

Воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава

подготовила: Дуйсембай Жанна
509-Б гр.

Височно-нижнечелюстной сустав

- – сочленение, образованное височной и нижнечелюстной костью.
- Это сустав, находящийся перед ухом и состоящий из височной кости и нижней челюсти. Сухожилия и мышцы сустава позволяют челюсти открываться и закрываться. Если они здоровы, двигая челюстью, человек не испытывает никакого дискомфорта.



Причины заболевания височно-нижнечелюстного сустава

- • Стресс (перенапряжение, сильное сжатие зубов)
- Травма челюсти (переломы лицевых костей и челюсти)
- Эндокринные, обменные нарушения, инфекционные заболевания
- Чрезмерные физические нагрузки
- Вредные привычки (грызть ногти, неправильно держать телефон и т.п.)

АРТРИТЫ

- Артрит височно-нижнечелюстного сустава – поражение элементов сустава воспалительного характера. Воспалительные поражения сочленения по этиологии можно разделить на инфекционные и травматические артриты, которые могут иметь острое или хроническое течение.



Инфекционные артриты

- К этой группе относят болезни суставов, при которых четко прослеживается связь с инфекционным началом

Инфекционные артриты подразделяются на острый бактериальный (септический) и реактивный (асептический) артрит.

Острый бактериальный артрит может вызываться

специфической (туберкулезный, гонорейный, сифилитический, актиномикотический) и неспецифической инфекцией

Острый бактериальный артрит

- Возбудители острого бактериального (септического, гнойного) артрита:
 - золотистые стафилококки,
 - Стрептококки,
 - грамотрицательные бациллы.

Причины:

1. одонтогенные (кариес и его осложнения)
2. неодонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны, фурункулы, карбункулы), хирургические вмешательства у больных с нарушениями иммунной системы, возникновение метастатических артритов у пожилых лиц при наличии сахарного диабета, злокачественных новообразований, уремии, ревматоидного артрита, кристаллического синовита, прием иммунодепрессантов.

Клиническая картина

- Болезнь начинается остро, как правило, в одном из височно-нижнечелюстных суставов. Первый клинический признак – боль, усиливающаяся при малейшей попытке движения нижней челюсти. Боль иррадирует в ухо, височную область, шею. При внешнем осмотре отмечается локальная гиперемия кожи с повышением температуры, отек. Пальпация области сустава и суставной головки вызывает резкую болезненность. Открывание рта ограничено или невозможно, боковые движения нижней челюсти отсутствуют. Прикус вынужденно открытый, так как смыкание зубов резко усиливает боль в суставе. Имеют место общие симптомы интоксикации

- В течение 3-4 суток от начала заболевания в полости сустава может появиться гнойный экссудат.

При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава при гнойном артрите только на 10-14 день от начала болезни можно обнаружить незначительное сужение суставной щели и ограниченный остеопороз КОСТНЫХ отделов суставных поверхностей.

Лечение

- В острой стадии
 1. Создание покоя для сустава (иммобилизация н.челюсти, челюстная диета).
 2. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности к ним микробной флоры.
 3. Нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен).
 4. Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил).
 5. Седативные и нейролептические препараты (элениум, триоксазин).
 6. Физиотерапевтическое лечение: электрофорез с новокаином, фонофорез с гидрокортизоном, диадинамические токи, лазеротерапия.
 7. Местно: аппликации 20% димексида с добавлением гидрокортизона, анальгина.
- В гнойной стадии - аспирация гноя через широкую пункционную иглу и внутрисуставное введение антибиотиков, при необходимости – хирургическое дренирование сустава.



Разные типы працевидной
повязки

ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- Хронический артрит развивается незаметно, на протяжении продолжительного времени, и выявляется чаще в пред- и пубертатный период (12-15 лет). Первично-хронические артриты у детей наблюдаются редко.



Клиника

- Лицо симметричное. Пальпация сустава и козелка уха несколько болезненная. Бимануальная пальпация через наружный слуховой проход выявляет трение суставных поверхностей за счет их неровностей, что не следует путать с симптомом щёлканья в суставе при смещении мениска. При надавливании на подбородок и угол нижней челюсти боль в суставе усиливается. Периодически возникает обострение хронического процесса, тогда клиническая картина напоминает острый артрит. На рентгенограмме сустава определяется расширение суставной щели, если превалирует экссудативный элемент воспаления, или неравномерное сужение — при преобладании продуктивных процессов.

