

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра-клиника стоматологии ИПО

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

Выполнил ординатор
кафедры-клиники стоматологии ИПО
по специальности «стоматология терапевтическая»
Евлоева Зарета Аслановна
рецензент к.м.н. Левенец Оксана Анатольевна

Введение.....	3
1. Причины заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.....	4
2. Общие симптомы заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.....	5
Глава 1. Артриты.....	8
1. Острые артриты.....	9
2. Хронические артриты.....	11
3. Инфекционно-специфические артриты.....	12
Глава 2. Артрозы.....	13
Глава 3. Вывихи.....	16
Глава 4. Анкилозы.....	17
Список литературы.....	19

Введение

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) - это область где сходятся верхняя и нижняя челюсти (локализован непосредственно перед ухом с обеих сторон головы). Подвижные части височно-нижнечелюстного сустава позволяют челюсти открываться и закрываться.

Височно-нижнечелюстной сустав является комбинированным сочленением, имеет сложное строение и состоит из костей, сухожилий и прилегающих к нему мышц. Если мышцы не напряжены, оба сустава челюсти работают хорошо, мы можем говорить, жевать или зевать, не чувствуя боли. В этом суставе возможны блоковидные движения. Его суставные поверхности покрыты волокнистым хрящом. Он образован головкой нижней челюсти и нижнечелюстной ямкой височной кости. Суставная поверхность нижнечелюстной ямки в 2-3 раза больше головки нижней челюсти. Поверхность имеет эллипсовидную форму. Инконгруэнтность между головкой и ямкой выравнивается за счет суставного диска и прикрепления капсулы сустава на височной кости.

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава в условиях клиники встречаются сравнительно часто в виде различных форм: артрита, артроза, вывиха и анкилоза.

В 1971 г. на Всесоюзном съезде ревматологов была утверждена следующая классификация артритов: самостоятельные нозологические формы, артриты, связанные с другими заболеваниями и травматические артриты. К первой группе относят: ревматоидный артрит, ревматический полиартрит, специфические артриты, инфекционно-аллергический полиартрит. Ко второй группе относят артриты, развивающиеся при аллергических заболеваниях, обменных нарушениях, системных поражениях соединительной ткани, заболеваниях крови, легких, органов пищеварения, злокачественных новообразованиях. Третью группу составляют артриты, развивающиеся в результате механических повреждений их анатомических структур. Однако следует иметь в виду, что

микротравматическом воздействии в большей мере характерны для дистрофических поражений, поэтому этот вид артрита, так же как и обменный полиартрит, должен быть отнесен к деформирующему артриту. Артрозы являются весьма распространенной формой поражения суставов, частота которой заметно возрастает среди больных старше 40 лет.

Вместе с тем надо иметь в виду, что развивающиеся в височно-нижнечелюстном суставе патологические изменения могут быть полиэтиологичными, что определяет разнообразие клинических проявлений этого заболевания. Полиэтиологичность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и отсутствие выраженной специфичности симптомов при каждом из них, особенно на начальных этапах, очень усложняет его диагностику и лечение. Сложность диагностики этого заболевания определяется в какой-то мере еще и тем, что выраженность клинических проявлений очень часто не соответствует характеру морфологических изменений в суставе, определяемых доступными методами диагностики. Кроме того, височно-нижнечелюстной сустав имеет сложное строение, а современные методы обследования больного далеко не всегда позволяют выявить патологию и степень функционального нарушения того или иного составляющего его анатомического образования.

1. Причины заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава - ряд проблем, связанных с суставом челюсти. Поскольку мускулы и суставы работают вместе, могут возникнуть головные боли, боль в ухе, появление щелчков или нарушение разжимания челюстей. Ниже описаны заболевания, которые могут привести к воспалению височно-нижнечелюстного сустава. При заболевании зубов степень изнашивания хряща височно-нижнечелюстного сустава увеличивается. Пациенты могут не знать, что у них проблемы с зубами, только стоматолог может заметить характерные симптомы износа зубов. Многие пациенты просто просыпаются однажды утром с болью в ухе или челюсти.

