

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального
образования «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)

Реферат

Тема: ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. СВЕДЕНИЕ
ЧЕЛЮСТЕЙ

Выполнил: ординатор 1 года обучения
Аникьев Сергей Андреевич
Проверил: Профессор, д.м.н.
Шевченко Дмитрий Павлович

Красноярск 2016

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. СВЕДЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ

По Международной классификации болезней ВОЗ (1978) заболевания суставов относятся к группе болезней скелетно-мышечной системы и соединительной ткани, в которую включают артропатии и другие поражения суставов.

Среди заболеваний височно-нижнечелюстного сустава наиболее распространены следующие:

1. Артриты инфекционные: гнойный; специфические — ревматоидный; синдром Фелти; юношеский хронический полиартрит — болезнь Шталля.
2. Остеоартроз.
3. Анкилоз.
4. Контрактура.
5. Синдром болевой дисфункции.
6. Травматические и другие поражения.
7. Вывихи нижней челюсти.

Височно-нижнечелюстной сустав включает головку нижней челюсти, нижнечелюстную ямку, суставной бугорок височной кости и суставной диск. Все эти элементы находятся в суставной капсуле.

Суставной диск имеет двояковогнутую форму, изолирует суставную головку от нижней челюстной ямки и по краям сращен с капсулой, в результате чего полость сустава делится на верхний и нижний отделы.

Суставная капсула имеет два слоя: наружный — фиброзный и внутренний — синовиальный; последний продуцирует синовиальную жидкость, которая обуславливает уменьшение трения при скольжении суставных поверхностей.

Элементы сустава соединены между собой внутрикапсулярными и внекапсулярными связками.

Движение сустава осуществляется за счет жевательной группы мышц, но при этом нельзя не учитывать функцию мышц языка и мимической мускулатуры. Кровоснабжение височно-нижнечелюстного сустава осуществляется ветвями наружной сонной артерии. Иннервируется височно-нижнечелюстной сустав в основном ветвями ушно-височного нерва, а также с участием большого ушного, малого затылочного, блуждающего нерва и др.

Височно-нижнечелюстной сустав является комбинированным, в нем сочетаются практически два сустава (справа и слева), симметричных по отношению друг к другу, тесно взаимосвязанных и представляющих собой единую кинематическую систему. В физиологически нормальном суставе возможна комбинация двух видов движения — шарнирных (в нижнем отделе) и возвратно-поступательных (в верхнем отделе).

Комбинация видов движения позволяет при относительно небольших смещениях внутри сустава достигать значительной амплитуды смещения нижней челюсти между режущими краями центральных резцов верхней и нижней челюстей.

Существуют большие индивидуальные различия в функциональных возможностях височно-нижнечелюстного сустава, зависящие от анатомического строения отдельных элементов сустава. В норме различают три типа височно-нижнечелюстного сустава:

1. Уплощенный сустав. Суставная ямка мелкая, но широкая. Головка нижней челюсти не выпуклая, уплощена. Суставной бугорок невысокий. Этому типу сустава соответствует прямой прикус, в нем преобладают возвратно-поступательные движения.
2. Умеренно выпукло-вогнутый сустав. Суставная ямка хорошо выражена. Головка нижней челюсти выпуклая. Суставной бугорок также хорошо выражен. Этому типу сустава соответствует ортогнатический прикус. В таком суставе одинаково хорошо выражены как возвратно-поступательные, так и шарнирные движения.
3. Подчеркнуто выпукло-вогнутый сустав. Суставная ямка глубокая, но узкая. Головка нижней челюсти выпуклая. Суставной бугорок высокий, задний скат его крутой. Этому

типу сустава соответствует глубокое резцовое перекрытие. В нем преобладают шарнирные движения.

Индивидуальные различия в функциональных возможностях височно-нижнечелюстного сустава обусловлены не только анатомическим строением отдельных его элементов, но и состоянием зубочелюстного аппарата, тонуса жевательной мускулатуры, высотой прикуса. При изменении функции сустава возможно изменение формы лица, и, наоборот, изменения анатомической формы органов лица приводят к изменению функции сустава. Все это обуславливает сложность патогнеза при разнообразных по происхождению и характеру поражениях височно-нижнечелюстного сустава.

Диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, определение характера анатомических и функциональных отклонений основываются на общеклинических данных - жалобах больного, анамнезе, объективном исследовании - осмотре, пальпация, оценке зубочелюстной системы в целом (состояние зубов, зубных протезов, прикуса и т.д.). При обследовании больного с жалобами на нарушения или боль в нижнечелюстном суставе следует изучить состояние суставных щелей, форму и размеры суставных головок, их соотношение с суставной впадиной и суставным бугорком. При открывании рта определяются траектория, синхронность, амплитуда и равномерность движения суставных головок, а также характер смещения нижней челюсти. Проводят специальные исследования (рентгенография, мастикоциография, аудиометрия и т.д.). Рентгенологически исследуют два сустава (для сравнения), желательно при открытом и закрытом рте. Этот метод включает обзорную рентгенографию, томографию на глубине 2—2,5 см при профильных снимках, а при фронтальных проекциях — на глубине 11—13 см, контрастную рентгенографию, рентгенокинотомографию, рентгенотелекинематографию.

Обычный рентгенологический метод позволяет определить лишь грубые деструктивные изменения в суставе. Томография обладает большей разрешающей способностью, так как она дает изолированное изображение сочленения без теневых наложений.

При инфекционных заболеваниях (специфических и неспецифических) требуются лабораторные исследования периферической крови, белковых фракций, консультации ревматолога, дерматовенеролога и др.

АРТРИТЫ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Гнойный артрит височно-нижнечелюстного сустава возникает в результате проникновения в сустав инфекции. Артриты могут быть следствием общих инфекционных заболеваний, распространения инфекции гематогенно-метастатическим и контактным путями.

Гематогенно-метастатические артриты височно-нижнечелюстного сустава чаще наблюдаются в раннем детском возрасте при заболеваниях среднего уха и наружного слухового прохода, когда воспалительный процесс сопровождается костными разрушениями. Вначале воспалительный процесс переходит на периартикулярные ткани по каменисто-барабанной (глазеровой) щели, через которую проходит барабанная струна, а затем на сустав. Несколько реже артриты возникают в результате распространения остеомиелитического процесса ветви нижней челюсти, а также при абсцессах и флегмонах окружающих мягких тканей.

Клиническая картина. В стадии серозного воспаления клинические симптомы слабо выражены, появляется боль в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно при движении челюсти. Отек и инфильтрация мягких тканей в области пораженного сустава могут отсутствовать. При неадекватном лечении процесс прогрессирует и переходит в стадию гнойного воспаления.

При гнойном артрите отмечаются слабость, головная боль, потеря аппетита, плохой сон, температура тела может повышаться до 38°C, иногда остается субфебрильной.

Наблюдаются ограничение подвижности нижней челюсти, гиперемия, отек и болезненный инфильтрат тканей впереди козелка уха, чувство распирания и пульсирующая боль в этой области, усиливающаяся при движении нижней челюсти, с иррадиацией в ухо, висок. При осмотре наружного слухового прохода выявляется сужение его переднего отдела, нередко

прощупываются увеличенные болезненные регионарные лимфатические узлы. Рентгенологически определяется расширение суставной щели без других органических изменений.

Для контактных артритов характерно одностороннее поражение Кчастым абсцедированием в суставе в отличие от других артритов. Хроническое течение характеризуется разнообразной симптоматикой, сопровождается обычно незначительными болями. Боли усиливаются в период обострения. Интенсивность боли различная. Она бывает ноющей, стреляющей. Боли часто иррадиируют в ухо, висок, затылок.

При исследовании височно-нижнечелюстного сустава характерны вынужденное положение нижней челюсти и наличие хруста при ее движении.

Лечение. При лечении артритов в любой этиологии важно прежде всего создать покой в суставе, ограничив функцию нижней челюсти. С этой целью для разобщения суставных поверхностей применяют межзубную прокладку между молярами в сочетании с пращевидной повязкой на подбородочный отдел. Назначают внутримышечно антибиотики, внутрь салицилаты, антигистаминные препараты; местно проводят блокады мягких тканей по типу ползучего инфильтрата в области сустава 0,5% раствором новокаина, триме-каина, лидокаина 2 раза в неделю <4—5 раз).

При контактных и гематогенно-метастатических гнойных артритах в целях профилактики распространения процесса и деструктивных изменений необходимо произвести вскрытие и дренирование гнойных очагов в суставе.

