

МОЗ УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ ТА ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ХІРУРГІЇ

Анатомо-фізіологічні особливості скронево- нижньощелепного суглоба.

**Контрактура, анкілози СНЩС, вивихи нижньої
щелепи: етіологія, класифікація, патогенез,
клініка,
диференційна діагностика, лікування,
основні принципи профілактики.**

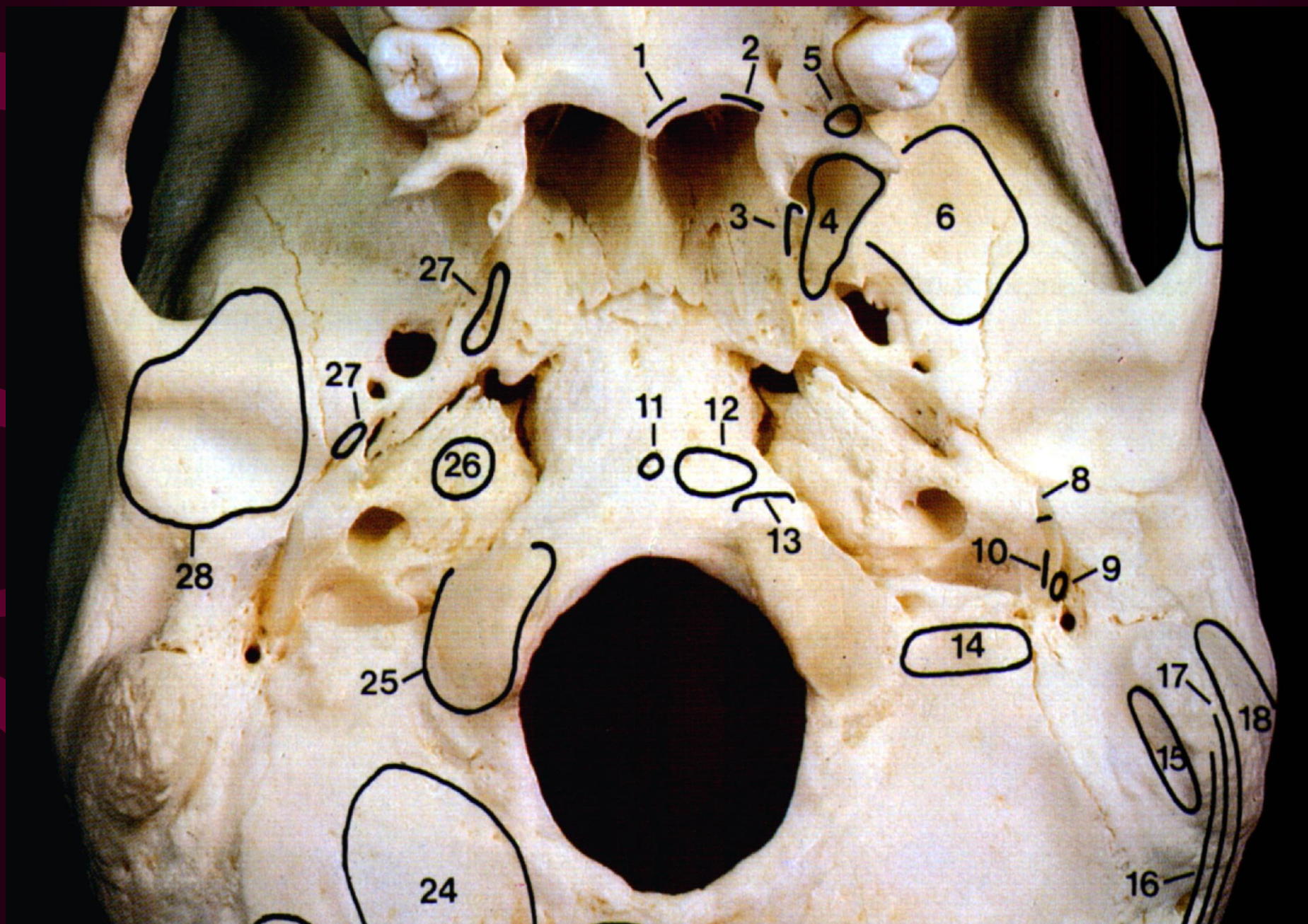
Лектор: професор Аветіков Д.С.

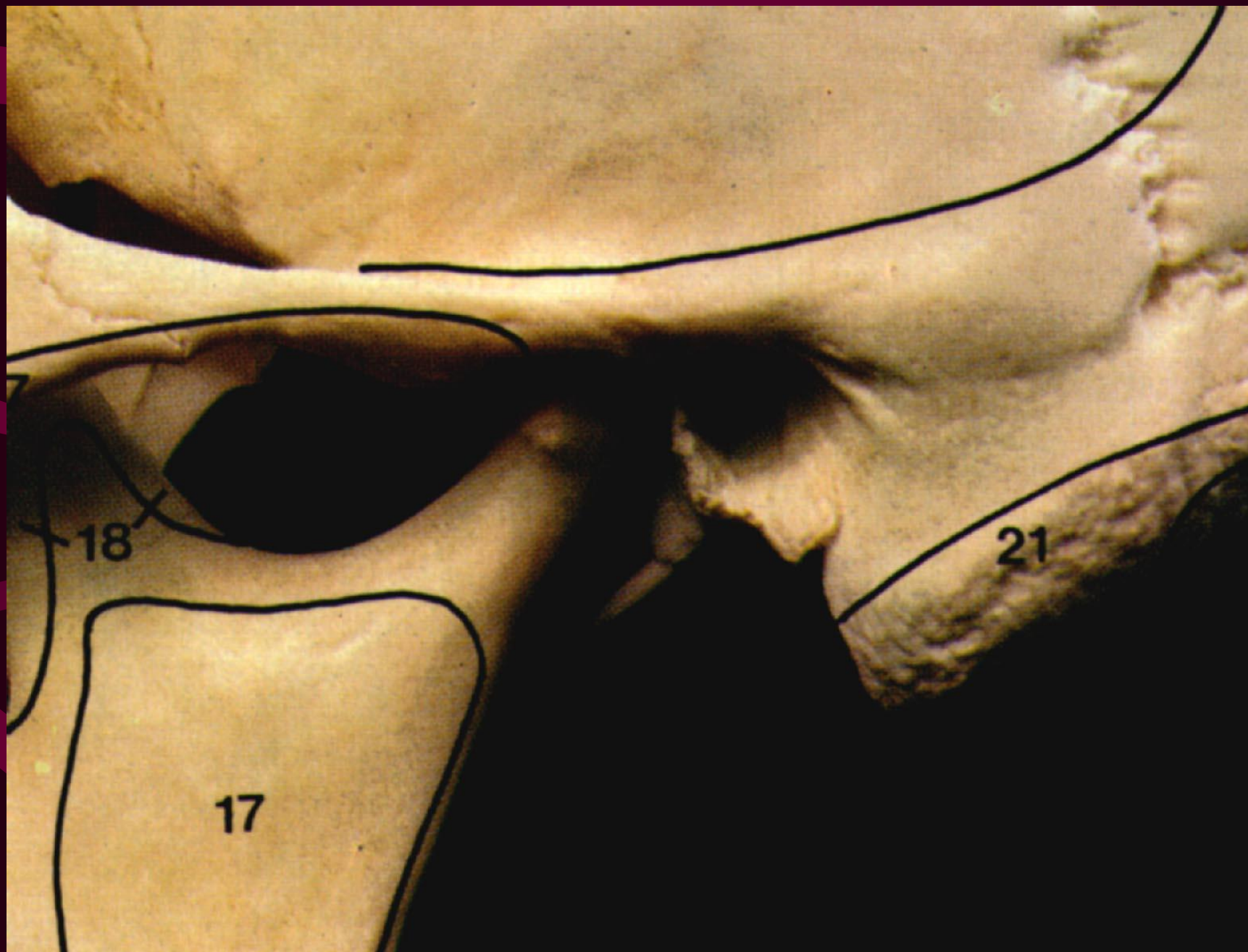
ПЛАН ЛЕКЦІЇ:

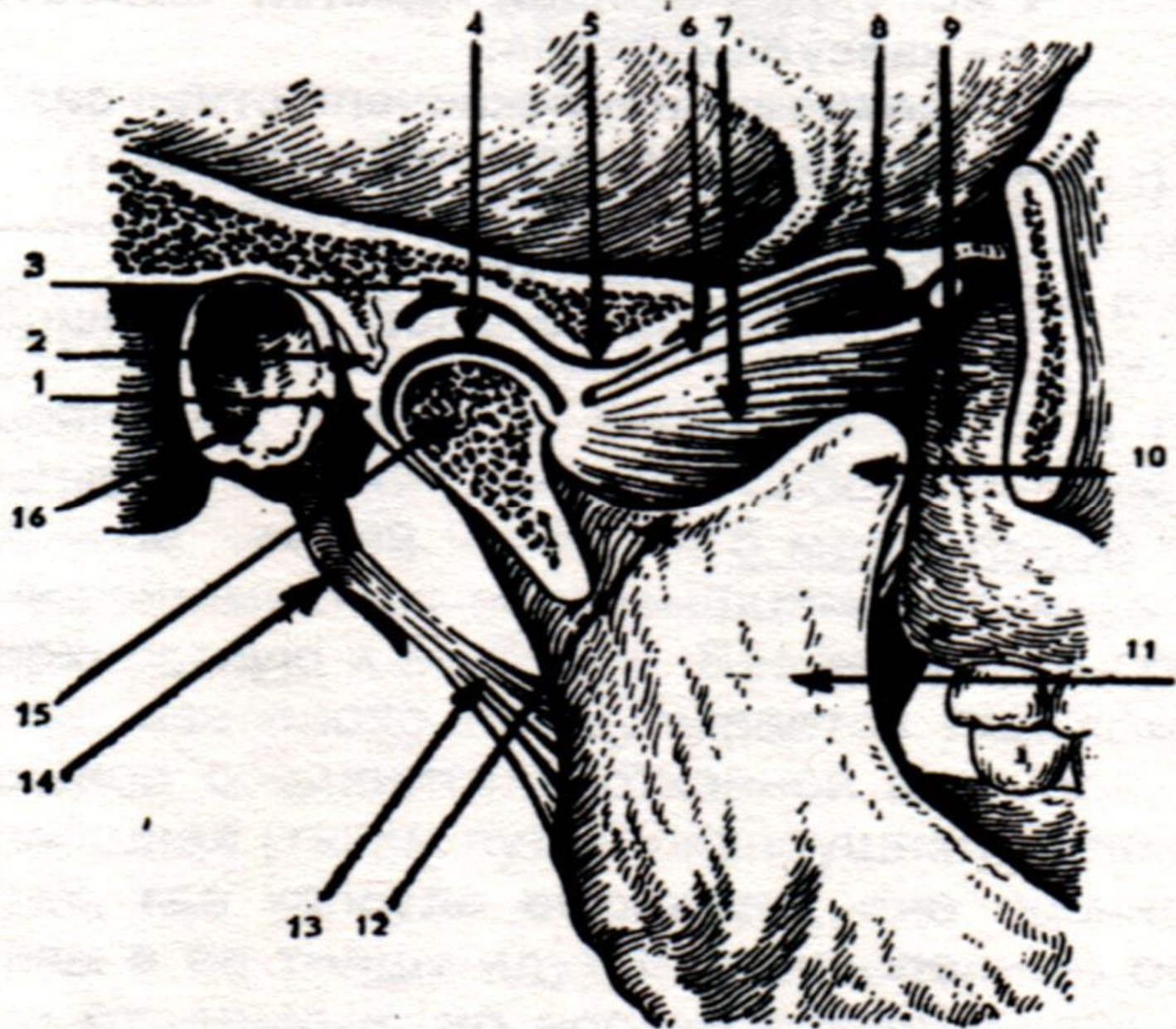
1. Актуальність теми.
2. Анатомія та фізіологія рухів в скронево-нижньощелепному суглобі.
3. Контрактури нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
4. Анкілози суглоба: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
5. Вивихи нижньої щелепи: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.
6. Атрити, артрози та синдром больової дисфункції: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, лікування.