Диагноз

основывается на:

- 1) характерных жалобах ("хруст" при открывании рта, утренняя скованность и незначительная боль, усиливающаяся при еде, головная боль, обмороки, шум в ушах, снижение слуха, иногда — сухость во рту или жжение в языке, продолжительное течение заболевания);
- 2) данных объективного обследования: болезненной пальпации сустава и козелка уха, усиления боли при надавливании на подбородок;
- 3) рентгенологического обследования (неравномерное расширение или сужение суставной щели).

Дифференциальная диагностика

проводится с острым артритом, синдромом болевой дисфункции сустава, невралгией тройничного нерва, деформирующим остеоартрозом. Для болевой дисфункции ВНЧС характерны такие симптомы: односторонняя боль в области уха с иррадиацией в другие области головы, усиливающаяся днем, в особенности при еде, боль в жевательных мышцах и ограниченное открывание рта или смещение нижней челюсти при открывании рта в здоровую сторону. Клинических и рентгенологических изменений ВНЧС не наблюдается. Контролем правильности поставленного диагноза является тот факт, что после блокады двигательных ветвей тройничного нерва возле подвисочного гребня по методу Берше снимается мышечный спазм и улучшается подвижность нижней челюсти. При невралгии тройничного нерва наблюдается приступообразная боль, чаще в области II и III ветвей. Обычно приступ возникает при раздражении триггер-ных зон в области крыльев носа, щек, подбородка, нижней и верхней губ. То есть прослеживается четкая взаимосвязь между возникновением боли и раздражением триггерных зон.

Лечение

зависит от причины и возникших в ВНЧС изменений. Так, при нарушении функциональной окклюзии сначала действия врача направлены на устранение факторов, являющихся причиной этих нарушений. Это:

- 1. Выборочное сошлифовывание бугров зубов, повышающих прикус.
- 2. Изготовление кап и пластин, аппаратов функционального и механического действия при снижении окклюзионной высоты.
- 3. Изготовление временных съемных протезов, рациональное протезирование. Медикаментозное лечение при ревматоидном и ревматическом артрите предусматривает назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, не влияющих на прогрессирование артрита, но предотвращающих процесс "разрушения" сустава. Нестероидные противовоспалительные препараты делят на 3 группы: —препараты, не влияющие на биосинтез гликозамингликанов (ГАГ) в хрящевой ткани (пироксикам, диклофенак, сулиндак); —препараты, тормозящие биосинтез ГАГ (ацетилсалициловая кислота, индо- метацин, фенпродин); — препараты, стимулирующие биосинтез ГАГ (парацетамол, сургам).
- При травматическом артрите назначение этих препаратов не показано. При болевом синдроме применяют ненаркотические анальгетики, а при усилении боли — наркотические: трамадол, пропоксифен с ацетаминофеном. При выявлении хондродистрофического процесса в суставе эффективны хондропротекторы, улучшающие метаболизм в хрящевой ткани (траумель, дис-кус композитум и т.п.).
- Местно в проекции сустава накладывают компрессы с димексидом и медицинской желчью или с мазями "Долгит", "Випраксол", "Вольтарен", "Кетопрофен", "Цель Т" и т.п.
- При ухудшении движений в суставе и усилении боли внутрисуставно вводят лидазу или гидрокортизон, кеналог, депомедрол, артепарон (включается в мета- болизм суставного хряща). Широко применяют физиопроцедуры — фонофорез гидрокортизона, электрофорез калия йодида, лазеротерапию, магнито- и интерференц-терапию, пайлер-лечение; парафиновые, озокеритовые или бишофитовые аппликации на область ВНЧС.
-

АРТРОЗ

- Хронические артриты с заметным изменением формы сустава в середине XIX ст. были выделены как деформирующие. Позднее по предложению Р. Вирхова их назвали *anhritis deformans*, поскольку деформация суставов может быть конечным результатом разных процессов. Деформирующие артриты долгое время считались инфекционными, подагрическими и разного рода невоспалительными артритами. В настоящее время деформирующий артроз (*artrosis*) воспринимают как первично-хроническое заболевание суставов дегенеративного генеза с первичной деформацией суставного хряща и последующими реактивно-дегенеративными процессами суставных поверхностей. Это заболевание имеет название деформирующего остеоартроза. (сформирующий остеоартроз — это не что иное как хронический артрит-артроз, переходящий в деформирующий артроз (ДА), то есть различия между названными формами заболеваний нет. Термин "вторичный" имеет смысл тогда, когда заболевание начиналось как артрит-артроз, а потом возникла вторичная информация головки мышечного отростка.
- В зависимости от причины артрита, а также отрицательных факторов, которые возникли (изменение прикуса, удаление моляров, глубокий прикус) и стали мотивированной поддержкой дистрофических изменений в суставе, вторичная перестройка жевательных мышц вызывает создание комплекса анатомических и функциональных предпосылок для развития признаков вторичного хронического артроза.