Проблемы, связанные с зубами. Пациенты могут жаловаться на то, что им трудно кусать или на боль в зубах. Пережевывание только на одной стороне челюсти может быть причиной или следствием воспаления ВНЧС.

Травма челюстей. Перелом челюсти или лицевых костей.

При стрессе часто в результате нервного перенапряжения. Многие люди, в период стресса сознательно или подсознательно сильно сжимают зубы или издают характерный скрежет зубами. Некоторые привычки, например, привычка держать телефон между щекой и плечом.

2. Общие симптомы заболеваний височно-нижнечелюстного сустава

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава обычно возникают из-за нарушения движения мышц челюсти и/или судорог мышц челюсти и перенапряжения мышц. Симптомы могут быть хроническими, лечение нацелено на устранение факторов прогрессирования заболевания. Многие симптомы непосредственно не связаны с заболеванием.

К общим симптомам относятся:

Головная боль: Приблизительно 80% пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава жалуются на головную боль и 40% отмечают боль в мышцах лица. Боль часто усиливается при открывании и закрывании рта. В холодную погоду мышечный спазм и боль в лицевых мышцах может усилиться.

Боль в ушах: приблизительно 50% пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава жалуются на боль в ухе, но у них нет симптомов инфекции. Часто, пациентам назначают лечение инфекции в ухе, которая часто является следствием заболевания височно-нижнечелюстного сустава, если присутствует инфекция, возможна потеря слуха. Поскольку боль в ухе встречается достаточно часто, необходимо обратиться к врачу (лор-врач), чтобы правильно поставить диагноз.

Звуки: Скрежет, хруст или щелчки характерны для пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава. Эти звуки могут сопровождаться усилением боли

Головокружение: У 40% пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава наблюдается головокружение. Причина этого типа головокружения еще недостаточно изучена.

Заложенность уха: приблизительно 33% пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава отмечают чувство заложенности в ухе. Боль и чувство заложенности может появиться в самолете во время взлета и посадки. Эти симптомы обычно вызваны нарушением регуляции давления в среднем ухе. Считается, что у пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава имеется гиперактивность (спазмы) мышц, отвечающих за поддержание давления в среднем ухе.

Звон в ушах: По неизвестным причинам 33% пациентов с заболеванием височно-нижнечелюстного сустава испытывают шум или звон в ушах. У половины из этих пациентов шум в ушах исчезает после успешного лечения заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Все больные предъявляют жалобы на боли различной интенсивности, начиная от чувства неловкости, неприятных ощущений в области пораженного сустава и вплоть до полного прекращения его функции. Одним из ранних и стойких симптомов артритов воспалительной этиологии является утренняя скованность. Скованность возникает и в другое время дня после более или менее продолжительного периода покоя челюсти. Причиной скованности являются боли в суставе и в периартикулярных тканях. Ограничение подвижности в суставе из-за болей наблюдается и при деформирующих артрозах, но оно менее выражено, чем при воспалительных заболеваниях. Для деформирующих артрозов более характерна боль «механического» типа, развивающаяся преимущественно в суставах, несущих большую нагрузку и усиливающаяся при

движениях к концу дня. Для ревматоидного артрита характерны боли стойкие, упорные, медленно усиливающиеся в течение дня и стихающие в покое, ночью во время сна.

Другой характерной жалобой больных является суставной шум. Он может иметь характер трения, крепитации, хруста, щелканья. При заболеваниях сустава воспалительной и травматической этиологии суставной шум может появляться при ослаблении связочного аппарата сустава и дисфункции жевательных мышц, когда головка нижней челюсти при открывании рта перемещается на переднюю поверхность суставного бугорка, вызывая щелчок в конце открывания и в начале закрывания рта. Щелчок в начале открывания, в середине и в конце закрывания рта наблюдается при уменьшении окклюзионной высоты и дистальном смещении головки нижней челюсти. Хруст при артритах воспалительной этиологии появляется на этапе развития вторичного артроза и является характерным симптомом деформирующих артрозов.

