake J.L. et al., 1990]. Большинству (70–90 %) пациентов среднего и старшего возраста требовалось пародонтологическое лечение [Bergman J.D. et al., 1991; Mattin D., Smith J.M., 1991], от 30 % до 82 % – удаление зубов в связи с заболеваниями пародонта [Barleanu L. et al., 1990; Mattin D., Smith J.M., 1991].

По данным ряда авторов, значительная часть пациентов (26–37 %) нуждается в лечении зубов по поводу кариеса и его осложнений [Slade J.D. et al., 1990; Brunner T., Busin M., 1991], часто приводящих к обострению сопутствующих соматических заболеваний. У пациентов

среднего и пожилого возраста отмечено прогрессирование таких форм заболевания, которые ведут к потере зубов и нарушению функции жевания и изменениям со стороны височно-нижнечелюстного сустава.

Следовательно, совершенствование качества и повышение уровня стоматологической помощи должно основываться на результатах эпидемиологических исследований и учитывать геронтостоматологические особенности патологии у лиц старших возрастных групп.

Данные эпидемиологических исследований в России по изучению показателей стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста подтверждают высказанное выше утверждение [Боровский Е.В., Пак А.Н., 1991; Кузьмина Э.М., 1995; Луцкая И.К., 1995; Алимский А.В., 1999; Борисова Е.Н., 2000].

Состояние зубочелюстной системы стоматологи традиционно оценивают по показателям индекса КПУ, который включает в себя сумму числа зубов, поврежденных кариесом (К), пломбированных по поводу кариеса и его осложнений (П) и удаленных (У) по поводу кариеса, его осложнений, заболеваний пародонта или иных причин (в том числе и косметических). Чем больше индекс КПУ, тем более неблагоприятным является состояние зубочелюстной системы.

Эпидемиологические исследования отечественных авторов [Алимский А.В., 1999; Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М., 2001; Боровский Е.В., 2002] показали, что во всех возрастных группах наблюдается практически 100 % распространенность кариеса зубов. При этом интенсивность поражения кариесом у пациентов старших возрастных групп колеблется от 19,1 пораженных зубов в возрастной группе 60–69 лет до 28,5 – в возрастной группе 80–89 лет. В среднем для всех обследованных индекс КПУ составил 24,3 (показатель стандартизирован). Частота полной утраты зубов одновременно на верхней и нижней челюстях у пациентов возрастной группы 70–79 лет составила 34,8 %, в возрастной группе 80–89 лет – 42,7 % и в возрастной группе 90 лет и старше – 42 % [Алимский А.В., 1999].

Выполненное в различных регионах России в соответствии с рекомендациями ВОЗ геронтостоматологическое исследование состояния полости рта у лиц в возрасте 65–74 лет выявило, что структурный компонент «К» индекса КПУ составил 0,4–1,0; в возрастной группе 75–84 года – 0,6–1,0, а компонент «П» – 2,2–3,3 [Боровский Е.В., Пак А.Н., 1991].

По данным многих авторов, отмечается четкая зависимость степени утраты зубов от возраста пациента. так, полная потеря зубов у пожилых людей в возрасте 60–69 лет встречается у 9,9 % обследованных, в возрасте 70–79 лет – у 29,5 %, а у лиц старше 80 лет – у 40,2 % [Луцкая И.К., 1995]. Исследования Е.Н. Борисовой (1999; 2000; 2001) выявили в тех же возрастных группах частоту полной потери зубов, составившую 10,9 %, 13,5 % и 25,3 % соответственно. Поражение зубов кариесом было выявлено практически у всех обследованных. Изменения десен различной степени имели 100 % обследованных данной категории населения.

Выполненное Э.М. Кузьминой в период с 1979 по 1995 гг. обследование лиц в возрасте 65–74 лет в 7 основных регионах России, проведенное с учетом рекомендаций ВОЗ для такого рода исследований, позволило выявить 100 % распространенность кариеса, а показатель интенсивности кариеса составил от 15,8 до 23,7. В среднем у каждого пожилого человека сохранилось в полости рта 5–6 зубов. Распространенность заболевания пародонта колеблется от 97 % до 100 % у этой категории пожилых людей [Кузьмина Э.М., 1999].

Таким образом, эпидемиологические геронтостоматологические исследования состояния полости рта у лиц старших возрастных групп, выполненные в России и других странах, показали, что потребности в стоматологическом обслуживании резко увеличиваются с возрастом пациентов, имеют выраженные возрастные особенности, связанные со спецификой патологических изменений зубочелюстной системы и височно-нижнечелюстного сустава пациентов.

Следовательно, при определении стратегии стоматологического обслуживания населения следует исходить из приоритетов, определяемых демографической ситуацией и ее развитием, эпидемиологически обоснованной потребностью в стоматологической помощи, а также ее эффективностью [Алимский А.В., 1999].

В возрастном аспекте наиболее частые функциональные нарушения зубочелюстной системы связаны с потерей зубов, их стираемостью, изменениями в височно-нижнечелюстном суставе [Цимбалистов А.В. и соавт., 1996]. Очевидно, что именно поэтому одним из главных показателей здоровья пожилых людей является наличие естественных зубов.

Как известно, одной из основных задач Всемирной ассоциации стоматологов было снижение к 2000 г. частоты «беззубости» в возрастной группе 35–44 года на 50 %, а в возрастной группе старше 64 лет – на 25 %. Согласно данным современных зарубежных и отечественных демографических и эпидемиологических исследований, сохранение естественных зубов до глубокой старости сопровождается увеличением количества заболеваний маргинального пародонта и твердых тканей зубов, особенно обнаженных корней зубов. Однако за счет проведения соответствующих возрасту профилактически ориентированных геронто-стоматологических программ стоматологической помощи риск развития основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста значительно уменьшается.