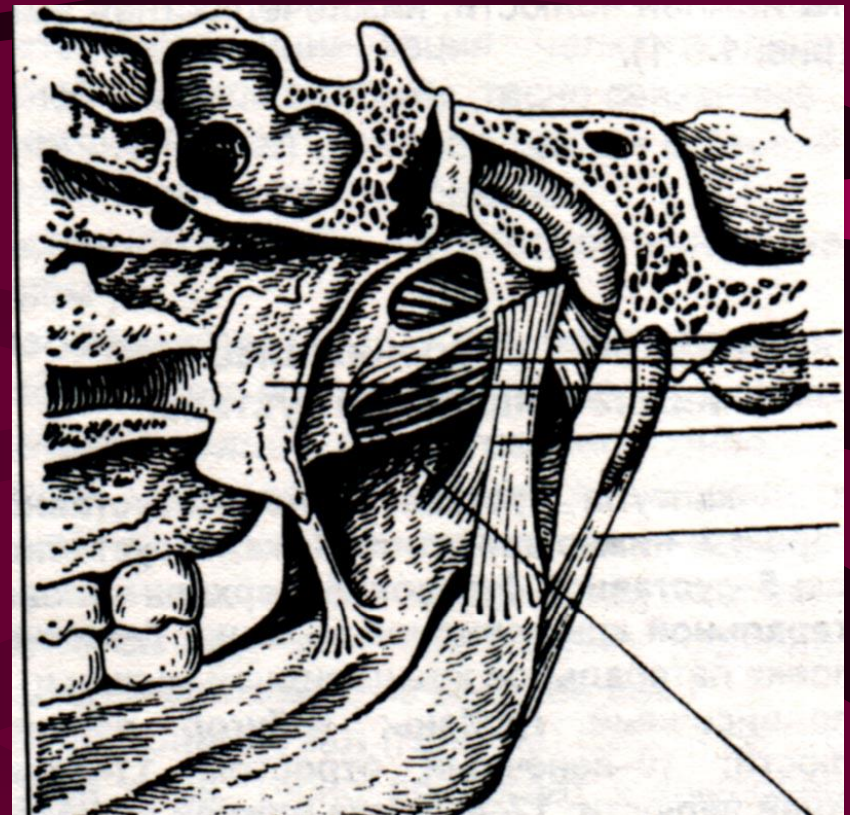
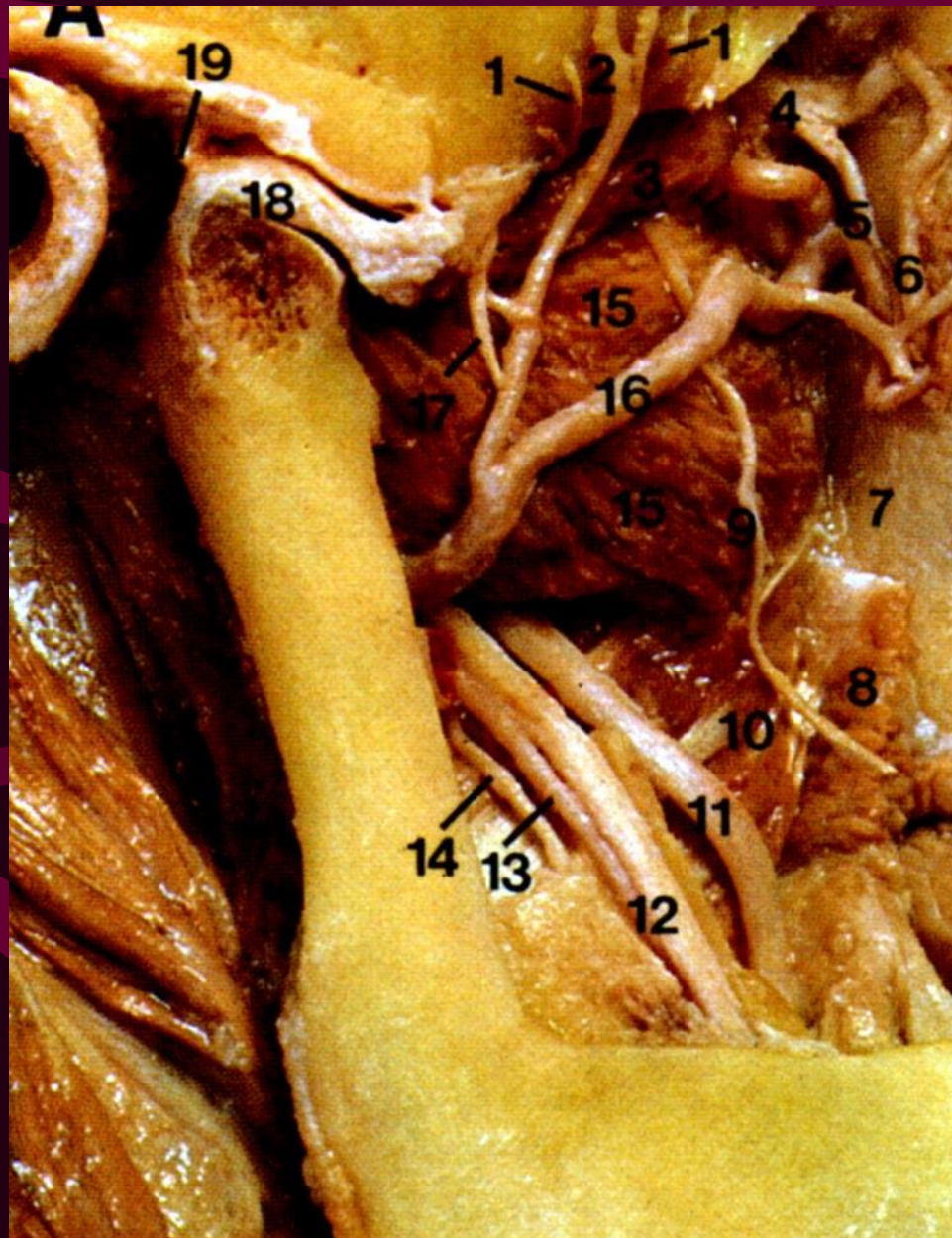


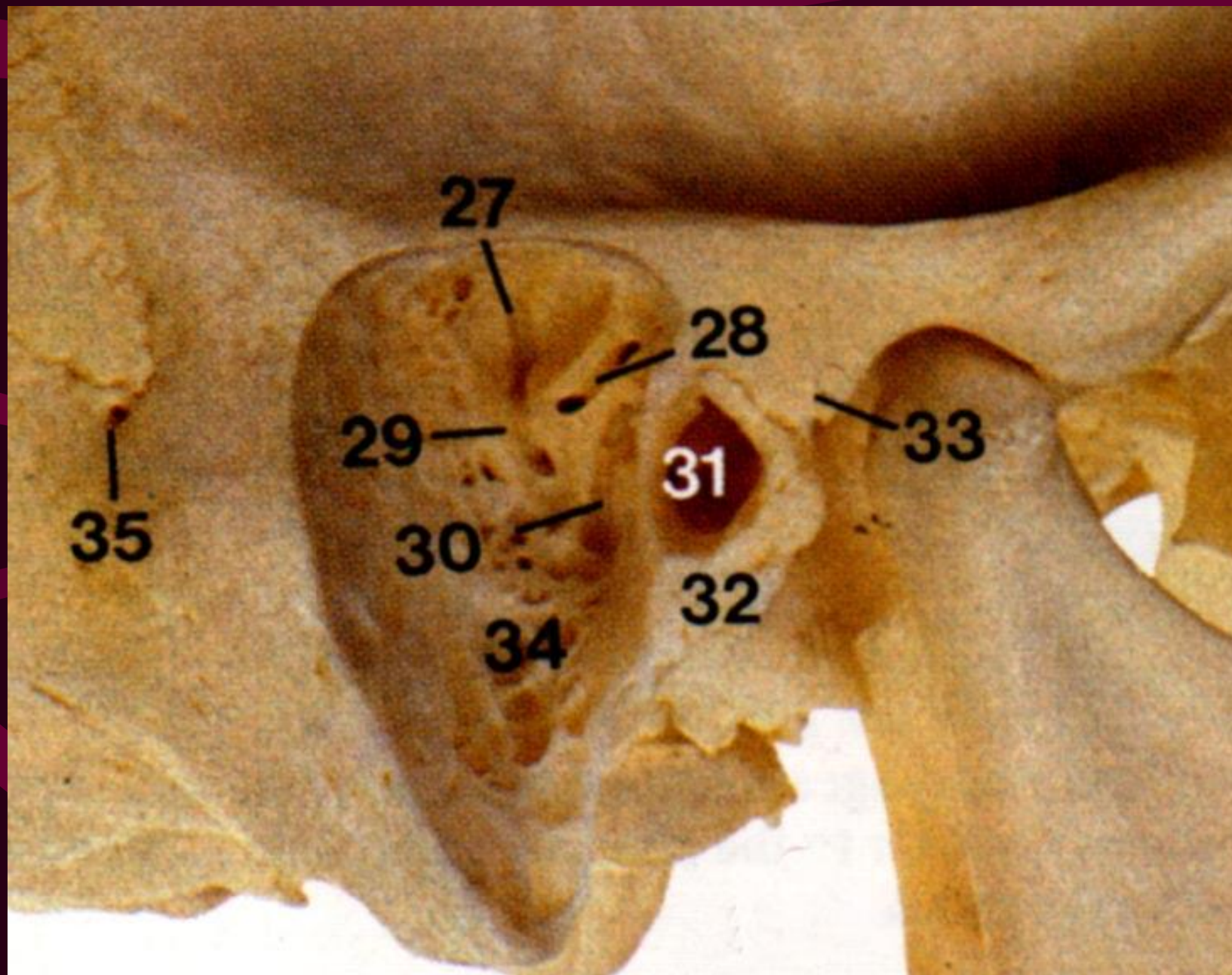












ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СНЩС

Клінічні методи:

Скарги хворих.

1. Біль у області суглоба :

при запальних захворюваннях - постійний;

при дегенеративно-дистрофічних процесах - виникає при рухах нижньої щелепи;

при функціональних порушеннях - пов'язаний з психоемоційною напругою, супроводжується вазомоторними розладами і парестезіями, виникає після нерационального протезування або видалення групи зубів;

при артрозі - підсилюється до вечора;

при ревматоїдному артриті - уранішня скутість і біль в суглобах;

при бруксизмі - виникає під час сну або відразу після нього;



ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СНЩС

2. Обмеження рухливості нижньої щелепи.

Причини:

біль (рефлекторна контрактура жувальних м'язів при гострій травмі суглоба, артриті);
механічна перешкода при внутрішніх порушеннях в суглобі (вивих суглобового диска, що не вправляється, його деформація);
деформація суглобової голівки, суглобового горбка

при системних захворюваннях, артрозі і артритах.