Глава 1. Артриты

В зависимости от этиологии заболевания различают инфекционные и травматические артриты, а по характеру течения – острые и хронические. Инфекционные артриты могут быть неспецифическими и специфическими. Травматические артриты являются результатом механического повреждения.

1. Острые артриты. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава травматической этиологии возникает в результате сильного механического воздействия: удара, ушиба, чрезмерного открывания рта и т. п.

Больные предъявляют жалобы на резкую боль в области сустава в момент его повреждения. При попытке открывать рот возникают боли, подбородок при этом смещается в сторону поврежденного сустава. Развивается отек. Пальпация сустава резко болезненна. При рентгенографическом исследовании, если нет перелома костных структур мышечкового отростка, не определяются отклонения от нормы. Исключение составляют случаи, когда происходит разрыв связочного аппарата, сопровождающийся кровоизлиянием в сустав; в таких случаях на рентгенограмме определяется расширение суставной щели.

Острый артрит инфекционного происхождения развивается обычно на фоне острого тонзиллита, переохлаждения, гриппа и т.п. Ревматические и ревматоидные артриты являются результатом гематогенного инфицирования или распространения инфекции по продолжению при отите, мастоидите, остеомиелите ветви челюсти, гнойном паротите и т.п.

Начало заболевания – острое. Появляются сильные боли в суставе, усиливающиеся при попытке произвести движения челюстью. Иногда боли могут иррадиировать в ухо, язык, висок, затылок, по ходу ушновисочного, большого ушного, малого затылочного нервов, ушной веточки блуждающего нерва, имеющей анастомоз с язычно-глоточным нервом. Однако, как правило, боли пульсирующие и локальные, что отличает их от болей при невралгии тройничного нерва. Открывание рта ограничено – на 3-5 мм.

При осмотре больного определяется отек мягких тканей кпереди от козелка уха, при пальпации этой области возникают боли, кожные покровы гиперемированы.

Развитие гнойного артрита сопровождается образованием инфильтрата в области сустава, гиперестезией кожи, она напряжена, в складку не собирается, гиперемирована. Наружный слуховой проход сужен: больные отмечают снижение остроты слуха, головокружение. При надавливании пальцем на подбородок вперед и вверх боли усиливаются. Температура тела повышена до 38°C , СОЭ увеличена, реакция на С-реактивный белок положительная. На рентгенограмме при выпоте экссудата суставная щель расширена. При ревматическом артрите возможно поражение обоих суставов, хотя следует отметить, что за последние годы оно встречается значительно реже. При обследовании больного обычно выявляют заболевания сердца: пороки, ревмокардит и т.п.

При ревматоидном артрите поражается, как правило, один из височно-нижнечелюстных суставов, но больные отмечают боли и в других суставах: плечевом, тазобедренном или коленном. При этом височно-нижнечелюстной сустав очень редко поражается первым; частота его поражения при ревматоидном артрите достигает, по данным ряда авторов, 50,7%. Видимых изменений сердца не обнаруживают. Для ревматоидного артрита нехарактерна летучесть болей.

Острый артрит приходится дифференцировать от острого отита, невралгии тройничного нерва, перикоронарита, а также от ряда других заболеваний, в клинической картине которых проявления артропатии весьма выражены: дерматомиозита, подагры, острых инфекционных артритов вирусной этиологии, болезни Бехтерева, синдрома Бехчета, инфекционно-аллергического полиартрита и др.

Лечение острого артрита любой этиологии начинают с обеспечения покоя суставу.

Этого достигают с помощью индивидуально изготавливаемой пращевидной повязки и межзубной разобщающей прикус пластинки или прокладки, которую накладывают на стороне поражения сроком на 2-3 дня. Пища должна быть жидкой.

Лечение при травматическом артрите проводят с целью снять боли, достичь рассасывания излившейся в сустав крови в возможно ранние сроки и добиться полного восстановления функции нижней челюсти. Больному назначают анальгетики (анальгин по 0,25 г 3 раза в день) и местную гипотермию в течение 2-3 дней, в последующем – УВЧ-терапию по 10-15 мин ежедневно в течение 6 дней, электрофорез калия йодида и новокаина (поочередно). Одновременно могут быть рекомендованы компрессы с ронидазой, парафино- или озокери-тотерапия, грязелечение. При продолжающихся болях следует назначать диадинамические токи Бернара (2-3 сеанса).