В то же время, необходимо отметить, что при реализации геронтостоматологических программ профилактики стоматологических заболеваний необходимо учитывать отношение пожилых людей к состоянию своих зубов и полости рта, снижению качества их жизни, особенности их восприятия стоматологического обслуживания, настороженное отношение к высокой стоимости стоматологических услуг. В полной мере это относится и к населению России, старшие возрастные группы которого испытывают на себе давление комплекса социально-экономических, медицинских и социально-психологических проблем, связанных со снижением качества жизни, низким уровнем пенсионного обеспечения и высокой стоимостью медицинских и, прежде всего, стоматологических услуг населению. Эти важные особенности необходимо учитывать при организации геронтостоматологической помощи населению в России.

В качестве современных направлений повышения качества геронтостоматологической помощи населению в первую очередь рассматривается необходимость повышения уровня стоматологической помощи за счет внедрения передовых медицинских технологий, ранней диагностики, лечения и протезирования зубочелюстной системы, которые предполагают совершенствование технических средств и стоматологического оборудования, инструментария, развитие технологий протезирования зубов (металлокерамика, имплантация зубов и т. п.), новые технологии ортодонтологии, новые композитные материалы, развитие фармакологического обеспечения обезболивания.

Одним из перспективных направлений геронтостоматологии в плане повышения эффективности лечения лиц пожилого возраста с генерализованным пародонтитом является применение пептидных биорегуляторов с целью нормализации процессов регенерации тканей пародонта.

По мнению ряда отечественных и зарубежных авторов, к числу передовых медицинских технологий реабилитации пациентов при потере зубов относится протезирование больных с применением внутрикостных имплантатов. Так, протезирование больных несъемными зубными протезами на имплантатах является одним из эффективных способов ортопедического лечения пациентов, способствует более быстрой их адаптации к протезу. Рациональное и адекватное протезирование может способствовать устранению патологических изменений со стороны височно-нижнечелюстного сустава. Однако в доступной литературе сведений о взаимосвязи протезирования пациентов пожилого возраста и патологии височно-нижнечелюстного сустава мы не нашли. Возможность проведения адекватного и

рационального протезирования с целью устранения патологии височно-нижнечелюстного сустава у пациентов пожилого и старческого возраста требует детального исследования.

1.2. Возрастные изменения височно-нижнечелюстного сустава

Височно-нижнечелюстной сустав – это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и височной костями. Правое и левое сочленение физиологически образуют единую систему, движения в них совершаются одновременно. Височно-нижнечелюстной сустав состоит из следующих элементов: головка нижней челюсти, нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, суставной диск, капсула и связки.

Суставная головка – костное образование эллипсоидной формы на конце мыщелковых отростков нижней челюсти. Состоит из тонкого слоя компактной кости, сбоку покрытой волокнистым хрящом, а снизу губчатой костью. Головка удлинена в поперечном направлении, сужена в сагиттальном.

Нижнечелюстная ямка височной кости спереди отграничивается суставным бугорком, сзади проходит по переднему краю каменистобарабанной щели височной кости, латерально – ограничена скуловым отростком. Каменисто-барабанная щель делит ямку на две примерно равные части: переднюю (интракапсулярную) и заднюю (экстракапсулярную). Передняя часть ямки представлена плотной костной тканью, покрытой хрящом. Задняя часть – лишь тонкой костью, отделяющей суставную ямку от среднего и внутреннего уха, что способствует переходу воспалительных процессов уха на элементы височно-нижнечелюстного сустава. Размеры нижнечелюстной ямки височной кости больше суставной головки, что относит височно-нижнечелюстной сустав к инконгруэнтным суставам, последняя выравнивается за счет того, что суставная капсула прикрепляется не вне ямки, а внутри ее у переднего края каменисто-барабанной щели и за счет двояковогнутого суставного диска.

Суставной бугорок – костное утолщение заднего отдела скулового отростка височной кости. У новорожденных он отсутствует, а появляется к 7–8 месяцам жизни и полностью оформляется к 6–7 годам (к началу прорезывания постоянных зубов). При вертикальных движениях нижней челюсти головка скользит по заднему его скату, а при максимальном открытии рта – останавливается у его вершины. Высота суставного бугорка изменяется в зависимости от возраста и зубной окклюзии. Наибольшая его высота отмечается у людей среднего возраста с нормальным прикусом. В пожилом возрасте и при отсутствии зубов высота бугорка уменьшается.

Суставной диск – двояковогнутая пластинка, состоящая из грубоволокнистой соединительной ткани. Имеет овальную форму. Расположен между суставными поверхностями, изолирует суставную головку от нижнечелюстной ямки, разделяя полость сустава на два этажа (верхний и нижний), диск сращен по краям с капсулой сустава. Объем верхнего этажа – 1,5 мл, а нижнего – 0,5 мл [Егоров П.М., 1975]. Диск расположен так, что суставная головка скользит по задней поверхности бугорка, поэтому в момент жевательного акта наибольшее давление приходится не на заднюю часть свода суставной ямки, а на суставной бугорок. С возрастом происходят дистрофические процессы в суставном диске, что может приводить к его склерозированию и истончению [Бынин В.Н., 1940].

Суставная капсула – эластичная соединительнотканная оболочка. Состоит из наружного – фиброзного и внутреннего – эндотелиального слоя.

Внутренний слой представлен клетками, которые выделяют синовиальную жидкость, уменьшающую трение суставных поверхностей, и является биологической защитой сустава от внедрения микробов. Капсула очень прочна (не разрывается при вывихах). Передняя часть капсулы прикрепляется впереди бугорка, а задняя – к каменисто-барабанной щели.

Связочный аппарат представлен интра- и экстракапсулярными связками, которые регулируют боковые движения или выдвижения челюсти вперед. При старении организма в

капсуле и связочном аппарате также наблюдаются склеротические изменения [Бынин В.Н., 1940].

При заболевании височно-нижнечелюстного сустава связки теряют свою эластичность и ограничивают движение в суставе, а при их оссификации движение в суставе крайне затруднено.

По мнению В.А. Хватовой (1982), инконгруэнтность суставных поверхностей создает неустойчивость внутрисуставных взаимоотношений, а также полную зависимость этих взаимоотношений от смыкания зубных рядов и состояния жевательных мышц.