3. Аускультативні ознаки

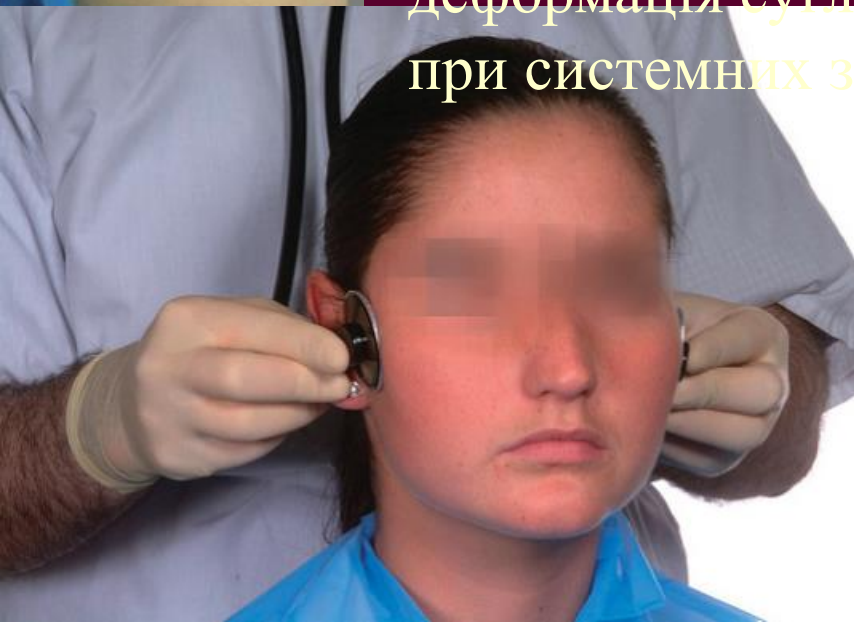
Аускультация суглоба. Проводиться за допомогою фонендоскопа. Необхідно проводити порівняльну аускультацию обох суглобів. У нормі суглоби видають однакові ніжні звуки.

При патології суглоба визначаються крепітація, хрускіт і клацання.

клацання (при порушеннях координованих рухів між суглобовою голівкою і суглобовим диском при внутрішніх порушеннях),

хрускіт (пов'язаний з деформацією суглобових поверхонь, зменшенням кількості суглобової рідини),

шум тертя (пов'язаний зі зменшенням кількості суглобової рідини).



ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СНЩС



Анамнез захворювання. Як давно з'явилися ознаки захворювання, з чим вони пов'язані, чи проводилося лікування і його ефективність.

Анамнез життя. З'ясовується наявність системних захворювань, що проявляються патологією суглобів.

Методи об'єктивного дослідження.



Антропометричне дослідження. Визначається симетричність обличчя, відповідність верхнього, середнього і нижнього відділів.

Оцінка прикусу. Проводиться при огляді порожнини рота, на моделях щелеп. Пальпація суглоба і жувальних м'язів.

Пальпація суглоба проводиться попереду козелка вуха або в області зовнішнього слухового проходу.

При пальпації жувальних м'язів визначається їх еластичність, напруга і больові точки.



Визначення об'єму рухів. Максимальне відкривання рота в нормі - 40-50мм.

Лабораторні дослідження:

Клінічні, біохімічні дослідження, оцінка системи імунітету.

Якісний склад синовіальної рідини.

Гістологічне дослідження біоптата синовіальної оболонки.

Бактеріологічне дослідження синовіальної рідини (при інфекційних артритах).



РЕНТГЕНОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СНЩС

Методи дослідження :

Оглядові рентгенограми:

а) Методика Шюллера - бічна рентгенограма скроневої кістки.

б) Методика Бордеса в модифікації Парма - бічна рентгенограма суглоба з використанням дентального апарату при відкритому роті.

Оглядові рентгенограми застосовуються при грубій патології суглобів : вивих суглобової голівки, перелом суглобового відростка, виражені ділянки остеопорозу і остеосклерозу.

Томографія - пошарова рентгенографія.

Методика дозволяє оцінити стан кісткових елементів зчленування, внутрішньосуглобового диска і внутрішньосуглобові зв'язки в сагітальній і фронтальній проекціях.

Зонографія - пошарова рентгенографія. Дозволяє виділити товстий шар об'єкту, тобто зону що має ширину від 1,5 до 2,5 см

Дуже часто в стоматології застосовується ортопантомографія, яка є різновидом панорамної зонографії. На відміну від лінійної зонографії, при панорамному дослідженні суглоби відбиваються в косих проекціях, що спотворює картину кісткових елементів і рентгенівської суглобової щілини.

Контрастна артрографія.

Для введення в порожнину суглоба використовуються: триомбраст, верографин, іодамид, іодліпол

Виконується тільки досвідченими фахівцями, є складною і болісною методикою. Найчастіше використовується при майбутньому оперативному втручанні на суглобі. Дозволяє отримати інформацію про стан і розташування суглобового диска.

Комп'ютерна томографія - дозволяє отримати зображення тільки кісткових суглобових поверхонь і їх відношення один до одного.

Магніторезонансна томографія дозволяє отримати зображення не лише кісткових масивів, але і зв'язкового апарату, капсули, внутрішньосуглобового диска. Дослідження вимагає великого досвіду і виконується тільки в спеціалізованих центрах.

Рентгеноанатомія скроневого – нижньощелепного суглоба в нормі.

Для нормального суглоба характерна чіткість і безперервність кортикальної пластинки в області суглобових поверхонь.

Суглобові голівки розташовуються в западинах центрально або займають верхньовнутрішній кут.

Суглобовий майданчик займає дві третини овальної поверхні голівки.

Просвіт рентгенологічної суглобової щілини однаковий в усіх її відділах або вужчий в передньому відділі. При широкому відкриванні рота голівка суглобового відростка контактує з вершиною суглобового горбка. Між кортикальними пластинами на вершині суглобового горбка і голівкою залишається просвіт в 1 мм.



- Якщо $\frac{2}{3}$ суглобової площини голівки нижньої щелепи розташовуються наперед від вершини суглобового горбка, можна говорити про підвивих нижньої щелепи, а якщо контакт суглобових площин повністю втрачений говоримо - про повний її вивих.
- Рентгенологічні ознаки деформуючого артрозу : звуження рентгенівської суглобової щілини, склероз і підвищення інтенсивності кортикальних замикаючих пластинок голівки і заднього ската суглобового горбка, зміна форми голівки і суглобового горбка, сплюснення, стирання голівки по висоті, загострена, булавоподібна деформація і утворення екзофітів; сплюснення або екзофітні утворення на горбку. Екскурсія голівки обмежена, рідше виникають вивихи, що вправляються, і підвивихи.
- Рентгенологічні ознаки артриту : спочатку - різке порушення рухливості голівки. Через 15-20 днів виникає остеопороз голівки і нерівномірне звуження рентгенівської суглобової щілини. При поширенні запального процесу на кісткові елементи суглоба кортикальні замикаючі пластинки в окремих ділянках втрачають чіткість, виявляються крайові узури голівки і заднього краю горбка.
- Рентгенологічні ознаки кісткового анкілозу : зображення рентгенівської суглобової щілини відсутнє або вона видно частково. Структура кісткової тканини голівки переходить на кісткову тканину западини суглоба. Функція суглоба відсутня повністю.

Класифікація захворювань СНЩС

(Сисолятин П. Г. 1997г.)

А. Артикулярні.

1. Запальні (артрити).

2. Незапальні.

2.1. Внутрішні порушення.

2.2. Остеоартрози:

- не пов'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС (первинні, або генералізовані);**

- пов'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС (вторинні).**

2.3. Анкілози.

2.4. Природжені аномалії.

2.5. Пухлини.

Б. Неартикулярні.

1. Бруксизм.

2. Больовий синдром дисфункції СНЩС.

3. Контрактури жувальних м'язів.

Контрактура нижньої щелепи

Під контрактурою мається на увазі різке обмеження рухливості нижньої щелепи внаслідок патологічних змін м'яких тканин, функціонально пов'язаних з СНЩС.

Розрізняють запальні, рубцеві і післяінфекційні контрактури нижньої щелепи. Також виділяють контрактури центрального походження, пов'язані з ушкодженням центральних структур трійчастого нерва (нейроінфекції).

У хворих, яким замість анестетика помилково введені дратівливі речовини, наявні в кабінеті стоматолога (перекис водню, нашатирний спирт), на місці введення виникають некроз тканин і подальше рубцювання. В результаті порушення техніки мандибулярної або торусальної анестезії, відбувається ушкодження нервів або м'язів, утворення гематом в крилоподібно-щелепному просторі. Спайковий процес м'язі, між м'язом і окістям створює умови для розвитку стійкої контрактури нижньої щелепи.

- *Клінічні прояви. Відзначається різке обмеження відкривання рота (до 1-1,5 см). При зовнішньому огляді іноді відзначається збільшення об'єму м'яких тканин в області проекції жувального м'яза з одного боку (хворі з осифікуючим міозитом і запальними процесами) або наявність рубцево-змінених тканин середньої зони обличчя або порожнини рота. При пальпації СНЩС клінічно не визначається змін форми і положення суглобових голівок виросткових відростків. Клінічно виявляються тільки незначні переміщення голівок виросткового відростка в суглобовій ямці. Об'єм бічних рухів нижньої щелепи в сторони зберігається з деяким обмеженням на стороні контрактури. Прикус у усіх хворих не порушений. Такий симптом, як обмеження відкривання рота, вимагає ретельного обстеження хворих для виключення гострих одонтогенних запальних процесів в кліткових просторах (абсцес, флегмона), онкологічних захворювань, враження елементів зчленування у вигляді фіброзного або кісткового анкілозування.*
- *Диференційній діагностиці сприяють ретельне клінічне і рентгенологічне дослідження зубощелепної системи. Як правило, при рентгенологічному дослідженні у хворих цієї групи змін кісткових структур нижньої щелепи і СНЩС не виявляється.*

Симптом	Рубцева контрактура нижньої щелепи	Анкілоз СНЩС	Дисфункція СНЩС
Враження щелеп	Спостерігається	Спостерігається	Обмеження відкривання рота
Рухи нижньою щелепою	Можливі в обидві сторони	Відсутні або тільки обмежені при двусторонньому анкілозі. При односторонньому враженні щелепа зміщена у бік враження	Можливі рухи в обидві сторони
Враження м'язів	Відсутній або зустрічається у край рідко	При розвитку анкілозу в дитинстві. Обумовлене недорозвитком нижньої щелепи на стороні ураження	Відсутній
Зміни обличчя	Може спостерігатися	Зазвичай відсутній	Зазвичай відсутній
Зміни в порожнині	Зустрічається часто	Відсутній	Відсутній
Зміни в сусідніх тканинах	Зазвичай відсутні	Зустрічається часто внаслідок недорозвинення нижньої щелепи при розвитку анкілозу в дитинстві	Зазвичай відсутній
Зміни рентгенівських променів СНЩС, що відбуваються при анкілозі	Зазвичай відсутні, але головки нерухомі	Деформація суглобових голівок, наявність кісткових масивів, відсутність рентгенівської суглобової щілини	Зміщення суглобової голівки назад. Анатомічно може бути незмінений
Зміни кісткових тканин	Можуть мати місце при осифікуючих міозитах	Можуть виявлятися кісткові тяжі в навколишніхх суглобових тканинах	Відсутні
Зміни м'язової активності	Зниження активності з обох боків, більше виражене на стороні враження	Зниження активності з двох сторін при двостороньом у процесі. Підвищення активності на здоровій стороні по відношенню до ураженої при односторонньому анкілозі	Зазвичай відсутній