Лечение ревматических и ревматоидных артритов проводят консервативными средствами и обязательно совместно с ревматологом. В комплекс назначаемой терапии входят противовоспалительные нестероидные, антибактериальные, стероидные препараты. Весьма сдержанно следует относиться к рекомендациям применять внутрисуставное введение лекарственных препаратов, нельзя одномоментно вводить в сустав более 1 мл раствора любого вещества, так как это приводит к растяжению суставной сумки. Задачами стоматолога являются санация полости рта больного и рациональное протезирование зубов для нормализации высоты прикуса.

При гнойных артритах показано безотлагательное оперативное лечение больного: вскрытие и дренирование очага воспаления, которые производят в стационаре.

На этапе долечивания больным назначают физиотерапевтическое лечение: сухое тепло, УВЧ-терапию, электрофорез, диатермию, компрессы. При несвоевременном и недостаточно полном лечении острый гнойный и травматический артриты могут осложняться анкилозом, особенно у детей. Течение

При несвоевременном и недостаточно полном лечении острый гнойный и травматический артриты могут осложняться анкилозом, особенно у детей. Течение

острого ревматического и ревматоидного артрита может принять хроническую форму.

2. Хронические артриты. Хронический артрит характеризуется, прежде всего, ноющими болями в суставе, тугоподвижностью, хрустом, скованностью по утрам и после более или менее продолжительного состояния покоя. Боли самопроизвольные, постоянные, усиливающиеся при возобновлении функции нижней челюсти. Больной в состоянии открыть рот на 2-2,5 см. Открывание рта сопровождается умеренным крепитирующим, а иногда сильным хрустом, при этом подбородок смещается в сторону пораженного сустава. Окраска прилежащих к нему кожных покровов может быть не изменена, но пальпация сустава всегда вызывает усиление болей.

На рентгенограмме определяется сужение суставной щели — результат реактивных, а позже и деструктивных изменений покровного хряща головки нижней челюсти и суставной ямки.

Общее состояние больного остается удовлетворительным, температура тела нормальная. В крови не отмечается видимых изменений, СОЭ увеличена до 25-35 мм/ч. При обострении процесса клиническое течение приобретает характер острого воспаления.

Лечение больных с ревматическим и ревматоидным артритом осуществляют ревматологи. При переходе травматических артритов в хроническую стадию назначают ультразвуковую терапию, парафино- и озокеритотерапию, массаж жевательных мышц, электрофорез пчелиного яда, медицинской желчи, препаратов йода. Хороший результат дает миогимнастика: производят дозированное открывание рта без выдвижения нижней челюсти. Для этого больной садится на стул, прислонив затылок к стене, а кулаком надавливает на подбородок при открывании и закрывании рта.

Такие упражнения больной делает самостоятельно ежедневно утром и еще 2-3 раза в течение дня по 3-5 мин на протяжении 4-6 нед.

Модификация изложенной методики многогимнастики предложена Костур, Б. К. и соавт. (1981). Авторы рекомендуют создавать дозированное давление на подбородок не только в направлении снизу вверх и спереди назад, но и в сторону, противоположную смещению челюсти при открывании рта. Такие упражнения повторяют 5-10 раз, проводят 3-4 сеанса в день, следя за тем, чтобы давление на подбородок не было чрезмерным и не вызывало болей.

Очень важно, чтобы в комплексе лечения была произведена санация полости рта и носоглотки, а при наличии показаний осуществлено рациональное протезирование зубов.

При эффективном лечении изменения, возникающие в суставе при ревматическом артрите, в отличие от таковых при ревматоидном артрите, полностью обратимы.

3. Инфекционно-специфические артриты

Инфекционно-специфические артриты встречаются сравнительно редко. Различают гонорейный, туберкулезный, актиномикотический сифилитический артриты и др. Они возникают в результате распространения инфекции по продолжению или при ее проникновении в сустав гематогенным (лимфогенным) путем.