В височно-нижнечелюстном суставе возможна комбинация разных видов движения: вертикального (открывание и закрывание рта), сагиттального (вперед и назад) и трансверзального (боковое). В норме при максимальном открывании рта расстояние между режущими краями верхних и нижних резцов (резцовое расстояние) равно приблизительно 40–50 мм. Изменение расстояния между режущими краями резцов при открывании рта в сторону его уменьшения или увеличения указывает на патологию в суставе или окружающих его тканях. При артритах, артрозах, болевой дисфункции, анкилозе и т. д. наблюдается уменьшение этого расстояния, а при подвывихах сустава – увеличение.

В норме, в зависимости от вида прикуса, различают три типа височно-нижнечелюстного сустава:

- при ортогнатическом прикусе – умеренно выпукло-вогнутый;
- для прямого прикуса характерен уплощенный сустав;
- для глубокого – подчеркнуто выпукло-вогнутый.

Все это необходимо учитывать при обследовании больных и установлении диагноза.

1.3. Клиника и диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) достаточно распространены, упорны по своему клиническому течению и трудно поддаются лечению.

В настоящее время стоматологи и челюстно-лицевые хирурги различают следующие нозологические формы заболеваний ВНЧС: 1) дисфункции; 2) артриты; 3) артрозы; 4) анкилозы; 5) опухоли. Кроме этого, при изучении заболеваний ВНЧС принято выделять вывихи и подвывихи ВНЧС, контрактуры нижней челюсти (сведение челюстей), а также парафункции жевательных и мимических мышц челюстно-лицевой области. Последнее обстоятельство обусловлено тем, что патологические изменения и нарушения во внесуставных мягких тканях челюстно-лицевой области, функционально связанных с височно-нижнечелюстным суставом, сказываются на состоянии последнего, что обуславливает степень участия жевательного аппарата в актах жевания, речеобразования, дыхания и мимики [Иорданишвили А.К., 2005; Bell W.E., 1991].

1.3.1. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

Под дисфункцией ВНЧС понимают нарушение функции сустава, которое может препятствовать полноценному пережевыванию пищи, речеобразованию и сопровождаться появлением боли, нередко иррадиирующей в смежные области лица и головы [Helkimo M., 1979]. По данным В.А. Хватовой (1993), от 27 до 76 % больных, обращающихся к стоматологам, имеют жалобы на нарушение функции ВНЧС.

По мнению ряда авторов, в 70–89 % случаев болевой синдром в области ВНЧС не связан с воспалительными процессами, а является обычным функциональным нарушением, дисфункцией, и обусловлен изменениями в мягкотканых элементах: диске, задисковой зоне, капсулярно-связочном аппарате и т. п. [Егоров П.М., Карапетян И.С., 1989; Гринин В.М., Максимовский Ю.М., 1998; Вязьмин А.Я., 1999; Корнилов В.М., 2001; Пузин М.Н., Вязьмин А.Я., 2002; Пузин М.Н. и соавт., 2002; Писаревский Ю.Л. и соавт., 2003; Ивасенко П.И. и соавт., 2009; Travel J., Simons D., 1984; Kurita H., Kurashina K. et al., 1998].

В основе дисфункций ВНЧС лежит различная патология окклюзии, которая постепенно приводит к нарушению координированной работы жевательных мышц и синхронной функции ВНЧС, что обуславливает изменение движения нижней челюсти во всех направлениях [Банух В.Н., 1986; Зизевский С.А., 1989; Сидоренко А.Н., 2000; Джаханара

С. и соавт., 2003; Gross A., Gale E.N., 1983; Alexander S.R., Moore R.N., DuBois L.M., 1993]. При этом закрепляется неправильное вынужденное центральное соотношение челюстей. В.В. Баданин (2000) считает нарушение окклюзии основным этиологическим фактором возникновения дисфункции ВНЧС. Кроме того, иницирующими факторами дисфункции ВНЧС могут быть различные изменения со стороны деятельности ЦНС (нервно-эмоциональное, физическое напряжение), парафункции жевательных мышц, острые одномоментные травмы в области ВНЧС, хронические микротравмы элементов сустава в результате нерационального или некачественного протезирования зубов, травматическая окклюзия из-за заболеваний пародонта или патологической стираемости твердых тканей зубов [Пилипенко И.П., 1989; Семенов И.Ю., 1997; Горожанкина Е.А., Марков Б.П., Мамедов Ф.М., 2003; Сулимов А.Ф., Савченко Р.К., 2004; Силин А.В., 2006; Ивасенко П.И. и соавт., 2007; Самедов Т.И., Иванов Ю.В., 2008; Roth R.H., 1976; Solberg W.K., Wood M.W., Houston J.B., 1979].

Дисфункция ВНЧС может являться также проявлением функциональных нарушений организма, обусловленных заболеваниями внутренних органов [Агапов В.С. и соавт., 1999; Sadat-Khonsari R., 2003]. Чаще всего патология зубных рядов приводит к изменению тонуса (гипертонус, спазм) жевательных мышц, асинхронному и дискоординированному их сокращению, нарушению кинематики нижней челюсти, что и обуславливает хроническую микротравму элементов ВНЧС [Гаврилов Е.И., 1984; Банух В.Н., 1986; Каламкаров Х.А., 2004; Бугровецкая О.Г. и соавт., 2006; Иорданишвили А.К., 2006; Roth R.H., 1981; Robertson C., Herbison P., Harkness M., 2003].

Необходимо подчеркнуть, что возникновению дисфункции ВНЧС способствуют, как предрасполагающий фактор, анатомические предпосылки – особенности строения этого сустава. Кроме того, неблагоприятные индивидуальные особенности строения ВНЧС (значительное несоответствие формы суставной ямки и суставной головки, невыраженность суставной ямки, малые размеры суставной головки, уплощенная или подчеркнуто выпукловогнутая форма суставного диска) способствуют возникновению дисфункции при наличии каких-либо этиологических факторов [Каламкаров Х.А. и соавт., 1977; Миняева В.А., 1981; Пантелеев В.Д., 2001; 2002; Силин А.В., 2003].