- Лікування
- Вид і характер лікувальних заходів залежать від локалізації рубцево-змінених тканин і тривалості хвороби з моменту появи обмеження відкривання рота до звернення по медичну допомогу.
- При осифікуючих міозитах жувального м'яза видаляють осфіковану ділянку м'яза і надлишок кісткової тканини разом з окістям в області гілки нижньої щелепи.
- У хворих з рубцевими змінами слизової оболонки і прилеглих тканин ретромоларної і задніх відділів щічної області уражені тканини висікають до відновлення рухів нижньої щелепи. Дефект закривають шкірно-м'язовими клаптями.
- При постінекційних контрактурах ефективно механічне розведення щелеп. Проводять двосторонню анестезію по Берше-Дубову і редресацию щелеп. Ця процедура супроводжується лише чутним тріском внаслідок розриву рубцевої спайки між гілкою нижньої щелепи і медіальним крилоподібним м'язом. Після цього рот вільно розкривається. Наступного дня після такої процедури об'єм відкривання рота знову зменшується, оскільки хворі щадять себе через хворобу. Повторно проводять анестезію по Берше-Дубову і механічне розкриття рота до норми, що вже не супроводжується шумовими явищами. Проведення подібних процедур залежить від терміну, що пройшов після розвитку контрактури (в середньому 2 тижні), і активної механотерапії. Після перших 3 днів подібні лікувальні заходи проводять з інтервалом 2-3 дні і закріплюють отримані результати фізіотерапевтичними процедурами.

ВИВИХИ СНЩС

Класифікація вивихів.

1. По механізму виникнення розрізняють вивихи нижньої щелепи травматичні (гострі) і звичні.

Гострий травматичний вивих нижньої щелепи виникає в результаті удару в область підборіддя або тіла щелепи, надмірного відкривання рота під час крику, відкушування їжі, позіханні, видаленні або лікуванні зубів, інтубації трахеї.

Сприяючими чинниками для виникнення травматичного вивиху є: анатомо-фізіологічні особливості будови суглоба, неміцність зв'язкового апарату суглоба і суглобової капсули, невідповідність величини суглобових поверхонь.

2. Залежно від напрямку зміщення голівки виросткового відростка нижньої щелепи вивихи нижньої щелепи підрозділяють на: передні, задні і бічні.

3. Вивихи можуть бути одно- і двосторонніми. Найчастіше зустрічаються передні двосторонні травматичні вивихи нижньої щелепи за рахунок зміщення голівки виросткового відростка наперед від суглобового горбка з двох сторін. Рідше зустрічаються односторонні передні травматичні вивихи нижньої щелепи. Слід особливо відмітити, що бічні вивихи голівки вінцевого відростка (зазвичай усередину) спостерігаються, як правило, при переломах вінцевого відростка нижньої щелепи.

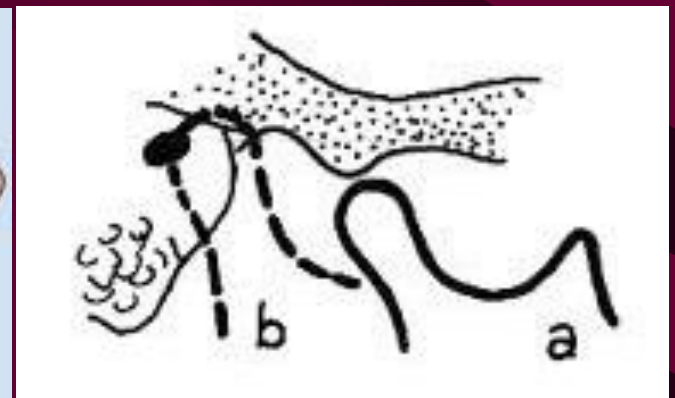
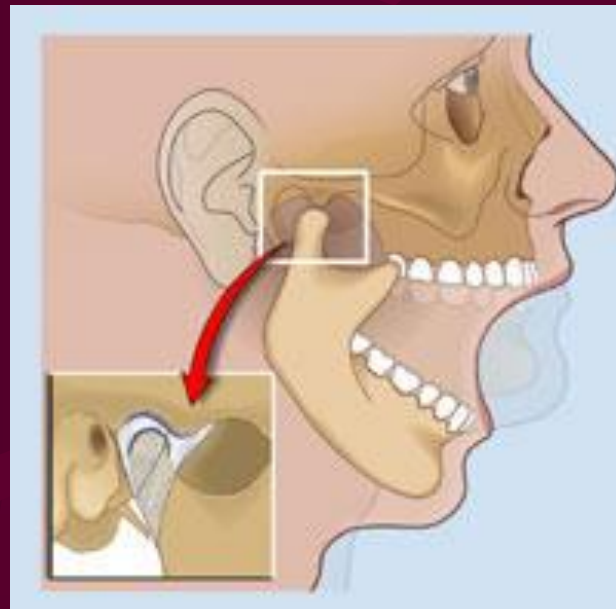
Клінічна картина

Гострий травматичний двосторонній передній вивих.

Рот хворого відкритий і самотійно закрити його він не може. Нижня щелепа зміщена донизу, рухи її неможливі. Мова хворого невиразна, є рясна слинотеча. При пальпації попереду козелка вушної раковини з двох сторін визначається западина, а голівки виросткових відростків нижньої щелепи пальнуються під вилицевими дугами.

Виражений больовий синдром. Рентгенологічно голівки виросткових відростків нижньої щелепи з двох сторін розташовані попереду від суглобових горбків скроневої кістки. Переломи кісткової тканини, як правило, не виявляються.

Гострий травматичний передній односторонній вивих. Виникає зазвичай в результаті удару по тілу нижньої щелепи збоку. Клінічно, при цьому, обличчя хворого асиметричне за рахунок зміщення підборіддя донизу і в "здорову" сторону. Рот хворого напіввідкритий, мова невиразна. Клініко-рентгенологічне дослідження визначає передній вивих суглобової голівки нижньої щелепи з одного боку.



Вправлення переднього вивиху по методу Гіппократа.

Показано при передньому двосторонньому вивиху.

Методика:

Хворого саджають на низький стілець або табурет, так, щоб потилична область мала міцну опору.

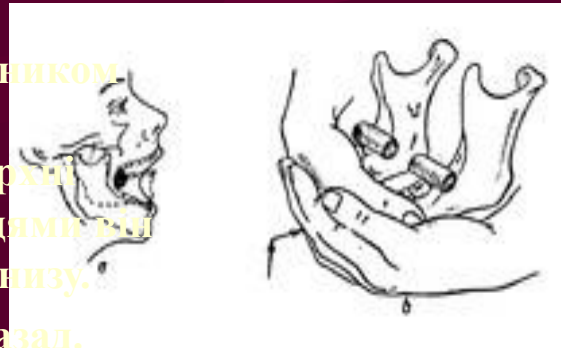
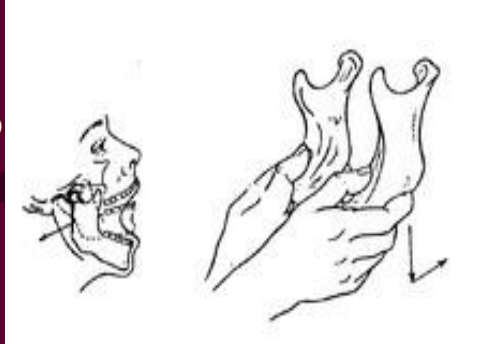
Лікар стає лицем до хворого.

Обернуті серветками або рушником великі пальці обох рук лікар встановлює на жувальні поверхні корінних зубів. Іншими пальцями він захоплює вивихнуту щелепу знизу.

Робиться рух щелепи вниз і назад.

Імобілізація щелепи на 10-15 днів.

Виключення прийому твердої їжі.



Диференційна діагностика свіжого переднього вивиху.

Односторонній передній вивих треба диференціювати з одностороннім переломом нижньої щелепи, при якому відсутній симптом висунення підборіддя вперед і в здорову сторону.

Двосторонній передній вивих нижньої щелепи необхідно відрізнати від двостороннього перелому виросткових відростків або гілки щелепи зі зміщенням відламків. При цьому рекомендується враховувати наступні сім ознак:

- 1. У обох випадках прикус відкритий, але при вивиху підборіддя і уся фронтальна група зубів висунені вперед, а при переломі зміщені назад. При вивиху зовнішній вигляд обличчя хворого - прогенический, а при переломі - прогнатичний.*
- 2. У хворого з переломом амплітуда рухів щелепи більша, а обмеження відкривання рота обумовлене больовими відчуттями. При вивиху можливо лише деяке додаткове відкривання рота, хоча при спробах рухати нижньою щелепою хворої не переживає значних больових відчуттів.*
- 3. При переломі задні краї гілки нижньої щелепи розташовуються більше прямо і дистальніше, ніж при вивиху.*
- 4. При пальпації верхнього відділу заднього краю гілки щелепи можна виявити його деформацію і локалізований біль (у місці перелому кістки), чого немає у хворих з вивихом.*
- 5. При переломі і вивиху відсутнє відчуття рухливості голівок нижньої щелепи при пальпації їх через зовнішні слухові проходи; проте при переломі (без вивиху суглобової голівки) відсутній западіння попереду козелка.*
- 6. Рентгенографічно при переломі, що не супроводжується вивихом, голівка нижньої щелепи знаходиться на своєму звичайному місці, а при вивиху вона виходить з суглобової ямки і розташовується попереду суглобового горбка.*
- 7. При переломі, на відміну від вивиху, на рентгенограмі видно тінь щілини перелому.*

Задні травматичні вивихи нижньої щелепи зустрічаються виключно рідко і протікають дуже важко, оскільки можуть додатково супроводжуватися переломами кісток основи черепа і ушкодженням лицевого нерва.

Вивихи нижньої щелепи назад відбуваються в результаті удару в підборіддя у момент невеликого відведення щелепи, при судорожному позіханні. В результаті голівка нижньої щелепи встановлюється між нижньощелепною ямкою і сосковподібним відростком скроневої кістки, під нижньою стінкою кісткової частини слухової труби.

Положення хворих при задньому вивиху іноді вимушене (сидячи), оскільки із-за зміщення нижньої щелепи назад виникає загроза дислокаційної асфіксії. Рот хворого закритий, і відкрити його він сам не може. Прикус дистальний. Можлива кровотеча із зовнішнього слухового проходу з однієї або двох сторін. Виражений больовий синдром. Остаточний діагноз заднього вивиху нижньої щелепи ставиться на підставі клініко-рентгенологічного обстеження хворого.

Методика усунення заднього вивиху.

Великі пальці рук вводять в передвер'я рота і поміщують на зовнішній поверхні альвеолярних відростків у зубів мудрості і на косих лініях нижньої щелепи. Іншими пальцями охоплюють тіло щелепи. Натиском великих пальців донизу і висуненням нижньої щелепи вперед суглобові голівки встановлюються в правильне положення. Після усунення вивиху застосовують пов'язку імуннодефіциту на 2,5-3 тижні.

