

Полтавський державний медичний університет
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів

Діагностика дисфункції скроневопідщелепного суглоба у пацієнтів з остеопорозом

В.Л. Мельник, В.К. Шевченко, Ю.І. Силенко

Полтава 2025

Остеопороз

- Остеопороз - хронічно прогресуюче захворювання скелета, яке характеризується зниженням щільності та міцності кісток що є наслідком як існуючих хронічних системних захворювань, так і терапії глюкокортикоїдами. Явища остеопенії та остеопорозу спостерігаються серед хворих на ревматоїдний артрит в 88 % випадків.

Серед хворих на РА діагностовано явища остеопенії та остеопорозу в 87,93 % випадків.

- Перебіг ревматоїдного артриту найчастіше носить прогресуючий характер, що призводить до руйнування суглобового хряща у вигляді ерозій і руйнування кісток, що утворюють суглоб з наступною їх деформацією і порушенням функції. Аутоімунний характер запалення говорить про те, що імунна система сприймає власні тканини, як чужі, і активно атакує, пошкоджуючи їх. У пацієнтів при цьому нерідко діагностують остеопороз-хронічно прогресуюче захворювання скелета, яке характеризується зниженням щільності та міцності кісток.

Від остеопорозу страждають до 33% жінок та до 24% чоловіків

- . До групи ризику з остеопорозу, насамперед, входять жінки вікової категорії старше 55 років, які переживають період менопаузи. Людина не відчуває, як слабшають її кістки, першою ознакою захворювання може стати лише перелом, зменшення зростання чи зміна постави. Захворювання скроневопідщелепних суглобів (СНЩС) вважаються одними з найбільш складних і невирішених питань ортопедичної та хірургічної стоматології, незважаючи на проведені численні дослідження в напрямку їх діагностики та лікування. При великому різноманітті апробованих методів діагностики захворювань СНЩС не описані чіткі характеристики компресійно-дислокаційної дисфункції для доказової бази постановки цього діагнозу.

Симптоми дисфункції СНЩС індивідуальні, залежать від причини виникнення порушень:

- біль у суглобі (або обох) ниючої, пульсуючої природи, яка іррадіює в потилицю, віддає у вухо, шию, нижню щелепу;
- хрускіт, клацання в СНЩС під час жування, розмови, позіхання
- запаморочення, мігрені;
- скутість, обмеженість амплітуди руху суглоба
- швидка стомлюваність м'язів обличчя;
- зубний біль неясної локалізації;
- дискомфортні відчуття у шийно-плечовій ділянці;
- шум, дзвін у вухах, зниження слуху;
- спазми лицьових м'язів (раптово стискається щелепа);
- набряклість, асиметрія обличчя;
- «заклинювання» суглоба – щоб відкрити рот, людина змушена шукати відповідне положення голови.

Особливості обстеження пацієнтів з дисфункцією

СНЩС на фоні остеопорозу.

- *Об'єктивний огляд* дозволяє визначити кількість хворобливих і набряклих суглобів. Оцінити функцію суглобів: обсяг руху в них, м'язову силу в кінцівках, стан м'язів, виявити ревматоїдні вузлики.
- При локальному обстеженні виявляється болючість в ділянці суглоба, надмірне максимальне відкривання рота більш ніж 5,5 см між центральними різцями щелеп, шумові явища, дискомфорт при жуванні. У пацієнтів спостерігалась міалгія та артралгія з локалізацією в ділянках суглобів, а також жувальних та латеральних крилоподібних м'язів, що провокувало можливість виникнення неповного вивиху СНЩС. При обстеженні зубних дуг у пацієнтів спостерігалось зміщення середньої лінії щелеп (в лівий або правий боки) від 2 до 4 мм, східчасте або зигзагоподібне відкривання рота. При пальпації голівки СНЩС відмічалась її значна екскурсія за межі суглобового горбика з однієї або обох сторін. При оцінці форми суглобової голівки відзначалась її асиметрія.