Подавляющее большинство авторов отмечают, что больные с дисфункцией ВНЧС обычно жалуются на боль, затрудненное откусывание, ограничение движения нижней челюсти, звуковые явления в суставе (хруст, щелканье, хлопающий звук), чувство дискомфорта в области ВНЧС и боковых поверхностей лица, быструю утомляемость жевательной мускулатуры при разговоре и во время еды [Carlsson G.E., Magnusson T., 2001; 2003]. Часто болевой синдром при дисфункции ВНЧС схож с болями при невралгиях различных ветвей тройничного нерва, артрите ВНЧС, остеохондрозе шейного отдела позвоночника и других заболеваниях головы и шеи, которые сопровождаются болью и нарушением артикуляции [Каламкаров Х.А., Петросов Ю.А., 1982; Хватова В.А., 1982; Насибулин Г.Г., Зизевский С.А., 1987; Чергештов Ю.И. и соавт., 2000; Безруков В.М. и соавт., 2002; Трошин В.Д., Жулев Е.Н., 2002; Лебеденко И.Ю. и соавт., 2006; Иорданишвили А.К., 2005; 2007].

При объективном обследовании обычно диагностируют асимметрию лица (за счет гипертрофии собственно жевательной мышцы из-за одностороннего жевания), признаки травматической окклюзии, смещение эстетического центра челюстей на 1–2 мм и более, аномалии и вторичные деформации жевательного аппарата (сниженный прикус, феномен Годона и др.), шумовые явления в ВНЧС, изменение амплитуды движений и девиацию нижней челюсти, болезненность при пальпации ВНЧС и жевательных мышц, иногда подвывихи и вывихи ВНЧС. Нередко выявляют парафункции жевательных мышц, а также изменения со стороны ЦНС (повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность) [Калинина Н.В., 1975; Шайхутдинов И.Ф., 1990; Чергештов Ю.И. и соавт., 2000; Хватова В.А., 2004; Трезубов В.Н. и соавт., 2005; Булычева Е.А., Трезубов В.Н., 2007].

По данным Т.А. Сергеевой (1997), у больных дисфункциями ВНЧС в 91 % имеют место дефекты в боковых участках зубных рядов, в 53 % – суперконтакты, в 58 % – поражение (разрушение) коронковых частей моляров и премоляров, в 60 % – неполноценные зубные протезы, в 81,6 % – снижение высоты прикуса.

Четкое выяснение жалоб больного, уточнение анамнеза болезни и жизни, оценка общего состояния больного, особенно соответствие физического и психического развития возрасту, особенности телосложения, осанка (нормальная, выпрямленная, сутуловатая, лордическая, кифотическая, сколиотическая), походка, а также состояние аппетита и повышенная эмоциональная возбудимость больного играют важную роль в диагностике дисфункции ВНЧС [Гринин В.М., Максимовский Ю.М., 1998; Горожанкина Е.А. и соавт., 2003; Ивасенко П.И. и соавт., 2009].

При исследовании головы и лица обращают внимание на гармонию строения головы (соотношение размеров мозгового и лицевого черепа), симметричность правой и левой половины, взаимосвязь формы лица и челюстей (форму профиля: выпуклый, прямой, вогнутый) [Сперанский В.С., 1988; Каспарова Н.Н. и соавт., Безруков В.М., Робустова Т.Г., 2000; Семкин В.А., Рабухина Н.А., 2000; Дмитриенко С.В. и соавт., 2006; Ricketts R.M., 1981; Leslie G.F., 1994; Okeson J.P., 2005].

При осмотре полости рта определяют характер прикуса, величину резцового перекрытия, дефекты зубных рядов, качество наложенных пломб и зубных протезов. Оценивают степень совпадения эстетических центров зубных дуг челюстей [Костур Б.К., 1978; Костур Б.К. и соавт., 1981; Макеев В.Ф., 2004; Griffin C.J., Munro R.R., 1975].

Н.К. Логинова и соавт. (2007) рекомендуют при обследовании ВНЧС определять характер подвижности нижней челюсти (тугоподвижность, чрезмерная подвижность), степень открывания рта (свободное, ограниченное, затрудненное), болезненность при открывании рта, плавность движений нижней челюсти, наличие припухлости и западения в области суставных головок, отраженных болей в суставе при нагрузке на ветвь челюсти в продольном направлении кверху. При пальпации ВНЧС оценивают болезненность, положение движения суставных головок при введении пальцев в наружные слуховые проходы [Арутюнов С.Д. и соавт., 2003; Лебеденко И.Ю. и соавт., 2003; Иорданишвили А.К., 2005].

В диагностике патологии ВНЧС ряд авторов придают большое значение такому методу исследования, как аускультация [Зизевский С.А., 1984; Ивасенко П.И. и соавт., 2009]. При аускультации оценивают справа и слева наличие звуковых феноменов в области ВНЧС при движениях нижней челюсти (хруст, крепитация, щелканье, трение суставных поверхностей).

Во всех клинических случаях необходимо изготовить диагностические модели, выполнить окклюдограммы для установления контактов зубов-антагонистов, опережающих смыкание зубных дуг челюстей [Хватова В.А., 1982; 2002; Трезубов В.Н. и соавт., 2001].

По мнению В.А. Хватовой (2002), А.В. Цимбалистова и соавт. (1994), из дополнительных и специальных методов обследования следует применять гнатодинамометрию, позволяющую выявить дисфункцию ВНЧС и дифференцировать её от клинических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника, так как при развитии дисфункции усилие сжатия уменьшается в 2 раза по сравнению с нормой и составляет около 50 Н [Цимбалистов А.В. и соавт., 1995], а также электромиографию и мастикациографию [Griffin C.J., Munro R.R., 1971]. Эту точку зрения разделяют и другие авторы [Meyer G., Bernhardt O., Asselmeyer T., 2005; Маевски С.В., 2008].