Звичний вивих (підвивих) нижньої щелепи виникає зазвичай в результаті перерозтягання зв'язкового апарату і суглобової капсули СНЩС. Він частіше зустрічається у дівчаток підліткового віку і у жінок. Це обумовлено анатомічними особливостями будови СНЩС у осіб жіночої статі (менша глибина суглобової ямки, мала висота суглобового горбка, слабкість зв'язкового апарату суглоба і суглобової капсули). Проте звичний вивих нижньої щелепи може розвинутися і у осіб чоловічої статі в результаті неправильного лікування гострого травматичного вивиху. Зазвичай це пов'язано з відсутністю або недостатньо тривалою іммобілізацією нижньої щелепи після вправлення вивиху.

Легко виникає при широкому відкриванні рота, відкусуванні або жуванні їжі, лікуванні зубів та ін. Він зазвичай супроводжується такими симптомами, як хрускіт і клацання в суглобі, девіацією нижньої щелепи, нерідко болем в області СНЩС та ін. Звичний вивих нижньої щелепи легко вправляється самим хворим без допомоги лікаря. Під час його не відбувається розриву суглобової капсули і крововиливу в порожнину СНЩС.

Лікування звичного вивиху нижньої щелепи в дитячому і підлітковому віці тільки консервативне, спрямоване на обмеження рухливості нижньої щелепи і створення спокою в суглобі. Використовують ортодонтичні і інші апарати обмежують відкривання рота. За наявності клініко-рентгенологічних ознак хронічного артриту додатково проводять фізіотерапевтичне і протизапальне лікування.

АНКІЛОЗ СНЩС

Анкілоз СНЩС суглоба - фіброзне або кісткове зрощення суглобових поверхонь, що обумовлює часткове або повне зникнення суглобової щілини.

Етіологія. Причиною внутрішньосуглобових зрощень можуть бути інфекційні остеоартрити і травми, у тому числі родові.

Механізм розвитку кісткового анкілозу. Голівка нижньої щелепи, що змістилася, зберігає епіфізарні зони росту, що продовжують функціонувати, - продукувати нову кісткову тканину, яка поступово заповнює нижньощелепну ямку, зростається з нею і призводить до анкілозу.

Класифікація

1. По етіології:
інфекційний, травматичний.
2. По морфологічному субстрату:
кістковий (частіше у дітей і юнаків),
фіброзний (у осіб зрілого віку).
3. По локалізації процесу :
односторонній, двосторонній.
4. По мірі поширення спайок :
неповний, або частковий,
повний, або поширений.
5. За характером супутніх змін кісток :
з мікрогенією, без мікрогенії.



Клініка

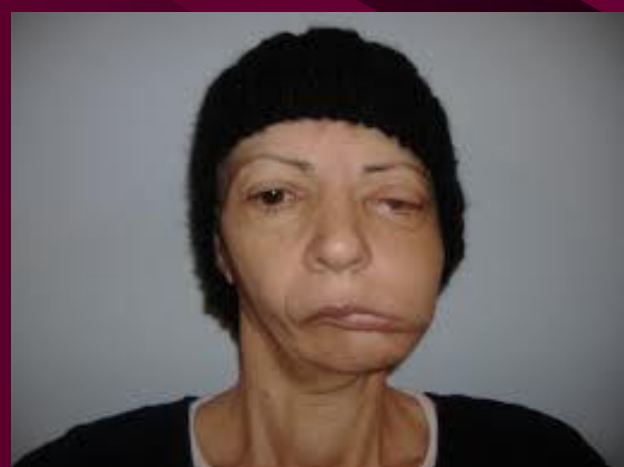
Симптомом анкілозу є стійке повне або часткове обмеження розкриття рота.

Міра рухливості голівки нижньої щелепи визначається шляхом її пальпації попереду козелка вуха і через передню стінку зовнішнього слухового проходу. При фіброзному анкілозі визначається ледве помітна рухливість голівки нижньої щелепи, чого немає при синостозі.

При обмеженні дорослого хворого, у якого анкілоз розвинувся в дитячому віці, виявляють виражену затримку росту ураженої половини нижньої щелепи і усієї відповідної половини обличчя. Проте і у дітей з анкілозами помітна асиметрія обличчя внаслідок зміщення підборіддя і кінчика носа в хвору сторону, зменшення усіх розмірів ураженої половини тіла і гілки нижньої щелепи (одностороння мікрогенія або мандибулярна ретрогнатія). До того ж вушна раковина на хворій стороні може бути розташована нижче, ніж на здоровій. Підборіддя зміщене в хвору сторону.

Якщо в дитячому віці вражаються обидва суглоби, розвивається двостороння мікрогенія, така, що характеризується так званою пташиним обличчям, тобто різким недорозвиненням усього нижнього відділу обличчя.

DomMedika.com –
ординаторская врача

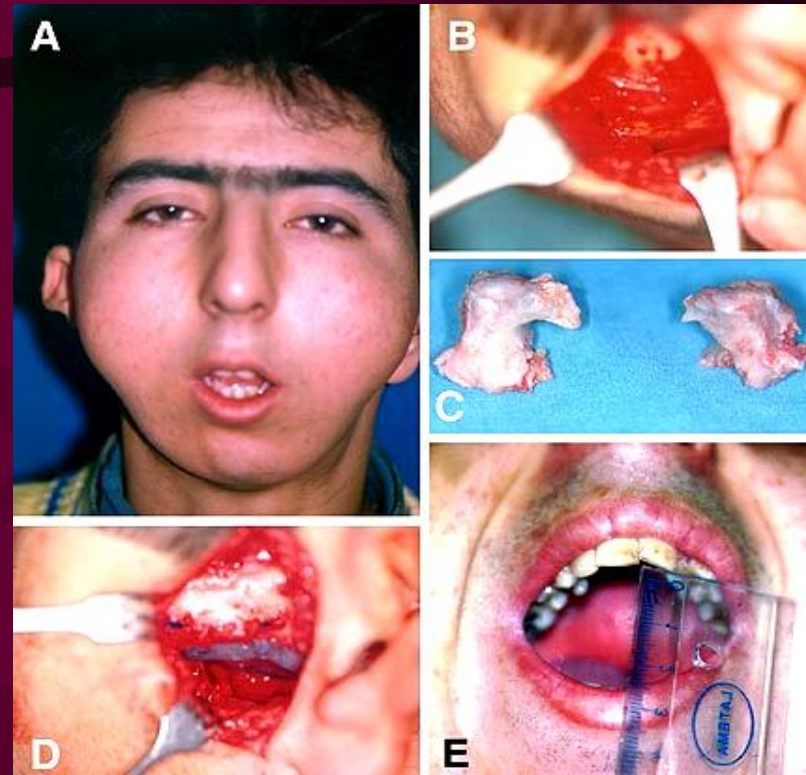


Клініка

У разі розвитку анкілозу у дорослої людини, у якій вже закінчилося формування скелета, затримка в розвитку нижньої щелепи незначна або абсолютно відсутній.

В результаті тривалого анкілозування порушується функція жування і мови, особливо при двосторонніх фіброзних і кісткових анкілозах. Неможливість нормального прийому і розжовування їжі призводить до появи гінгівіту, патологічних ясенних кишень, до відкладення великої кількості зубного каменю, множинного враження зубів каріозним процесом і віялоподібного зміщення зубів. Такі хворі, як правило, ослаблені, виснажені. Мова хворих з анкілозом порушена і ускладнена.

Недорозвинення щелепи призводить до западіння язика під час сну на спині, і сон супроводжується найсильнішим хропінням. Постійне недосипання призводить до виснаження нервової системи, хворий стає дратівливим, худне і втрачає працездатність.

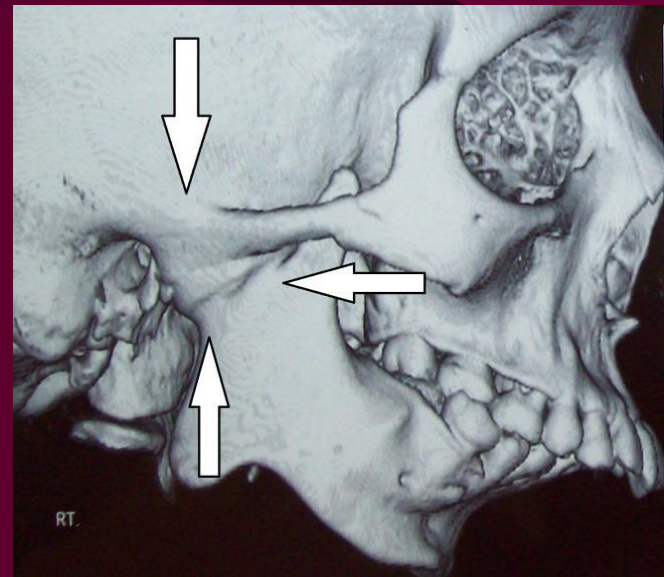


Рентгенологічні ознаки кісткового анкілозу : повна або часткова відсутність суглобової щілини, переходу структури однієї кістки в іншу і відсутність зображення контурів тих відділів кісток, які утворюють зчленування.

Якщо анкілоз розвинувся в ранньому дитинстві, на рентгенограмі визначатиметься укорочення і потовщення вінцевого відростка, "шпора" в області кута нижньої щелепи, наявність молярів, що не прорізаються, в області гілки нижньої щелепи.

Вирізка нижньої щелепи зменшена, зливається з відростками гілки нижньої щелепи або має гострокутну форму.

При фіброзному анкілозі суглобова порожнина звужена, проте на більшому або навіть на усьому своєму протязі вона досить чітко контурує. Голівка і шийка нижньої щелепи при неускладненому фіброзному анкілозі можуть децю товщати або зберігати свою нормальну форму. При ускладненому (тобто при вторинному деформуючому артрозі) голівка нижньої щелепи або вже зруйнована, або є безформним конгломератом кісткової тканини, що розрослася, відокремленою від скроневої кістки вузькою смужкою суглобової порожнини.



Лікування

Завданням хірурга є відновлення рухливості нижньої щелепи, а при поєднанні анкілозу з мікрогенією (ретрогнатією) - виправлення форми обличчя.

Лікування фіброзного анкілозу слід розпочинати з консервативних заходів. У початковій стадії захворювання слід використати фізіотерапевтичні методи (фонофорез, ультразвук), що розсмоктують медикаментозні засоби (розчин калію йодиду, лідаза, гіалуронидаза). При недостатньому ефекті терапії можливе проведення насильницького відкривання рота (редресація) у поєднанні з вказаними методами лікування і механотерапією.

Лікування кісткового анкілозу здійснюється тільки хірургічним шляхом, додатково призначаючи ортодонтичні і ортопедичні заходи.

Усі сучасні хірургічні методи, можна розділити на наступні основні групи:

Екзартикуляція голівки нижньої щелепи, усього вінцевого відростку або виросткового і вінцевого відростків разом з розташованою нижче ділянкою гілки щелепи і подальша їх заміна ауто-, алло- чи ксеногенним кістковим або кістково-хрящовим трансплантатом, металевим, металокерамічним або іншим експлантатом;

Остеотомія по лінії колишньої порожнини суглоба або в зоні верхньої третини гілки нижньої щелепи з подальшим моделюванням голівки нижньої щелепи і покриттям її ковпачком-прокладенням;

Розтин або розрив рубців, що утворилися усередині суглобової капсули, зведення виросткового відростка вниз, інтерпозиція остеотомованих фрагментів різними біоматеріалам.



АРТРИТИ

Артрита (синонім - остеоартрит) - запальні процеси у СНЩС.

ЕТІОЛОГІЯ

Частіше зустрічаються в людей молодого і середнього віку.