- *Жалобы* детей при деформирующем артрозе — на ограниченное открывание рта, ощущение неудобства при движении челюсти, незначительную асимметрию лица.
- *Клинические* признаки артроза разделяют на суставные и внесуставные. Подавляющее большинство их являются суставными — это ограниченность движений, тугоподвижность и при этом быстрая утомляемость при еде. После продолжительной нагрузки и периода покоя (после сна, в начале еды) возникает "стартовая боль". Ребенок иногда даже отказывается от пищи, поскольку во время еды возникает неудобство в суставе. Односторонняя нарастающая микрогения является внесуставным клиническим признаком, который хорошо определяется рентгенологически. Переход артритно-артроза или артроза в анкилоз обычно не наступает.
- Рентгенологическим признаком ДА являются разные виды деформаций преимущественно мышцелкового отростка в дистальном, переднем и медиальном направлениях. Возникновение деформации обусловлено раздражением периоста и продуктивной фазой чрезмерного костеобразования в сторону наименьшего сопротивления. Наблюдается сужение суставной щели, утолщение кортикального слоя суставной головки нижней челюсти. С течением времени суставная ямка и головка уплощаются, суставной бугорок уменьшается, а шейка мышцелкового отростка укорачивается и утолщается

- *Дифференциальная диагностика* хронического артрито-артроза проводится с хроническими артритами, фиброзными и костными анкилозами, опухолями мышечного отростка, которые у детей наблюдаются в единичных случаях.

Лечение

- При хроническом артрите-артрозе в начальной стадии (отсутствие значительного нарушения функции сустава и выраженной деформации мышечного отростка) в лечении преимущество отдают физпроцедурам и введению в сустав предотвращающих рубцевание и тормозящих деформацию суставной головки препаратов (лидаза, кеналог). У детей пубертатного возраста используют шлифовывание деформированных участков суставной головки с помощью артроскопа. Это направление в лечении хронических артрите-артрозов является перспективным.



АНКИЛОЗ

- Анкилоз - это полное или частичное ограничение подвижности нижней челюсти, обусловленное изменениями в суставе, в отличие от контрактуры. Последняя также характеризуется полной или частичной неподвижностью сустава, развивающейся вследствие любых вне- суставных причин (воспалительные процессы, травмы, опухоли). Различают анкилозы фиброзные и костные.



Этиология

- По данным Украинского центра лечения детей с заболеваниями челюстно-лицевой области, причиной анкилоза в 50 % случаев является гнойный отит, в 30 % — травма суставного отростка и суставной ямки при падении, удары в область подбородка и травмы при родах; в 20 % — поражение суставного отростка остеомиелитом (в том числе гематогенным). Несостоятельность барьерных тканевых реакций и особенности иммунологического статуса новорожденных и Детей раннего возраста создают условия для накопления инфекции и развития патологического очага избирательно в зонах лучшего кровоснабжения. Такой зо-__пой активного роста, а значит и хорошего кровоснабжения, является мышцелко-вый отросток. У младших детей существует большая вероятность развития костного анкилоза, что связано с анатомическим строением ВМЧС. Приобретенный фиброзный анкилоз чаще наблюдается в подростковом и старшем возрасте. Односторонний анкилоз

Жалобы

на изменение конфигурации лица, иногда — хранение во сне, резко ограниченное открывание рта и невозможность нормального употребления пищи. В анамнезе — травма, перенесенная при родах или в старшем возрасте, отит или паротит, инфекционные заболевания

Клиника.