Большое значение в диагностике заболеваний ВНЧС отводится рентгенологическим методам исследования. Необходимо применять рентгенографию (прямая, боковая, аксиальная проекции), специальные укладки по Подерсу в модификации Парма и по Шюллеру; томографию или ортопантомографию (с сомкнутыми зубными рядами и при широко открытом рте); пневмоартротомографию (введение в полость сустава медицинского кислорода, перед его введением предварительно удаляют выпот, если он есть), компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию [Баданин В.В., 2000; Баданин В.В., Воробьев Ю.И., 2000; Соловьев М.М. и соавт., 2000; Слесарев О.В., Поляруш Н.Ф., 2002; Рабухина

Н.А., Аржанцев А.П., 2002; 2003; Буланова Т.В., 2003; Рабухина и соавт., 2006; Farman A.G., Scarfe W.C., 2009]. Артротомография информативна в выявлении смещения диска, определении характера его деформации, диагностике нарушения целостности капсулы сустава. Проведение артротомографии с контрастированием одного из отделов сустава позволяет выявить отрыв и перфорацию суставного диска [Дергилев А.П., 2001; Aquilino S.A., Matteson S.R., Holland G.A., Philips C., 1985].

А.С. Иванов и соавт. (1990) отмечают, что компьютерная томография позволяет выявить передние и боковые смещения внутрисуставного диска, а также информативна в выявлении тонких структурных изменений в костных элементах сустава и в параартикулярных мягких тканях.

Магнитно-ядерной томографией выявляют смещение диска, характер его деформации, распознают повреждение элементов связочнокапсулярного аппарата, а также синовии, гемартроз и патологические изменения в околосуставных мягких тканях.

В сложных клинических случаях дисфункций ВНЧС следует провести более глубокое комплексное обследование больного и получить консультации врачей-интернистов: невропатолога, ревматолога и др. [Писаревский Ю.Л., 2001; Онопа Е.Н. и соавт., 2002; Цимбалистов А.В. и соавт., 2005].

1.3.2. Височно-нижнечелюстные артриты

Воспалительные и воспалительно-дистрофические заболевания ВНЧС называют артритом [Иванов А.С., 1985]. Согласно классификации артритов, предложенной ревматологами, в зависимости от этиологического фактора поражения ВНЧС в стоматологической практике артриты разделяют на инфекционные (неспецифические и специфические) и травматические [Сысолятин П.Г. и соавт., 2001].

Воспалительные процессы ВНЧС стали встречаться чаще, особенно у людей молодого и среднего возраста, и составляют в структуре заболевания ВНЧС 6-18 % [Петросов Ю.А. и соавт., 1996].

Инфекционные агенты могут попадать в ткани ВНЧС тремя основными путями: 1) при открытых повреждениях сустава; 2) гематогенным путем при острых инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь, дифтерия, ангина, грипп, тиф и др.) или при наличии в организме хронических очагов инфекции (одонтогенный хронический сепсис, ревматический полиартрит и т. п.); 3) контактным путем при остеомиелите нижней челюсти, паротите, мастоидите (чаще у взрослых), либо при переходе инфекционно-воспалительного процесса из окружающих тканей, особенно среднего уха и наружного слухового прохода (чаще у детей).

В течение инфекционного неспецифического артрита ВНЧС различают острую, подострую и хроническую стадии. В.А. Хватова (1982) указывает, что для височно-нижнечелюстных артритов в острой стадии заболевания более характерно серозное воспаление и значительно реже – гнойное.

Больные жалуются на постоянную резкую ноющую боль в области пораженного сустава, иррадиирующую в ухо и висок, усиливающуюся при движении нижней челюсти. Боль часто сочетается с припухлостью и покраснением кожи над суставом. За счет скопления в полостях ВНЧС серозного экссудата у больных появляется чувство распирания в области ВНЧС и невозможность плотного смыкания зубных рядов, а открывание рта ограничивается до 0,5–1,0 см. Пальпация области ВНЧС резко болезненна, наружный слуховой проход сужен, боли в суставе резко усиливаются при надавливании на подбородок или угол нижней челюсти с пораженной стороны. Отмечаются симптомы общей интоксикации организма: температура тела повышается до 37,5–37,9 °С, появляются лейкоцитоз и увеличение СОЭ [Безруков В.М., Робустова Т.Г., 2000].

Для верификации диагноза проводят рентгенологическое обследование. Для контактных артритов ВНЧС характерно одностороннее поражение, а для ревматоидного артрита – двустороннее поражение ВНЧС. Вместе с тем, развитие гнойного артрита ВНЧС чаще наблюдается при контактном переходе инфекции на ткани сустава.

В начальном периоде острого процесса воспалительные изменения локализуются в капсуле сустава и в периартикулярных тканях. Затем в воспалительный процесс вовлека-

ются синовиальная оболочка, хрящевые участки суставных поверхностей и поверхностные участки их костной ткани, что может привести к разволокнению и расплавлению хряща и развитию в полости сустава грубоволокнистой соединительной ткани.

Рентгенологические признаки поражения ВНЧС в виде расширения суставной щели появляются при скоплении выпота в полости ВНЧС [Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003].

Неблагоприятное течение может привести к развитию острого гнойного артрита ВНЧС или перевести процесс в подострую и хроническую стадию. В подостром периоде могут образовываться абсцессы, открывающиеся в наружный слуховой проход или в околоушно-жевательную область.

Хронический височно-нижнечелюстной артрит характеризуется умеренными самопроизвольными болями в области ВНЧС, связанными с движениями нижней челюсти, ограничением открывания рта, а иногда вынужденным положением нижней челюсти и звуковыми явлениями. Впереди от козелка уха может определяться нерезко выраженная припухлость кожи, цвет которой не изменен. На рентгенограммах диагностируется сужение суставной щели, реже – деструктивные изменения суставных поверхностей. Хронические артриты ВНЧС часто обостряются при переохлаждении и перегревании организма, общих острых инфекционных заболеваниях и микротравматизация ВНЧС [Иорданишвили А.К., 2006]. При артрите ВНЧС, обусловленном ревматической интоксикацией, выявляются положительные дифениламиновая, сиаловая и другие ревматические пробы [Мазуров В.И. и соавт., 1999].