Серед причин розвитку артритів можуть бути наступні:

- місцева інфекція (пародонтит, гінгівіт, стоматит, отит, ангіни, остеомієліти щелеп і ін.),
- загальні інфекційні захворювання (ОРЗ, грип, пневмонія, дизентерія, туберкульоз, сифіліс і ін.),
- алергійні захворювання, травматичні впливи і т.д.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

У залежності від того, який етіологічний фактор є причиною розвитку захворювання, розрізняють:

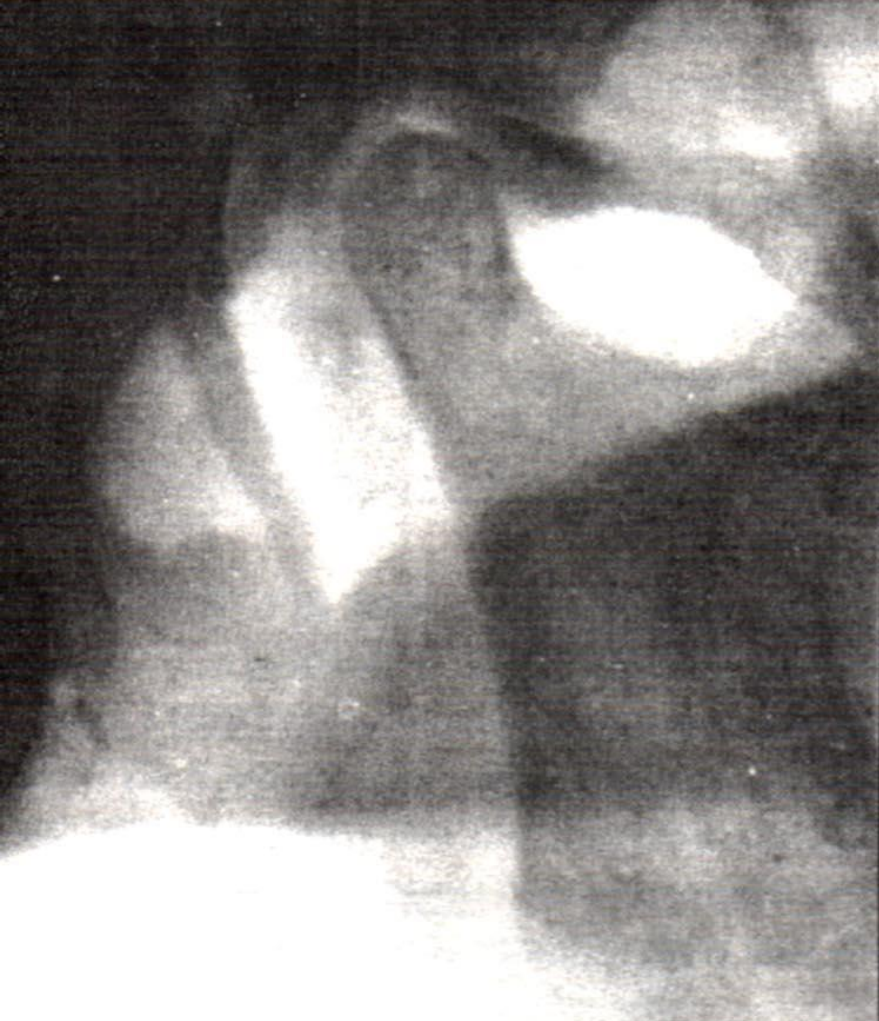
- **неінфекційні** (обмінно-дистрофічні);
- **інфекційні** - специфічні (туберкульозний, сифілітичний, гонорейний, актиномікотичний і ін.) і неспецифічні (після отиту або остеомієліту, при ревматизмі, коллагенозах і ін.);
- **посттравматичні** (виникають при хронічній мікротравмі, гострій травмі, оперативних втручаннях на щелепах після видалення зубів через широке відкривання рота, при однократному перевантаженні суглоба під час відкушування великого шматка яблука або при вживанні твердої їжі).

ЗА КЛІНІЧНИМ ПЛИНОМ:

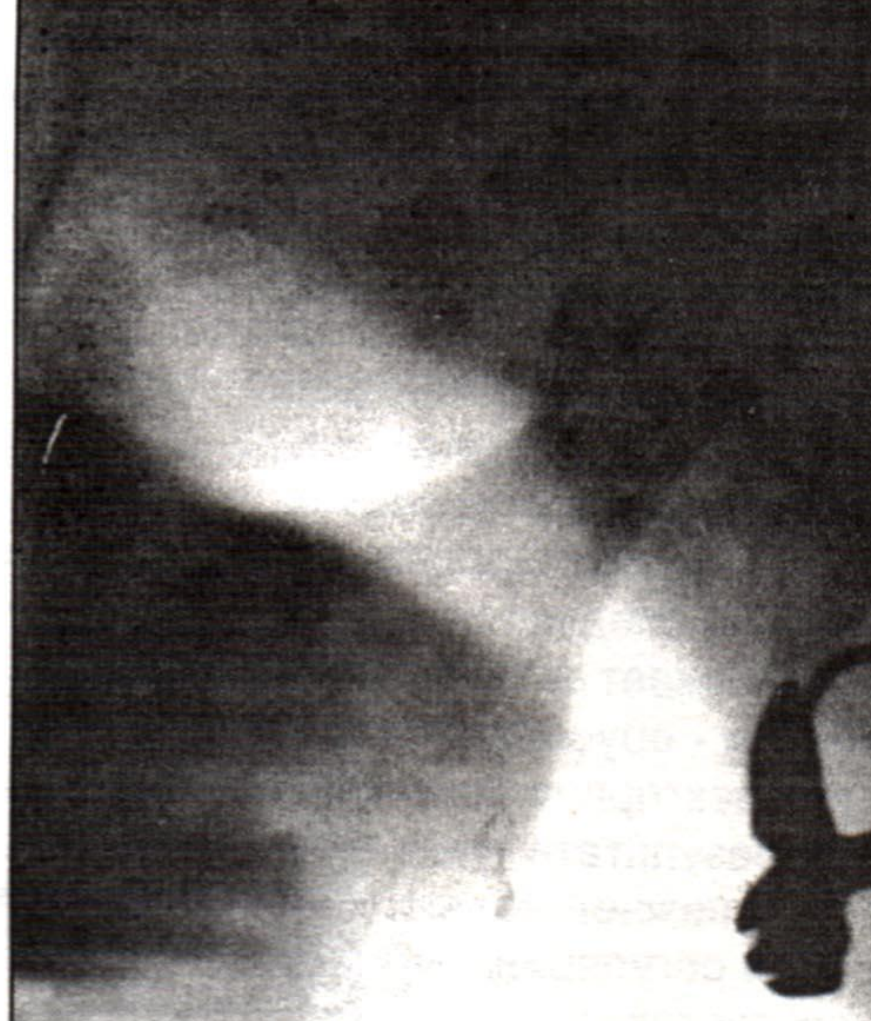
- Гострі
- Хронічні.

КЛІНІКА ГОСТРОГО АРТРИТУ

- має гострий початок
 - характеризується різкими болями в самому СНЩС, що підсилюються при найменших рухах нижньою щелепою
 - болі постійні, лише при спокої нижньої щелепи вони зменшуються.
 - відразу ж з'являється різке обмеження при відкриванні рота, а нижня щелепа при русі зміщається у бік хворого суглоба
 - при тиску на підборіддя біль у хворому суглобі різко підсилюється, навіть при закритому роті
 - перед козелком вушної раковини з'являється набряклість і інфільтрація м'яких тканин, шкіра може бути гіперемірованою.
- При серозному артриті в порожнині суглоба з'являється серозний ексудат, а при гнійному артриті - гнійний.
- Для ревматоїдного артриту характерно двостороння поразка СНЩС, а при контактному артриті - одnobічне.



ЗДОРОВА ЛЮДИНА



ХВОРИЙ З АРТРИТОМ

РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ЗМІН НЕМАЄ

ДИФ. ДІАГНОСТИКА

Диференціювати гострий артрит СНЩС треба з наступними захворюваннями:

- артрозом
- больовою дисфункцією СНЩС
- гострим отитом
- переломом мищелкового відростку нижньої щелепи
- остеомієлітом верхньої щелепи в ділянці молярів

КЛІНІКА ХРОНІЧНОГО АРТРИТУ

Хронічний артрит - триває від декількох місяців до декількох років.

- **характеризується помірно вираженими болями у СНЩС, що частіше провокуються переохолодженням, після тривалої розмови, під час прийому їжі (твердої)**
- **відзначається тугорухомість у суглобі зранку і наприкінці дня**
- **скутість у суглобі при жуванні або розмові**
- **обмеження відкривання рота спостерігається, в основному, у період загострення**
- **із суб'єктивних відчуттів можуть бути наступні: парестезія або гіперестезія шкіри даної ділянки, хруст у суглобі.**

РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА ХРОНІЧНОГО АРТРИТУ

● виявляються ділянки звуження (частіше) або розширення (рідко) суглобної щілини,

● вогнища остеопорозу і деструкції кісткової тканини суглобних елементів СНЩС.

Результатом артриту в дітей може бути *анкілоз* - відсутність рухливості в суглобі внаслідок запалення, дегенеративного процесу або травми.

**РЕНТГЕНОГРАММА
ХВОРОГО З
ХРОНІЧНИМ
АРТРИТОМ**



**Спостерігається
звуження
суглобної щілини
у задньому відділі**



ХВОРА 3
АНКІЛОЗОМ СНЩС

Реактивні артрити

Реактивні артрити - група запальних захворювань суглобів, при яких чітко визначається патогенетичний зв'язок з конкретною інфекцією, але в ураженому суглобі збудник захворювання і відповідні інфекційні агенти відсутні.

Джерела ураження суглоба : стрептококова, хламідійна, дизентерійна і сальмонельозна інфекція, аденовірусна інфекція, одонтогенна і носоглоткова інфекція.

Клінічна картина:

Хронологічний зв'язок з інфекцією (виникають одночасно з епізодом інфекції або через 1-2 тижні).

Наявність інших ознак системного процесу.

Гострий початок, яскраві клінічні прояви, повний зворотний розвиток після усунення головної причини захворювання.

При загостренні інфекції (ГРВІ, ангіна та ін.), можливі рецидиви реактивного процесу в суглобах.

При сальмонельозних, дизентерійних артритах суглобовому синдрому частіше передують кишкові прояви.

Відрізняється від септичних легшою течією і відсутністю ознак гнійного ексудату в суглобовій порожнині.

Лікування реактивних артритів відповідає лікуванню бактерійних артритів. Проте, призначення антибактеріальних препаратів буває доцільним тільки при виявленні інфекційних вогнищ, що підтримують реактивне запалення в суглобах.

Неспецифічні артрити

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ревматизм - інфекційно-алергічне захворювання, що характеризується ураженням сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серці. Розвивається через 1-6 тижнів після стрептококової інфекції верхніх дихальних шляхів.

Процес зазвичай локалізується в обох СНЩС, перебіг з періодичними загостреннями, супроводжується субфебрильною температурою, болем в обох СНЩС, а також інших, особливо великих суглобах. Реакція з боку навколосуглобових тканин виражена слабо. Функція суглоба порушується. Під впливом комплексного лікування запальні явища швидко йдуть на спад.

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ревматоїдний артрит - хронічне аутоімунне захворювання сполучної тканини з прогресуючим враженням переважно синовіальних суглобів за типом ерозійно-деструктивного поліартриту.