- При обследовании наблюдается асимметрия лица за счет уменьшения размеров одной половины челюсти. Со стороны пораженного сустава мягкие ткани щеки пухлые, тогда как на здоровой стороне они выглядят плоскими. Это обусловлено тем, что один и тот же объем мягких тканей распределяется на разных плоскостях (площадь пораженной стороны меньшая, чем здоровой, за счет уменьшения высоты ветви и размеров тела нижней челюсти). Такое несоответствие иногда приводит к диагностическим ошибкам. Описаны случаи, когда хирург начинал оперировать здоровый сустав. Средняя линия подбородка и резцовая на нижней челюсти всегда смещены в сторону больного сустава.
- Вследствие укорочения ветви, а иногда и тела нижней челюсти деформируются и зубные дуги. Резцы и клыки нижней челюсти наклоняются вперед и веерообразно расходятся, касаясь своими краями небной поверхности зубов верхней челюсти. Последние также наклоняются вперед и веерообразно расходятся вследствие постоянного давления языка в уменьшенном пространстве полости рта. Невозможность нормального приема и разжевывания пищи, ухода за зубами приводит к развитию гингивита, отложению зубного камня, повышенному поражению зубов кариесом.
- Результатом неподвижности нижней челюсти и малых ее размеров является нарушение внешнего дыхания, симптомы которого прослеживаются уже на ранней стадии заболевания. Во время сна происходит ослабление мышц языка и мягкого неба. При этом корень языка давит на надгортанник, что вызывает нарушение дыхания, сопровождающееся храпом и пробуждением.

Диагноз

- основывается на таких ведущих признаках, как:
- 1) невозможность открывания рта (резкое ограничение движений нижней челюсти);
- 2) деформация мягких тканей в области нижней челюсти с одной стороны;
- 3) смещение средней линии подбородка и резцовой в сторону больного сустава;
- 4) на рентгенограмме — отсутствие суставной щели, наличие "шпоры" в области угла челюсти со стороны поражения.
- **Дифференциальная диагностика** одностороннего анкилоза проводится с контрактурами, вторичным деформирующим артрозом.

ДВУСТОРОННИЙ АНКИЛОЗ

- Двусторонний анкилоз чаще является результатом септического заболевания или родовой травмы вследствие неудачного наложения щипцов на голову ребенка при родах.



Симптом птичьего лица у ребенка с двусторонним костным анкилозом ВЧС (профиль)

Жалобы

- родителей — на наличие у ребенка деформации нижней трети лица, невозможность открывания рта, затрудненное питание, нарушение дыхания и храпение во сне.

Клиника.

- Лицо ребенка имеет вид птичьего (вследствие резкого недоразвития фронтального отдела его нижней трети. Прикус открытый, дистальный. Пальпаторно подвижность головок ВНЧС не определяется. Открывание рта резко ограниченное (до щелевидного). При осмотре ротовой полости — множественный кариес, воспаление слизистой оболочки десен, веерообразное расположение зубов верхней и нижней челюстей.
- Рентгенологически при двустороннем костном анкилозе патогномичным признаком является частичное или полное отсутствие суставной щели, наличие костной ткани, объединяющей в один конгломерат мышцелковый отросток и височную кость. Размеры ветвей и тела нижней челюсти уменьшены, определяются костные выросты в виде "шпор" в области обоих углов, венечные отростки увеличены.
- Общие изменения в организме те же, что и при одностороннем анкилозе ВНЧС, но более выражены. Нередко вследствие перенесенного септического состояния у ребенка может развиваться анкилоз в других суставах, чаще в тазобедренном. Диагноз двустороннего анкилоза ставят на основании вышеописанных жалоб и симптомов.

- *Дифференциальная диагностика* двусторонних анкилозов должна проводиться с вторичными деформирующими артрозами, контрактурами различного генеза.

Лечение

Оперативное вмешательство проводят под общим обезболиванием, чаще используют внутривенный способ, что обусловлено ограниченностью открывания рта и невозможностью провести интубацию. В некоторых случаях предварительно накладывают нижнюю трахеостому с дальнейшей интубацией через нее.

- Принципиальные положения хирургического лечения анкилозов ВНЧС:
- 1) проводится сразу после установления диагноза, то есть не ждут, пока ребенок подрастет; у детей необходимо как можно раньше восстановить функцию сустава;
- 2) соматическое развитие ребенка зависит от нормального питания, поэтому сначала ребенку надо обеспечить условия для этого, то есть открыть рот;
- 3) единственным способом открытия рта является артропластика, суть которой состоит в проведении остеотомии. Последняя должна быть выполнена: а) по возможности выше (ближе к бывшему суставу); б) остеотомированные фрагменты должны быть разведены аппаратом или изолированы один от другого биологически совместимыми материалами — твердой мозговой оболочкой, белочной оболочкой семенника быка до того времени, пока не сомкнутся кортикальные пластинки обоих остеотомированных фрагментов челюсти, что происходит через 1-1,5 мес после вмешательства;
- 4) решение вопроса об одноэтапной ликвидации анкилоза и микрогении зависит от возраста ребенка и соматического его состояния.