При рентгенологічному дослідженні

- достовірне звуження суглобової щілини в передніх відділах у пацієнтів з односторонньою гіпермобільністю суглобової голівки і неповним вивихом і розширення в задніх відділах на стороні вивиху в порівнянні з протилежною стороною.

Характерні прояви для суглобового синдрому при ревматоїдному артриті

- Ранкова скутість в суглобах – 30 хвилин і більше.
- Стійке припухання дрібних суглобів кистей і стоп не менше 6 тижнів, з поступовим розвитком запального процесу в інших суглобах.
- Симетричний характер ураження суглобів кінцівок.
- Больовий синдром в суглобах постійного характеру, навіть у спокої і вночі.
- При тривалому запаленні в суглобах формується атрофія м'язів, прилеглих до суглоба, що призводить до зниження м'язової сили в кінцівках. З часом формуються больові контрактури, підвивихи суглобів кистей, стоп, великих суглобів.

Інструментальні методи дослідження

- *УЗД суглобів*: визначить наявність надлишкової рідини в суглобі, ознаки запалення навколосуглобових тканин, сухожиль, розростання синовіальної оболонки, пошкодження суглобового хряща у вигляді ерозій.
- *Рентгенографія суглобів*: При підозрі на ревматоїдний артрит роблять рентгенівські знімки кистей і стоп та СНЩС, які можуть бути уражені. Рентгенологічні зміни, характерні для РА, включають набряк м'яких тканин і зниження щільності кісткової тканини в ділянці суглоба, наявність кісткових дефектів, звуження суглобової щілини, а на пізніх стадіях можлива деформація суглоба.
- *Магнітно-резонансна томографія (МРТ)*: на ранніх стадіях захворювання допоможе визначити наявність початкових ерозивних змін у суглобах.

Для уточнення діагнозу був використаний метод зонографії

- Зонографія дозволила знизити променеве навантаження порівняно з томографією, але проблема чіткої візуалізації структур СНЩС залишилася, тому що при використанні ортопантомографії (найпоширенішого методу зонографії) суглоб зображується в косих проекціях, які порушують картину кісткових елементів, суглобової щілини, оскільки елементи СНЩС відображаються у фронтальній та сагітальній площинах одночасно.
- Виявлена на зонограмах деструкція в передньому відділі голівки щелепи може належати як зовнішній, так і передній її поверхні, а зміни в задньому відділі належать до внутрішньої чи до задньої поверхні голівки.
- Для диференціації локалізації цих змін СНЩС необхідно проводити додаткову томографію цього зчленування, яка відображає відростки нижньої щелепи в боковій проекції та дозволяє об'єктивно оцінити внутрішньосуглобові взаємовідношення.

Зонографія хворого з остеопорозом голівки СНЩС при ревматоїдному артриті



Лабораторні методи дослідження проводять для діагностики РА, прогнозування тяжкості захворювання та контролю за його перебігом.

- РФ (ревматоїдний фактор) присутній у 70-80% хворих (так звана серопозитивна форма РА);
- анти-ЦЦП (антитіла до циклічних цитрулінованих пептидів) – вони мають перевагу в тому, що майже виключно присутні при ревматоїдному артриті; можуть з'являтися раніше, ніж симптоми захворювання, а також у пацієнтів із серонегативним РА;
- підвищення таких маркерів запалення, як ШОЕ, СРБ, зміни загального аналізу крові.
- В аналізах крові: підвищення ШОЕ, зниження гемоглобіну, підвищення рівня СРБ, наявність ревматоїдного фактора (РФ), антитіл до циклічного цитрулінового пептиду (Anti-CCP).
- Дослідження синовіальної рідини: характеризує наявність активного запального процесу, виявлення РФ в синовіальній рідині – підтвердження діагнозу ревматоїдного артриту.

Висновок

- Для встановлення діагнозу дисфункції СНЩС на фоні остеопорозу при ревматоїдному артриті необхідне ретельне клінічне обстеження пацієнта кваліфікованим спеціалістом із застосуванням додаткових методів діагностики. На ранніх стадіях захворювання інформативна магнітно-резонансна томографія (МРТ). Для уточнення діагнозу використовується метод зонографії