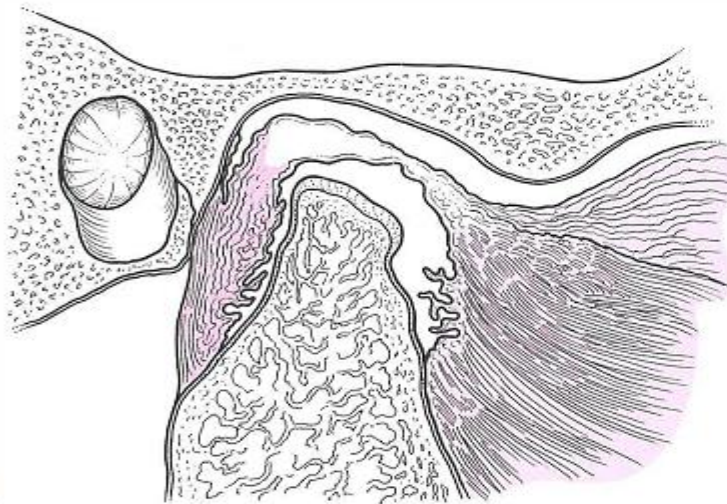
Клініко-морфологічна суть ревматоїдного артрити визначається враженням синовіальної оболонки суглобів, руйнуванням суглобового хряща і субхондральної кістки. Системність захворювання визначається виникненням ревматоїдних вузликів, генералізованою лімфаденопатією, спленомегалією, васкулітами, міопатією.

Хвороба розпочинається з симетричного враження дрібних суглобів кисті і стоп, неухильно прогресує, вражаючи усі суглоби. Основні клінічні ознаки: артралгія, уранішня скутість, шумові реакції в області суглоба, обмеження рухливості нижньої щелепи, неможливість тривало пережовувати їжу. Надалі виникають оклюзійні порушення і зміни прикусу.

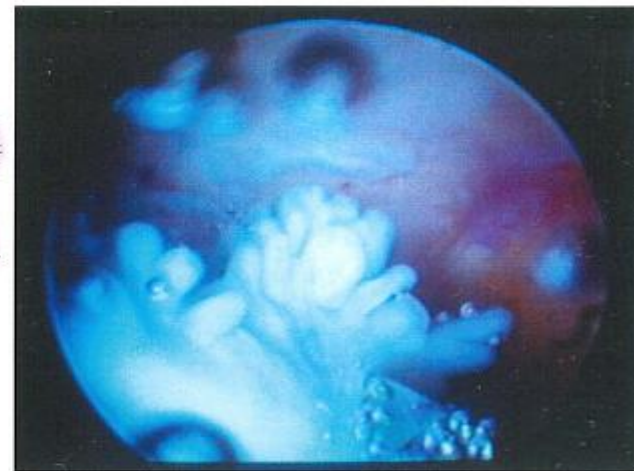
Характерні рентгенологічні ознаки - симетричний остеопороз суглобових голівок, звуження суглобових щілин, поява крайових узур, надалі змінюються розміри і форма суглобових голівок.

Лабораторні показники: гіпохромна анемія, збільшення ШОЕ, у 80% хворих виявляється ревматоїдний чинник.

Лікування ревматоїдних і ревматичних артритів повинне проводитися у ревматолога.



A



B

FIGURE 30-13 A, Changes seen in rheumatoid arthritis of temporomandibular joint. These changes include proliferation of synovial tissue, creating resorption in anterior and posterior areas of condyle. Irregularities of disk tissue and articulating surface of condyle eventually occur. B, Arthroscopic view of synovial hyperplasia.

Специфічні артрити

ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ АРТРИТ

Туберкульозний артрит СНЩС розвивається у виді:

- бактерійного - метастатичного процесу, при якому мікробактерії туберкульозу потрапляють в синовіальну оболонку гематогенним шляхом з первинного вогнища в легені, кишковику і так далі;
- реактивного - за відсутності специфічної інфекції в порожнині суглоба (туберальний артрит Понсе) : кістково-суглобового, при якому туберкульозний процес в суглобі - продовження туберкульозного остеомієліту суглобової голівки.

Течія туберкульозного процесу в суглобах тривала, в'яла. Супроводжується помірними локальними болями, обмеженням функції суглоба. Можливий розвиток абсцесів з утворенням свищів на шкірі обличчя і зовнішнього слухового проходу.

Рентгенологічні ознаки: осередковий або дифузний остеопороз суглобової голівки, руйнування кортикальних замикаючих пластинок, звуження суглобової щілини, розвиток фіброзних спайок в суглобі.

Діагностика. Остаточний встановлення діагнозу туберкульозного процесу в суглобі - виявлення мікобактерій туберкульозу в суглобовій рідині або характерних туберкульозних гранулем в синовіальній оболонці.

Лікування. Має бути комплексним і включати консервативні і хірургічні методи. Консервативне лікування проводиться в спеціалізованих фтизіоортопедичних стаціонарах. На час проведення хіміотерапії і інших методів консервативного лікування хворим показана іммобілізація нижньої щелепи з розвантаженням суглоба з подальшим комплексом лікувальної фізкультури, лікувальним масажем обличчя і ший.

Хірургічне лікування: радикально-профілактичні операції (хірургічна обробка вогнища і її ретельний кюретаж); радикально-відновні операції (видалення внутрішньосуглобових тканин уражених туберкульозним процесом із заміщенням дефекту за допомогою алопластики або ендопротезів).

Оперативне лікування проводиться щелепно-лицевими хірургами, а терміни і можливості проведення їх в умовах щелепно-лицевих стаціонарах визначаються спільно з фтизіатрами.

АКТИНОМІКОТИЧНИЙ АРТРИТ

Актиномікотичний артрит з первинним залученням суглобової капсули є продовженням специфічного процесу в навколосуглобових м'яких тканин, розташованих в привушно-жувальній області.

Клініка відповідає повільному перебігу з наявністю первинних щільних інфільтратів, що розвиваються, синюшності шкірних покривів, контрактури жувальних м'язів, періодичним загостренням процесу з утворенням свищів з "пишною" грануляцією, при абцедуванні характерний крошкуватий гній. При ліквідації патологічного процесу розвивається тугоухомість в суглобі за рахунок рубцювання капсули.

Рентгенологічні ознаки з'являються через 4-6 тижнів від початку захворювання. Найбільш характерна ознака - формування кісткової порожнини з декількох вогнищ деструкції, що зливаються, з нерівними, але досить чіткими контурами. Велика періостальна реакція створює потовщення ураженої ділянки кістки. Порожнина обмежується масивним склеротичним валом. Залучена в процес суглобова голівка деформується, є ознаки обмеження функції суглоба.

Діагностика ускладнена. Для підтвердження діагнозу необхідно отримати друзи актиноміцетів з суглобової рідини або в матеріалі біопсії з суглобової капсули.

Лікування має бути комбінованим і включати консервативні і хірургічні методи. Основна мета консервативного лікування полягає в підвищенні специфічної і неспецифічної резистентності макроорганізму. Хірургічне лікування полягає у вискоблюванні кісткових вогнищ і тривале заповнення їх марлевими йодоформними дренажами. При стійкій втраті функції нижньої щелепи за рахунок розвитку фіброзного анкілозу показані резекція суглобової голівки, ендопротезування і артропластика.

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО АРТРИТУ

- в першу чергу створити спокій у суглобі, обмеживши функцію нижньої щелепи
- накладання підборідно-тім'яної марлевої пов'язки або головної шапочки (для профілактики анкілозу)
- артротомія (показана при наявності гнійного ексудату в порожнині суглоба) Призначають:
- антимікробні
- протизапальні (індометацин, ортофен, напроксен, піроксикам і ін.)
- болезаспокійливі
- антигістамінні
- седативні препарати
- фізіотерапевтичне лікування.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО АРТРИТУ

У хронічній стадії захворювання серед лікувальних заходів перевага віддається фізіотерапевтичним процедурам:

- електрофорезу 3% калію йодиду;
- компресам з медичною жовчю, бішофітом або ронідазою;
- УВЧ;
- фонофорезу з гідрокортизоном і ін.

АРТРОЗ

Артроз (синонім - *остеоартроз*) - це дистрофічне захворювання СНЩС, в основі якого лежить дегенерація суглобного хряща.

ЕТІОЛОГІЯ

Дистрофічні процеси в суглобі розвиваються в результаті порушень рівноваги між навантаженням на СНЩС і фізіологічною витривалістю його тканин. У нормі навантаження, що розвивають жувальні м'язи рівномірно розподіляється на два суглоби, усі зуби і періодонт. Тому перевантаження суглобів не відбувається. При втраті зубів, особливо молярів і премоларів, спостерігається різке підвищення навантаження на суглобні поверхні, а голівка нижньої щелепи глибше просувається в суглобну ямку. Виникає перевантаження СНЩС.

Частіше спостерігається в осіб літнього віку внаслідок вікової втрати зубів, неправильного зубного протезування або відсутності зубних протезів, інволюційних змін тканин.

КЛАСИФІКАЦІЯ

Розрізняють: первинний і вторинний артрози.

У залежності від клінічної картини розрізняють:

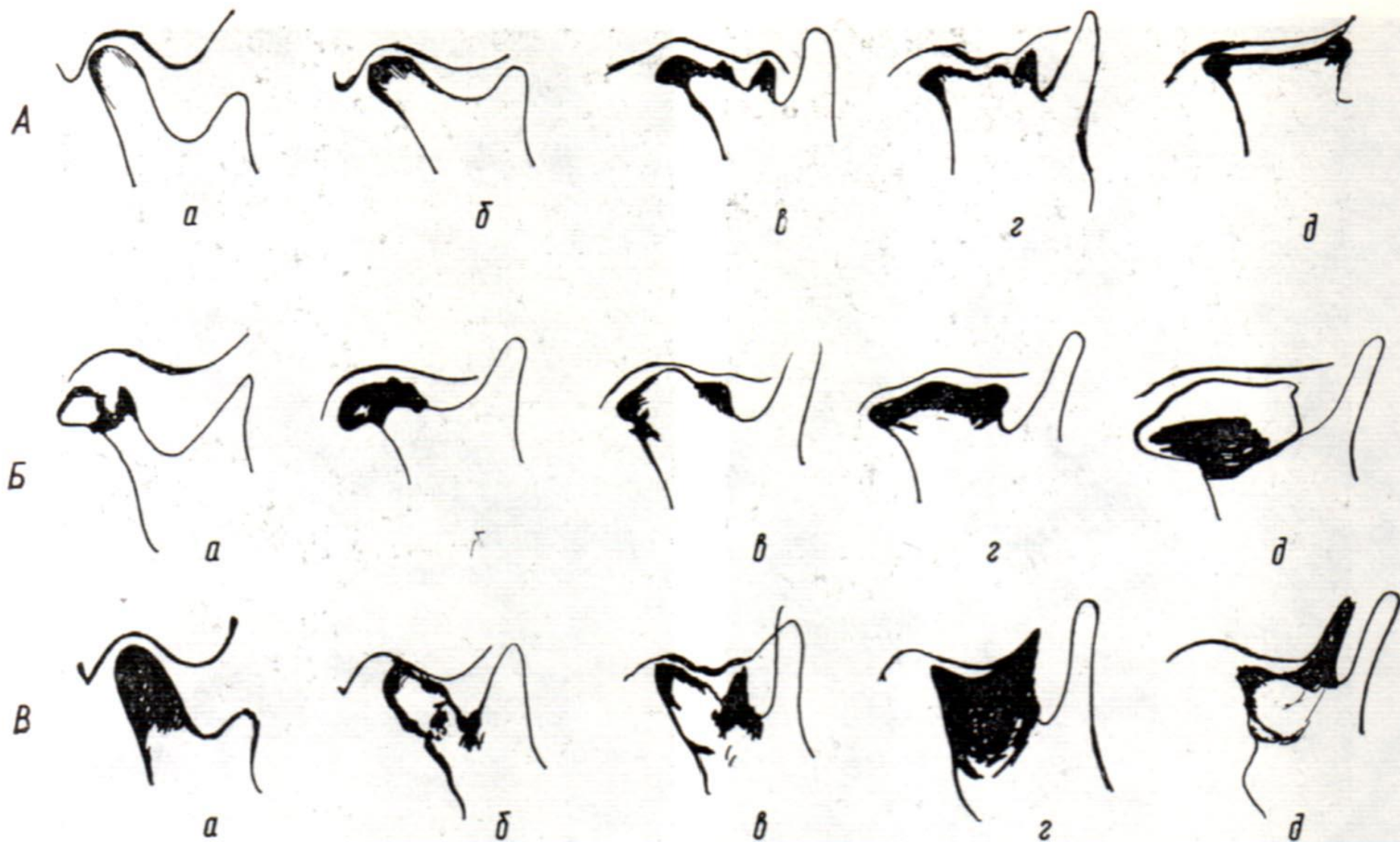
- *склерозуючий* (склероз кортикальних пластинок суглобних кісткових поверхонь);
- *деформуючий* (характеризується вираженими деструктивними змінами кісткових елементів суглобу).