Гонорейный артрит развивается в течение первого месяца заболевания, но при осложненной форме течения гонореи, на фоне хронического уретрита, может появиться и в более поздние сроки. Заболевание начинается остро с возникновением резких болей, отека мягких тканей вокруг пораженного сустава, сужения слухового прохода, что приводит к снижению остроты слуха. Первично возникающая серозная форма воспаления быстро переходит в гнойную. Образуется инфильтрат. На рентгенограмме определяется расширение суставной щели. Заболевание характеризуется ранним образованием мышечной контрактуры, поражением хрящевых покровов суставных поверхностей и склонностью к анкилозированию. Встречаются три формы туберкулезного артрита: первично-костный, первично-синовиальный и инфекционно-аллергический. Заболевание

начинается незаметно, развивается вяло, протекает длительно. При рентгенографии определяется постепенная резорбция костных структур головки челюсти. При туберкулезном артрите может развиваться фиброзный анкилоз.

Актиномикотический артрит обычно является результатом распространения первичного очага на подлежащие ткани. Патологический процесс, поражая суставную капсулу, вызывает развитие нестойкой контрактуры, чередующейся с ремиссиями. Общее состояние больного изменяется мало: беспокоят слабые боли в суставе, усиливающиеся при попытке открыть рот. В процессе лечения и после его завершения морфологических изменений в суставе не обнаруживают.

Сифилитический артрит характеризуется вялым течением, мало выраженной болезненностью. Заболевание встречается крайне редко.

Лечение больных с инфекционно-специфическими артритами направлено на ликвидацию основного заболевания и осуществляется соответствующими специалистами.

Глава 2. Артрозы

В основе этиологии заболевания лежат процессы дистрофического характера, развивающиеся на фоне длительного, вяло протекающего воспаления или хронической микротравмы, среди которых значительное место занимают частичная адентия, особенно при односторонних концевых дефектах, зубочелюстные деформации и неправильные артикуляционные взаимоотношения, создаваемые при протезировании зубов. В результате одновременно протекающих процессов воспаления и дегенерации, сопровождающихся деструкцией и пролиферацией хрящевой и костной ткани, развиваются явления остеосклероза и остеопороза анатомических структур височно-нижнечелюстного сустава, что приводит к их деформации и нарушению конгруэнтности. В зависимости от степени выраженности этих

состояний различают склерозирующие и деформирующие артрозы.

Больные жалуются на тупые боли, усиливающиеся при функциональной нагрузке сустава. В выраженных случаях с развитием вторичного реактивного синовита они становятся постоянными, что особенно проявляется в холодную сырую погоду, при перегрузке, к вечеру и при начальных движениях после состояния покоя. Аналогичными по своей характеристике являются старческие боли. Они также характеризуются ощущениями тяжести и ломоты в костях, но отличаются кратковременностью и малой интенсивностью. Больные часто жалуются, кроме того, на боли в области глаза и уха на стороне поражения сустава, головную боль, глоссалгию, парестезию слизистой оболочки полости рта, снижение остроты слуха.

В результате нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, спазма мышц, изменений в суставной капсуле и в периартикулярных тканях развивается тугоподвижность в суставе. Больные отмечают быструю утомляемость, чувство скованности, но ограничение функции сустава у них обычно умеренное и обусловлено болевым симптомом или костными разрастаниями. Фиброзных или костных анкилозов никогда не бывает.

По мере образования на суставных поверхностях неровностей в результате известковых отложений и склероза появляется грубый хруст при движениях головки нижней челюсти. Местные признаки воспаления отсутствуют: окраска кожи не изменена, она неотечна, но чувствительность в ушно-височной области может быть понижена, что объясняется развивающимся невритом ушно-височного нерва.

Общее состояние больного остается удовлетворительным. В крови не происходит выраженных патологических изменений, но СОЭ увеличена, а реакция на С-реактивный белок положительная.

Клинические проявления склерозирующего артроза менее выражены, чем деформирующего. На рентгенограммах при склерозирующем артрозе

определяется склероз поверхностных и подлежащих слоев губчатого вещества кости анатомических образований сустава с некоторой деформацией головки нижней челюсти. При деформирующем артрозе возникают костные разрастания в виде экзостозов и остеофитов, что приводит к необратимым структурным изменениям головки нижней челюсти и суставного бугорка. Суставная щель сужена. Болезнь протекает медленно.