Специфические инфекционные височно-нижнечелюстные артриты (туберкулезный, сифилитический, актиномикотический и гонорейный) встречаются крайне редко и имеют хроническое течение. Чаще эти заболевания развиваются в результате распространения инфекции на ткани ВНЧС контактным путем, реже гематогенным и лимфогенным [Петров Ю.А. и соавт., 1996; Ивасенко П.И. и соавт., 2009].

Туберкулезный артрит ВНЧС отличается наличием свищевых ходов и присоединением вторичной инфекции. Реакция Манту положительная, имеются характерные для туберкулеза изменения в легких. В анамнезе – контакт с туберкулезным больным.

Сифилитические артриты отличаются вялым длительным течением, наличием контрактуры нижней челюсти, возникающей при наличии гуммы в тканях, окружающих ВНЧС.

Актиномикотический артрит ВНЧС является осложнением шейнолицевого актиномикоза, распространившегося на ткани сустава. Характеризуется периодическими обострениями, при которых так же, как и при сифилитическом артрите, возможно развитие выраженной контрактуры жевательных мышц.

Гонорейный артрит возникает в период обострения гонореи. Возбудители попадают в ВНЧС гематогенным путем. Отличается острым течением, болями в ВНЧС, инфильтрацией околосуставных тканей, выраженной общей интоксикацией, повышением температуры тела до 38 °С.

Травматические артриты возникают при ушибах ВНЧС, чрезмерном раскрытии рта, переломе суставной головки нижней челюсти и ранениях ВНЧС. Открытые повреждения ВНЧС приводят к кровоизлияниям в сустав и инфицированию его тканей [Хватова В.А., 1982].

Для травматического артрита характерны: резкая боль в области ВНЧС в момент травмы, интенсивность которой через некоторое время снижается, ограничение пассивных и активных движений нижней челюсти. При отсутствии или ограничении движений может наблюдаться тризм. При пальпации отмечается резкая болезненность в области пораженного сустава.

Закрытые травмы ВНЧС (перелом суставной головки) сопровождаются разрывом связочного аппарата, травмой суставной капсулы и кровоизлиянием в сустав, которое вначале

организуется в серозно-кровяные сгустки, а затем (при отсутствии движений в ВНЧС) постепенно – в фиброзные спайки, что иногда становится причиной фиброзного анкилоза. В детском возрасте посттравматический артрит может вызвать некротизацию тканей внутрисуставного диска, а также поверхностных слоев суставных поверхностей и привести к развитию костного анкилоза [Багаутдинова В.И. и соавт., 2003].

У взрослых развитие гнойно-воспалительного процесса с некротизацией и последующей секвестрацией поврежденных костных элементов ВНЧС также способствует анкилозированию в височно-нижнечелюстном сочленении [Хватова В.А., 1982].

1.3.3. Височно-нижнечелюстные артрозы

Артрозы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) относятся к числу довольно распространенных заболеваний, весьма упорных по своему клиническому течению и плохо поддающихся лечению, частота которых увеличивается с возрастом [Хватова В.А., 1982; Иванов А.С., 1984; 1988]. Проявления артроза ВНЧС чаще могут быть обнаружены у женщин молодого и среднего возраста, а также у лиц обоего пола в преклонном возрасте.

Артрозы являются следствием дистрофических процессов в тканях сочленения. Развиваются при нарушении равновесия между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. У лиц пожилого и старческого возраста изменение хрящевых тканей, как проявление возрастных особенностей, может наступить без патологических процессов.

В зависимости от отсутствия или наличия предшествующей патологии суставов артрозы делятся на первичные и вторичные. К первичным относят артрозы, начинающиеся без заметной причины (в возрасте старше 40 лет) в неизменённом до тех пор суставном хряще. Они обычно поражают многие суставы одновременно, то есть являются полиартикулярными. Вторичные артрозы развиваются в любом возрасте вследствие микро- и макротравмы, сосудистых нарушений, аномалии прикуса, статики сустава, эндокринных и обменных нарушений, асептического некроза кости, причём поражается лишь один или несколько суставов [Иванов А.С., 1984].

Частой причиной артрозов ВНЧС являются изменения в жевательном аппарате: отсутствие больших коренных зубов на нижней челюсти, различные формы патологического прикуса, при которых головка нижней челюсти при сомкнутых зубах смещается назад, а иногда одновременно и вниз, при этом суставная щель изменяется, что приводит к перераспределению нагрузки на суставные поверхности, нарушению синхронной функции обоих ВНЧС и к дисфункции жевательных мышц, ухудшается питание хряща, он теряет эластичность, на его поверхности образуются трещины. Дистрофия хряща постепенно прогрессирует и переходит на костные структуры сустава, рентгенологически проявляясь образованием кист у суставной головки нижней челюсти [Костур Б.К. и соавт., 1981].

Причинами заболевания также являются нервные, обменные, эндокринные нарушения, приводящие к нервно-дистрофическим, обменнодистрофическим заболеваниям обмена веществ и к эндокринопатическим артрозам ВНЧС.

По предложению В.И. Бургонской (1964), при выраженном болевом синдроме и наличии дистрофического процесса в элементах височно-нижнечелюстного сустава следует ставить диагноз «артрозо-артрит».

Артрозы ВНЧС начинаются, как правило, незаметно для больного. Первым симптомом заболевания является хруст в суставе во всех фазах движения нижней челюсти. Затем могут появляться боли, чувство скованности, быстрого утомления и тугоподвижности. Боли тупые, умеренной интенсивности, непостоянные, усиливающиеся в холодную, сырую погоду, а также после длительной нагрузки к вечеру и при начальных движениях после состояния покоя (ночного сна) – «стартовые боли». В течение дня нижняя челюсть

«разбалтывается». Тупая умеренная боль в суставе появляется в основном по утрам через несколько месяцев после возникновения первых признаков хруста. К этому времени уже определяется ограничение объёма движения нижней челюсти вниз и в сторону больного сустава, наблюдается также тугоподвижность и быстрая утомляемость суставов [Зизевский С.А., 1984; Герасимова Л.П. и соавт., 2002]. Однако при перерастяжении связочного аппарата и капсулы сустава может наблюдаться увеличение экскурсий нижней челюсти.