Кроме противовоспалительных лекарственных средств, назначают физические методы лечения (сухое тепло, УВЧ, диатермия, электрофорез йодида калия, консервированной медицинской желчи, гидрокортизона, грязелечение и т.д.).

Специфические артриты височно-нижнечелюстного сустава. К этой группе относятся туберкулезный, сифилитический, лепрозный и бруцеллезный артриты. Они встречаются весьма редко и могут развиваться на фоне специфического поражения других органов при распространении процесса на сустав контактным или гематогенным путем. Процесс обычно протекает вяло, длительно, с периодическими обострениями. Диагноз устанавливается с учетом специфического заболевания.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного процесса. Применяют специфические средства, проводят местное лечение.

Ревматоидный артрит — инфекционно-аллергическое заболевание, относящееся к группе коллагеновых процессов, при которых поражается соединительная ткань суставов в виде полиартрита. Последнее является одним из дифференциально-диагностических признаков заболевания.

При ревматоидном артрите наиболее ранние и глубокие изменения в виде пролиферативного воспаления наблюдаются в синовиальном слое суставной капсулы. Происходит ее утолщение. Экссудат в полости сустава плохо рассасывается и замещается соединительной тканью. Хрящевые и костные элементы изменяются, в более поздние сроки. С течением времени обнаруживаются смещение суставной головки и деформация сустава.

Заболевание начинается, как правило, с мелких суставов конечностей и, постепенно распространяясь на более крупные суставы, приобретает длительное хроническое течение. При вовлечении в процесс височно-нижнечелюстного сустава больной может обратиться к стоматологу. Однако после обследования и выявления заболевания требуется консультация ревматолога.

Клинически при поражении височно-нижнечелюстного сустава наблюдаются нерезкие боли в области сустава, чувство скованности движения челюсти, особенно при приеме пищи, разговоре, открывании и закрывании рта. При осмотре видимых изменений в области сустава не выявляется. Пальпаторно определяются боль в суставной головке, некоторое ограничение экскурсий последней по сравнению с височно-нижнечелюстным суставом противоположной стороны.

Периодически возникают обострения процесса с картиной острого воспаления. В последующем развиваются органические изменения в суставе: деформация сустава, фиброзные спайки.

При рентгенологическом исследовании изменения суставов выявляются лишь в поздние сроки заболевания в виде остеопороза, атрофии кости, сужения суставной щели.

Лечение и диспансерное наблюдение за больными осуществляет ревматолог.

Рекомендуются ограничение открывания рта, прием размельченной пищи. В период обострения процесса лечебная тактика идентична лечению гнойного артрита. В стоматологической практике проводят местное лечение, используя физические методы (электрофорез новокаина, йодида калия, гидрокортизона, лидазы и др.), при скованности движений в суставе — лечебную гимнастику. Внутрисуставные инъекции гидрокортизона и других препаратов не показаны, так как нередко при этом наблюдается рассасывание суставной головки.

К полиартритам воспалительного характера относят синдром Фелти и юношеский хронический полиартрит — болезнь Штилля.

ОСТЕОАРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Остеоартроз — хроническое заболевание сустава дистрофического характера, причинами которого могут быть обменные, нейроэндокринные нарушения, хронические артриты, синдром болевой дисфункции, хроническая травма сустава, неправильное зубопротезирование, изменение состояния жевательной мускулатуры и др. При этом в результате вяло протекающих деструктивных и воспалительных изменений в хрящевой и костной ткани возникают явления остеосклероза костных суставных элементов, часто сопровождающиеся их деформацией.

Одной из основных причин остеоартроза считается длительное несоответствие между нагрузкой и выносливостью хрящевой ткани сустава.

В норме сустав освобожден от перегрузки, так как сила мышечных сокращений, развиваемая при жевании, распространяется в основном на все зубы и их периодонт. Потеря зубов, особенно моляров, приводит к продвижению мышечковых отростков в суставную ямку несколько глубже, чем в норме. Возникает излишнее давление на суставные поверхности. Вследствие этого происходят углубление суставной ямки, атрофия ее костной пластинки, снижение прикуса. Потеря боковых зубов может привести к «разбалтыванию» сустава и подвывихам. Постоянные травмы хрящевых суставных поверхностей и мениска вызывают их дегенеративно-воспалительные изменения. Снижение эластичности хрящевых поверхностей приводит к повышению нагрузки на суставные отделы костей. Следовательно, деструктивные процессы в височно-нижнечелюстном суставе развиваются тогда, когда нарушается равновесие между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. Костная ткань приспособляется к возрастанию нагрузки: либо происходит увеличение суставных поверхностей за счет краевых разрастаний, либо склерозизируется субхондральный отдел кости.