При деформуючому артрозі можуть з'являтися патологічні кісткові нарости на поверхні кістки
- *екзофіти (остеофіти)*

КЛІНІКА

Скарги хворого зводяться до тупих ниючих болів в ділянці СНЩС

- болі підсилюються під час прийому їжі (особливо твердої), після переохолодження або тривалої розмови, внаслідок емоційної напруги
- відкривання рота обмежене і щелепа зміщається убік
- відзначається тугорухомість, скутість у суглобі зранку, а протягом дня він як би "розробляється"
- хруст у СНЩС, деяке зниження слуху.



Юнацький деформуючий артроз

Частіше виникає у 16-18 років

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Диференціальну діагностику артрозу необхідно проводити з:

- больовою дисфункцією СНЩС,
- фіброзним і кістковим анкілозом,
- контрактурами нижньої щелепи,
- деякими вродженими захворюваннями - синдромами, що супроводжуються порушенням росту нижньощелепної кістки:

синдром Робена - характеризується недорозвиненням нижньої щелепи, ущелиною твердого і м'якого піднебіння; западанням язика

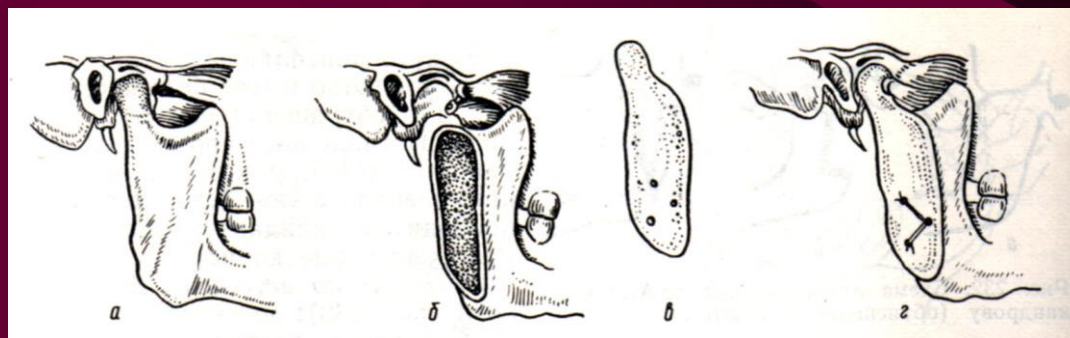
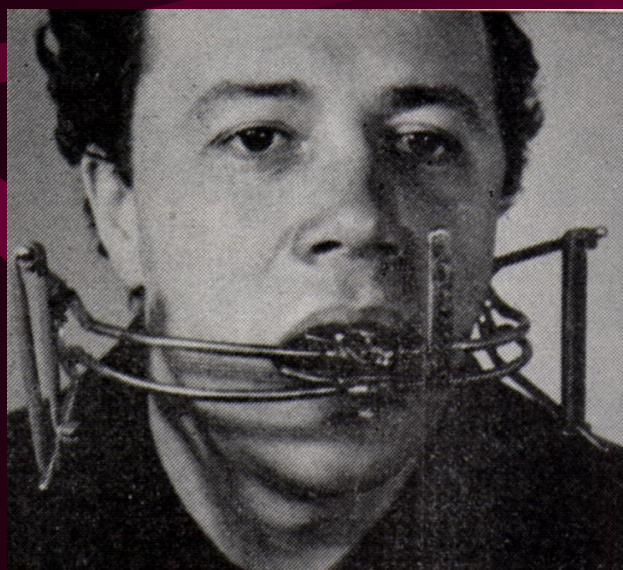
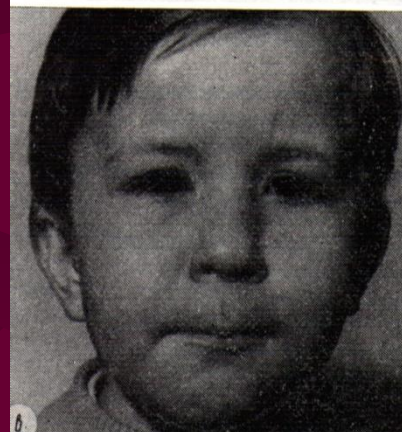
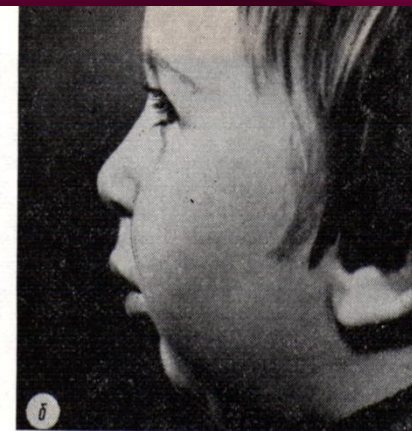
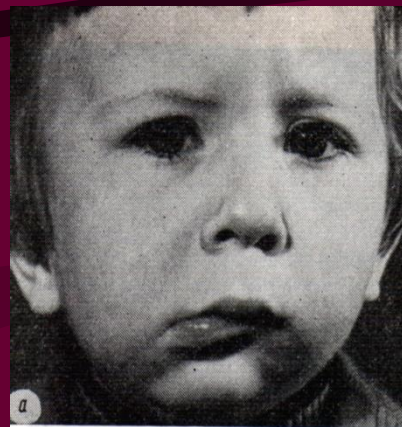
синдром I і II зябрових дуг - недорозвинення однієї половини нижньої і верхньої щелеп, виличного комплексу, вроджена макростомія або поперечна ущелина голови, порушення розвитку зовнішнього і внутрішнього вуха, недорозвинення вушної раковини

ЛІКУВАННЯ

артрозу полягає:

- у відновленні правильного прикусу
- раціональному протезуванні
- призначенні фізіотерапевтичних процедур: електрофорез або фонофорез з анестетиками, йодидом калію, гідрокортизоном (преднізолоном)
- при обмеженні рухливості нижньої щелепи і прогресуючої її деформації в хворих із вторинним деформуючим артрозом показане хірургічне лікування (кісткова пластика).

ЛІКУВАННЯ АРТРОЗУ



БОЛЬОВА ДИСФУНКЦІЯ СНЩС

Больова дисфункція СНЩС (*синдром больової дисфункції СНЩС*) має синоніми: синдром Костена, больовий дисфункціональний синдром СНЩС, міоартропатія СНЩС. **Костен (1934) описав симптомокомплекс, що спостерігав у беззубих хворих і в осіб зі зниженим прикусом.**

Симптомокомплекс характеризується:

- ✓ тупими болями в ділянці суглобу;
- ✓ головним болем;
- ✓ болем в ділянці шийного відділу хребта, потилиці і за вушною раковиною, що підсилюється до кінця дня;
- ✓ клацанням у суглобі під час прийому їжі;
- ✓ зниженням слуху;
- ✓ шумом у вухах.

Описаний комплекс симптомів згодом був названий синдромом Костена.

Етіологія

Окклюзійна концепція розвитку больової дисфункції СНЩС. Однак вона має і деякі непояснені сторони, тобто чому дисфункція СНЩС з'являється в осіб без зміни прикусу (без порушення оклюзії).

Вплив факторів психологічного стресу. Особлива увага тут приділяється емоційним факторам, стресові. У результаті цього виникає напружений стан зі стискуванням зубів, викликаючи спазм мускулатури і біль. Виявлено, що 53% хворих больовою дисфункцією мають неврогенні і психічні порушення.

Бруксизм (скреготіння зубами під час сну) і інші парафункціональні звички розглядають, як причину функціональних порушень, що виявляються у виді м'язового болю, спазмів і дисфункції СНЩС.

КЛІНІКА

- ✱ хворі скаржаться на тупий, ниючий головний біль і біль у СНЩС
- ✱ біль і чутливість при пальпації привушної ділянки або зовнішнього слухового проходу, а також при відкриванні і закриванні рота
- ✱ іррадіація у скроневу або підочну ділянки, а в деяких випадках в потилицю і хребет
- ✱ клацання і крепітація у СНЩС
- ✱ біль у м'язах підсилюється при відкриванні рота
- ✱ пальпація СНЩС безболісна, збільшений розмах рухів нижньої щелепи.

Характерним для больової дисфункції СНЩС є відхилення нижньої щелепи убік при відкриванні рота, S - подібні рухи.

РЕНТГЕНОДІАГНОСТИКА

Рентгенологічні дослідження СНЩС указують на відсутність кісткових змін. Спостерігається асиметрія розташування суглобних голівок і суглобних щілин.

ДИФ. ДІАГНОСТИКА

Диференціальну діагностику необхідно проводити з невралгіями трійчастого нерву і вегетативних гангліїв ЩЛД.

ЛІКУВАННЯ

1. У першу чергу необхідно нормалізувати оклюзію (застосовувати виборче шліфування зубів).
2. Ненаркотичні анальгетики і заспокійливі препарати.
3. Міогімнастика, масаж, діадинамічні струми, ультразвук.
4. Виготовляють міжокклюзійні ортопедичні пристосування або назубні шини, що приводять до розслаблення мускулатури і змінюють співвідношення між суглобною голівкою нижньої щелепи і суглобною ямкою.

Тривалість лікування 4 – 12 місяців. Користуватися шинами необхідно цілодобово.

Остаточні протезні конструкції необхідно виготовляти не раніше, ніж через рік після носіння тимчасової шини.

ПИТАННЯ ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ ЛЕКЦІЇ

1. В яких площинах відбуваються рухи нижньої щелепи?
2. Які особливості біомеханіки нижньої щелепи?
3. В чому полягає хірургічне лікування контрактур нижньої щелепи?
4. Які особливості консервативного лікування вивихів нижньої щелепи?
5. Якій алгоритм фізіотерапевтичного лікування пацієнтів з артритом суглоба?