При старческих артрозах вместо болей отмечается лишь ломота и чувство тяжести в костях и суставах.

Нередко при артрозах ВНЧС больные жалуются на явления парестезии кожи лица в околоушно-суставной области в результате поражения ушно-височного нерва; боли в ухе и глазу на стороне больного сустава, головную боль, парестезию слизистой оболочки полости рта, понижение слуха и ангиопатию, что также вызвано дегенеративными изменениями в шейном отделе позвоночника (остеохондроз).

Рентгенологически дистрофические процессы в ВНЧС рассматриваются как склерозирующий и деформирующий артрозы. При склерозирующих артрозах имеет место выраженный склероз кортикальных (костных) поверхностей и сужение суставной щели, которому предшествуют дистрофические изменения в хряще. При деформирующих артрозах на рентгенограммах отмечают уплощение суставной ямки, расширение и уплощение суставной головки и бугорка, укорочение шейки суставного отростка, экзофиты на суставных поверхностях. В тяжёлых случаях головка суставного отростка нижней челюсти приобретает грибовидную, булавовидную, остроконечную форму или форму крючка с «изъеденной» передней поверхностью или экзофитом [Рабухина Н.А., Аржанцев А.П., 2003].

По клинко-рентгенологическим проявлениям в ВНЧС у взрослых в течение дегенеративно-дистрофических заболеваний выделено 4 стадии [Иванов А.С., 1984]:

I – стадия начальных проявлений, характеризующаяся разболтанностью связочного аппарата сустава, с умеренным и неравномерным сужением высоты суставной щели за счёт дегенерации суставного хряща;

II – стадия выраженной клинической симптоматики: кроме клинических симптомов, отмечается появление склероза и оссификации мышечкового отростка и уменьшение функции ВНЧС;

III – поздняя стадия характеризующаяся полной дегенерацией хряща, увеличением костных разрастаний, массивным склерозом суставных поверхностей, укорочением мышечкового отростка и уплощением суставной ямки и резким ограничением функции сустава;

IV – запущенная стадия, сопровождающаяся возникновением фиброзного анкилоза.

Диагностика артрозов ВНЧС нередко затруднена, так как дистрофический процесс не имеет строго характерных клинических признаков.

При артрозо-артрите ВНЧС для диагностики целесообразно применить методику гнатодинамометрии по А.В. Цимбалистову и соавт. (1985).

А.А. Ступников и соавт. (2001) считают, что диагностика заболеваний ВНЧС должна включать оценку амплитуды свободных движения нижней челюсти, характера открывания рта и окклюзионных контактов, пальпацию ВНЧС и жевательных мышц, определение окклюзионной высоты нижнего отдела лица, анализ окклюзионных контактов на диагностических моделях в индивидуально настроенном с помощью лицевой дуги артикулятора «Протар» (фирма Kawo, Германия), томографию ВНЧС и ортопантомографию челюстей, функциональный метод определения центрального соотношения челюстей, основанный на графической регистрации движений нижней челюсти с использованием функциографа [Хватова В.А., 1993; 1996]. При необходимости больных консультируют у ортодонта, хирурга-стоматолога, стоматоневролога, ревматолога и других специалистов.

1.3.4. Парафункции жевательных и мимических мышц

Парафункцией называется повышенная нецелесообразная активность, напряжение или даже спазм жевательных и мимических мышц, а также мышц языка [Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д., 1987]. Чаще встречаются парафункции жевательных мышц у людей, чья профессиональная деятельность протекает в экстремальных условиях, требующих чрезмерного нервно-эмоционального и физического напряжения [Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д., 1990].

Установлено, что профессия лётчика, связанная с сильными психоэмоциональными и физическими нагрузками, обуславливает высокую частоту среди лётного состава дисфункций височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и парафункций жевательных мышц (бруксизм), протекающих в безболевогой форме, но приводящих к патологической стираемости твёрдых тканей зубов или усугублению патологии пародонта [Иорданишвили А.К., 1998]. Если распространённость заболеваний ВНЧС у военнослужащих нелётных специальностей составляла 6,2 %, а парафункций жевательных мышц 2,2 %, то у летного состава распространённость этой патологии колебалась в зависимости от категории летного состава соответственно от 15,8 % до 26,6 % и от 12,3 % до 20,5 %. Наиболее часто эти заболевания встречаются у лётчиков истребительной и вертолётной авиации [Иорданишвили А.К., 1998].

Частыми причинами появления у пациентов бруксизма являются психо-соматические факторы и стрессовые ситуации. Кроме того, немаловажная роль в появлении этого заболевания отводится наследственности.

Симптоматика парафункций жевательных мышц разнообразна. Больные обычно обращаются за медицинской помощью при наличии у них болевого синдрома, когда появляются ноющие боли в области жевательных мышц, а иногда в области мышц шеи, спины, ВНЧС и зубах. При ночном бруксизме эти субъективные неприятные ощущения усиливаются по утрам.

С учётом ведущего симптома, динамики и тяжести заболевания Е.И. Гаврилова и В.Д. Пантелеев (1987) выделили три клинические формы парафункций жевательных мышц.

1. Сжатие зубов, характеризуемое нарушением состояния относительного покоя нижней челюсти вследствие тонического сокращения поднимающих её мышц. Бессознательное сжатие зубов происходит при их смыкании в центральной окклюзии или попеременно то справа, то слева на боковых зубах. Сила сжатия зубов зависит от величины психической нагрузки или стрессовой ситуации и от других внешних раздражителей. Часто сокращение собственно жевательных мышц сопровождается образованием в них уплотнений («желваков»), которые пациенты могут обнаруживать у себя сами при просмотре телепередач, бритье лица, во время совещаний и т. п.