Остеоартроз чаще встречается в пожилом и старческом возрасте и является следствием возрастных и инволютивных изменений.

Различают склерозирующие и деформирующие остеоартрозы. При *склерозирующем остеоартрозе* иногда отмечается склероз в поверхностных и глубже лежащих слоях губчатой кости элементов сустава. При *деформирующем остеоартрозе* происходит деформация кости, которая часто сопровождается образованием на головке нижней челюсти костных разрастаний в виде шипов (экзостозы и остеофиты).

Клиническая картина склерозирующего остеоартрита характеризуется весьма скудной симптоматикой, что нередко является причиной позднего обращения больных к врачу. Больного иногда беспокоят нерезкие боли.

Клинические проявления деформирующего остеоартроза зависят от степени деформации сустава. Больные жалуются на постоянную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, ограничение открывания рта, скованность движений нижней челюсти, смещение

нижней челюсти в пораженную сторону при открывании рта может сопровождаться щелканьем и хрустом в области сустава.

При рентгенологическом обследовании больных склерозирующим остеоартритом определяются уплотнение костных краев суставных поверхностей головки сустава, суставной ямки, нередко суставного бугорка, а также уменьшение головки отростка нижней челюсти. При деформирующем остеоартрозе наблюдаются деформация либо увеличение головки мыщелкового отростка, изменение ее формы с рассасыванием кортикальной пластинки головки или остеофитами. Лечение остеоартроза остается сложной проблемой. Применение различных методов терапии дает временное улучшение. Показаны физиотерапия — электрофорез йодида калия, лидазы, гидрокортизона, медицинской консервированной желчи; ультразвук; гидрокортизонотерапия путем внутрисуставной инъекции. При нарушении прикуса необходимо рациональное протезирование. В случае скованности движений челюсти — лечебная гимнастика, а при болевых ощущениях — ограничение открывания рта, прием измельченной пищи. Некоторым больным указанное лечение проводят не менее 2 раз в год. При выраженной деформации головки и нарушении функции сустава применяют хирургическое лечение: нивелировку и моделирование суставной головки, удаление мениска, резекцию мыщелкового отростка нижней челюсти. Хирургические методы не дают должного эффекта.

АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Анкилоз — сведение челюстей, связанное со стойкими изменениями внутри сустава. При этом происходит срастание поверхностей суставной головки нижней челюсти с суставной впадиной височной кости фиброзной или костной спайкой.

Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте. Причинами его могут быть травма, послеродовые травматические повреждения, воспалительные процессы вблизи мыщелкового отростка (отит, мастоидит, остеомиелит ветви нижней челюсти).

В начале патологического процесса (артрит) хрящевые поверхности мутнеют. Мениск расщепляется на волокна. Суставная капсула сморщивается. Синовиальная оболочка перерождается. Хрящ постепенно исчезает. Обе суставные поверхности превращаются в плотную рубцовую соединительную ткань (фиброзный анкилоз), которая затем окостеневает, т. е. возникает костный анкилоз.

Фиброзный анкилоз развивается в период законченного формирования лицевого скелета. Деформация нижней челюсти при этом отсутствует. В начальной стадии заболевания отмечается ограничение открывания рта. Амплитуда движений нижней челюсти постепенно сокращается. В поздней стадии могут сохраниться эти движения лишь в горизонтальном направлении. При пальпации суставные головки в большей или меньшей степени подвижны. -». Фиброзный анкилоз рентгенологически характеризуется неравномерностью ширины суставной щели, последняя местами трудно прослеживается вследствие образования фиброзных спаек.