2. «Беспищевое» жевание характеризуется размалывающими боковыми движениями нижней челюсти с очень малой амплитудой. Зубы при этом, как правило, сомкнуты. Обычно эта привычка свойственна людям пожилого возраста и может быть связана с неудовлетворительной фиксацией съёмных зубных протезов. Путём сжатия зубных рядов они стараются фиксировать съёмный протез к тканям протезного ложа. Вначале беспищевое жевание обнаруживается только по вечерам во время отдыха, а затем вредная привычка прогрессирует и наблюдается в дневное время.

3. Скрежетание зубами характеризуется боковыми движениями нижней челюсти при сжатых зубных рядах, что сопровождается типичным звуком. Чаще скрежетание зубов возникает ночью, поэтому об этой вредной привычке больные обычно узнают от окружающих, но иногда замечают её и сами, неожиданно просыпаясь. У всех пациентов с бруксизмом (скрежетание зубов) отмечается нарушение ночного сна: беспокойный, недостаточно продолжительный.

Отмечается и сочетание указанных клинических форм парафункций жевательных мышц, с преобладанием какой-либо одной из них. При этом они могут сочетаться с постукиванием зубами.

В зависимости от группы зубов, на которые приходится наибольшая нагрузка при их сжатии и скрежетании, определяется патологическая их стираемость, которая может быть как локализованной, так и генерализованной. Чаще всего стираемость зубов носит компенсированный характер, хотя может сопровождаться и гиперестезией твёрдых тканей зубов [Зелинский А.Т., 1978]. При отсутствии у пациентов физиологической стираемости твёрдых тканей зубов парафункции жевательных мышц приводят к возникновению травматической артикуляции и развитию пародонтитов. При ночных парафункциях наибольшая степень патологической подвижности зубов наблюдается по утрам.

Парафункции сопровождаются болями или ощущением неловкости в жевательных мышцах, ВНЧС. При пальпации жевательных мышц могут определяться болевые точки, причём чаще с одной стороны. Они могут локализоваться в собственно жевательных мышцах, в латеральных крыловидных мышцах. У большинства пациентов диагностируются гипертрофия собственно жевательных мышц, дисфункция ВНЧС, реже – лицевые боли.

Электромиографическое обследование выявляет повышенную биоэлектрическую активность жевательных мышц в положении покоя, что свидетельствует о постоянном их напряжении [Цимбалистов А.В. и соавт., 1994]. Парафункции мимических мышц проявляются в виде непроизвольных и слабо контролируемых пациентами сокращений мимической мускулатуры, прикусываниях губ, щёк, языка.

1.4. Комплексное лечение заболеваний височно-нижнечелюстных суставов

До настоящего момента не существует общепризнанной методики лечения больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. Такая ситуация в значительной мере обусловлена различием взглядов на причины развития данного патологического состояния [Цимбалистов А.В. и соавт., 2010].

Лечение больных дисфункцией ВНЧС комплексное и включает: режим поведения больного, направленный на ограничение нагрузки на ВНЧС, профилактику подвывихов и вывихов, окклюзионную реабилитацию (избирательное шлифование зубов с целью устранения опережающих смыкание зубных рядов контактов зубов-антагонистов – супер-контактов), рациональное протезирование зубов, обеспечивающее нормализацию взаимоотношений элементов ВНЧС, высоты прикуса и эстетического центра челюстей, а также миогимнастику для жевательных мышц, при необходимости – медикаментозное и физиотерапевтическое лечение (главным образом для устранения болевого синдрома) [Зелинский А.Т., 1978; Банух В.Н., 1986; Гросс М.Д., Мэтьюс Дж. Д., 1986; Вязьмин А.Я., 1999; Корнилов В.М., 2001; Ивасенко П.И. и соавт., 2007; Dibbets J.M., van der Weele L.T., 1991]. Больному рекомендуют на время сна надевать подбородочно-теменную повязку (при отсутствии бруксизма).

Для профилактики возникновения подвывихов и вывихов, в специализированных учреждениях для больного могут быть изготовлены аппараты механического действия (внутриротовые – Ю.А. Петросова, А.С. Иванова; внеротовой – В.А. Миняевой и др.), а также ортопедические аппараты и шины, ограничивающие открывание рта за счет их давления на слизистую оболочку в области венечного отростка нижней челюсти (аппараты Ядровой, Шредера), или наложена лигатурная повязка-ограничитель по Егорову-Синицину [Баданин В.В., 2003].

Миогимнастика по И.С. Рубинову (1970) заключается в выполнении дозированных упражнений открывания и закрывания рта без выдвижения нижней челюсти в течение 3–5 мин. 3–5 раз в сутки. Такие упражнения способствуют устранению звуковых феноменов в суставе обычно в течение 3–6 недель.

Перед рациональным зубным протезированием применяют лечебнодиагностические ортопедические аппараты (каппы, блоки, реставрированные прежние зубные протезы и др.), которые позволяют прогнозировать перспективы адаптации и течение заболевания ВНЧС после комплексного лечения и повторного протезирования зубов [Костур Б.К., Миняева В.А., 1984; Петросов Ю.А., 1985; Сергеева Т.А., 1997; Сидоренко А.Н., 2000; Слесарев О.В., 2004; Rinchuse D.J., Kandasamy S., 2006]. В редких случаях при дисфункции ВНЧС прибегают к хирургическим методам лечения, а именно к кондилотомии головки нижней челюсти и миотомии латеральной крыловидной мышцы [Хватова В.А., 1982; Dibbets J.M., van der Weele L.T., 1991]. А.С. Иванов (1985) отмечает, что выбор терапии артритов ВНЧС зависит от причины заболевания.

Ревматоидные артриты, являющиеся полиартикулярными, лечат совместно с терапевтом или ревматологом консервативно. На фоне медикаментозной терапии проводится санация очагов хронической одонтогенной инфекции и рациональное протезирование [Иорданишвили А.К., 2006; Ивасенко П.И. и соавт., 2009].

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.