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава может быть односторонним и двусторонним, а также полным или частичным. При частичном костном анкилозе сохраняются остатки суставного хряща и участки поверхности суставной головки, при полном — развивается неподвижность нижней челюсти. Характерна деформация нижнего отдела лица, обусловленная нарушением (одно- или двусторонним) зон роста. Выраженность деформации челюсти зависит от времени возникновения анкилоза. При одностороннем анкилозе наблюдается смещение средней линии лица в сторону поражения, определяются уплощение тканей по ходу тела нижней челюсти на неповрежденной стороне и выбухание — на стороне поражения за счет укорочения ветви и тела нижней челюсти. При пальпации суставных головок движения в пораженном суставе не определяются, а в суставе противоположной стороны — ограничены. Отмечаются множественное разрушение зубов, обильные зубные отложения с явлениями гингивита; прикус перекрестный. При двустороннем анкилозе резко выражено западение подбородочного отдела нижней челюсти вследствие укорочения с обеих сторон основания тела и ветвей ее,

что приводит к смещению языка и нарушению функции дыхания. Передний отдел верхней челюсти как бы нависает над нижним. Нарушается прикус. Часто передние нижние зубы контактируют со слизистой оболочкой неба. Наблюдается их дистопия (веерообразность расположения фронтальных зубов). Санация полости рта невозможна. Прием пищи затруднен.

Рентгенологически при полном костном анкилозе отмечается укорочение ветви и мышелкового отростка нижней челюсти, последний расширен, в виде костного разрастания соединяется с суставной впадиной височной кости. Суставная щель не определяется. Угол челюсти деформирован, на нем образуется шпора. Если в процесс вовлекается венечный отросток, то он с суставным составляет единый костный массив. При неполном костном анкилозе выявляется на большем или меньшем протяжении сустава щель с частично сохраненной формой суставной головки.

Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консервативных мероприятий. В начальной стадии заболевания следует использовать физиотерапевтические методы (фонофорез, ультразвук), рассасывающие медикаментозные средства (раствор йодида калия, лидаза, гиалуронидаза, гидрокортизон и т. д.). Иногда больному внутрь сустава путем инъекции вводят по 25 мг гидрокортизона 2 раза в неделю, всего 5—6 инъекций. Под влиянием гидрокортизона рассасываются (особенно молодые) фиброзные спайки внутри сустава.

При недостаточном эффекте терапии возможно проведение насильственного открывания рта (редрессации) в сочетании с указанными методами лечения и механотерапией.

Лечение костного и стойких форм фиброзного анкилоза хирургическое. Оно направлено на восстановление функции нижней челюсти и устранение деформации путем создания ложного сустава. Наиболее рациональным местом остеотомии является граница между верхней и средней третью ветви нижней челюсти, т. е. над нижнечелюстным отверстием.

При осуществлении только линейной остеотомии часто возникают рецидивы. В результате замедленного образования замыкательной костной пластинки на остеотомированных поверхностях происходит срастание этих поверхностей.

Для избежания срастания костных фрагментов применяют интерпозицию различными тканями и материалами, создают широкий диапазон между костными фрагментами путем их скелетирования; используют метод ранней и эффективной механотерапии челюстей, лучше специальными аппаратами.

Наиболее эффективно использование в качестве трансплантата аутокости (ребро, гребешок подвздошной кости и т. д.), формализованных, замороженных, лиофилизированных, (гамма) облученных костей, а также имплантатов из углеродистых композитов (углеродная синтетическая пена, материал «Остек») и металлов, индифферентных для тканей организма (титан, тантал и другие биоматериалы).

КОНТРАКТУРА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Контрактура височно-нижнечелюстного сустава — это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти.

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага воспаления).

Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1,5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскрытию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жевательных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Верше—Дубову. При длительности воспалительного процесса со сведением челюстей более 2 нед показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура возникает вследствие рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть. Это происходит при вызванных не-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа, сердечно-сосудистой декомпенсации), хронических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после операций удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов.

Различают дерматогенную, десмогенную (соединительнотканную), миогенную, мукозогенную и костную контрактуры.

Клиническая картина характеризуется сведением челюстей I, II, III степени.

Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визуально, глубокие — пальпаторно. Движения суставных головок сохраняются (небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти).

Лечение рубцовых контрактур может быть консервативным, с применением парафина, пирогенала, тканевой терапии по В. П. Филатову, лндазы, репидазы, гидрокортизона, вакуумтерапии, ультразвука, гелий-неонового лазера и т. д. Главная цель консервативного лечения — предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих, «молодых» рубцах давностью не более 12 мес. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство заключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью.

Используют различные методы пластики: встречными треугольными лоскутами, лоскутом на ножке, свободную пересадку тканей (кожа, подкожная клетчатка, фасция и т. д.), при помощи филатовского стебля, лоскутом с применением микрососудистых анастомозов (при глубоких рубцах).

Для предотвращения рецидива рубцовых контрактур, после хирургических вмешательств необходимо проводить лечебную гимнастику, в том числе механотерапию.

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Это наиболее часто встречающийся вид патологии. Наблюдается у 95% пациентов, обращающихся с заболеваниями суставов. Нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава обусловлены изменениями сложного нервно-мышечного механизма, контролирующего и регулирующего все движения сустава. Причиной могут быть нарушения прикуса при заболеваниях зубов и слизистой оболочки десен (пародонтит, пародонтоз, патологическая стираемость зубов и др.) после пломбирования, удаления или протезирования зубов. Нарушения прикуса вызывают дискоординацию, асинхронность сокращений жевательных мышц. Возникающие асинхронные мышечные сокращения приводят к тому, что суставной диск и головка мыщелкового отростка могут в данный момент проходить различный путь.

К развитию синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава может привести бруксизм (скрежет зубами), при котором вследствие повышенной активности жевательных мышц происходят сжатие и стискивание зубов. Иногда этот синдром наблюдается при гипертонусе жевательных мышц, связанном с психическими, неврогенными факторами — стрессом. В этих случаях прикус может быть нормальным. Клиническая картина синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава включает ряд симптомов. Это прежде всего жалобы на боли различной интенсивности в одной из половин лица и головы, с иррадиацией в шею. Отмечаются болезненность и ограничение при открывании рта, S-образное смещение нижней челюсти в сторону при открывании или закрывании рта. При движении нижней челюсти боль усиливается, увеличивается спазм отдельных участков жевательных мышц, нередко возникает шум в суставе в виде шороха или трения (хруста), крепитации или щелканья. Крепитация и трение возникают в нижнем, шарнирном этаже сустава, а щелканье — в верхнем скользящем отделе сустава. Реже больные отмечают сухость или, наоборот, гиперсаливацию, чувство жжения в полости рта, иногда — понижение слуха.

При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава органических изменений костных элементов сустава не обнаруживается. Иногда определяется неодинаковое положение суставных головок в суставной впадине в состоянии центральной окклюзии и при максимальном открывании рта.

Синдром болевой дисфункции следует дифференцировать от различных видов артрита этого сустава, окклюзионно-артикуляционного синдрома, связанного с нарушением прикуса, шейного остеохондроза, невралгии тройничного нерва, болей психогенного характера.

Важным дифференциально-диагностическим критерием служит блокада двигательных путей тройничного нерва по способу П. М. Егорова. Она снимает мышечный спазм, вследствие чего прекращается боль и улучшается подвижность нижней челюсти. При наличии артрита или остеоартрита болевые ощущения в области сустава не ликвидируются, так как анестезия жевательных мышц не оказывает влияния непосредственно на измененный височно-нижнечелюстной сустав.

Лечение больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава должно сводиться к устранению причин заболевания и прежде всего к исключению стрессовых ситуаций, парафункций (таких как бруксизм), приема твердой пищи и других моментов, увеличивающих нагрузку и напряжение или вызывающих проявление чувства усталости, скованности и спазма. Нужно проводить аутогенную тренировку, ЛФК, массаж спазмированных мышц, различные тепловые процедуры, иглотерапию, чрескожную электроаналгезию, блокады путем местного подведения" к сканированным участкам 1% раствора тримекаина и других.

Уменьшения нагрузки на сустав можно достичь и с помощью специальных нижнечелюстных аппаратов. Ограничение подвижности нижней челюсти создает покой для жевательных мышц, связок, капсулы и других элементов сустава.

При наличии показаний следует обязательно устранить причины, приведшие к нарушению артикуляции зубов (нормализовать прикус).

Список литературы:

1. Хирургической стоматологии: Учебник/Под ред.Т.Г. Робустовой; Медицина,1996г.
2. Интернет (<http://www.medlinks.ru/>)
3. Хирургическая стоматология / Баженов.