Диагноз устанавливают на основании оценки результатов клинических, рентгенографических и лабораторных исследований.

Лечение больных комплексное: медикаментозное, физиотерапевтическое, ортопедическое и, при наличии показаний, оперативное. Медикаментозную терапию назначают ревматологи. Она включает бруфен, вольтарен, витамины группы В, препараты стероидного ряда. Однако надо иметь в виду, что внутрисуставное введение стероидных препаратов имеет лишь вспомогательное значение и является симптоматической терапией. Этот метод не следует рекомендовать в поздних стадиях заболевания при развитии вторичного остеоартроза и при наличии признаков остеопороза, так как он способствует их прогрессированию. Применение кортикостероидов противопоказано при деформирующем артрозе.

В комплексе с медикаментозным лечением назначают физиотерапию: электрофорез желчи, пчелиного яда, лидазы, препаратов йода. Могут быть также рекомендованы: парафино- и озокеритотерапия, грязелечение, инфракрасное облучение и лазерное излучение. Одновременно назначают массаж жевательных мышц и лечебную гимнастику. Важным условием достижения благоприятного исхода является осуществление рационального протезирования зубов. В тяжелых случаях показано оперативное лечение: кондилэктомия с одномоментной ортотропным аллогенным остеотрансплантатом.

Глава 3. Вывихи

Различают передний и задний вывих головки нижней челюсти. Чаще происходит передний вывих, что является результатом чрезмерного перемещения головки нижней челюсти кпереди и последующего соскальзывания ее на передний скат суставного бугорка. Это оказывается возможным вследствие того, что капсула сустава спереди более тонкая, чем сзади, и легко растягивается. Задний вывих встречается очень редко. Вывих может быть односторонним и двусторонним.

Передний вывих головки нижней челюсти может произойти в результате удара, чрезмерного открывания рта при откусывании от большого куска, зевоте, удалении зубов, когда врач предлагает больному широко открыть рот и не фиксирует ладонью челюсть, и т. п.

Клиническая картина при переднем вывихе головки нижней челюсти характерна. Речь больного невнятная, он жалуется на резкие боли в поврежденном суставе, рот открыт и не закрывается, подбородок смещен в сторону, противоположную повреждению, лицо асимметричное, щеки уплощены. При пальпации в области наружного слухового прохода определяется западение, образующееся в результате смещения вперед головки нижней челюсти, которая легко прощупывается под скуловой дугой.

Лечение свежих вывихов производят под местной анестезией, при застарелых вывихах применяют общее обезболивание. Вправление свежего вывиха обычно происходит легко. Больного усаживают на низкий табурет, прислонив затылочную часть головы к стене с таким расчетом, чтобы нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Врач, находясь спереди от больного, укладывает 1 пальцы, обернутые салфетками, на жевательные поверхности моляров, а остальными снаружи и снизу захватывает тело челюсти. Надавливая 1 пальцем книзу, а остальными, приподняв подбородочный отдел кверху, он смещает челюсть назад. В результате головка челюсти перемещается книзу по переднему скату и, достигнув бугорка, соскальзывает по заднему скату в

суставную впадину, что сопровождается характерным щелчком и рефлекторным плотным смыканием зубов. Во избежание прикусывания пальцев врачу следует в момент вправления челюсти быстро переместить их с жевательной поверхности зубов кнаружи. После вправления вывиха нижней челюсть фиксируют пращевидной повязкой на 10-12 дней. При привычном вывихе показано оперативное лечение больного.

Глава 4. Анкилозы

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава характеризуется стойкой частичной или полной неподвижностью нижней челюсти, обусловленной деструктивными изменениями в компонентах сустава. В зависимости от характера изменений в суставе различают фиброзный и костный анкилоз. При фиброзном анкилозе отмечаются деструктивные изменения хрящевой ткани вплоть до полного исчезновения хряща, суставной поверхности головки, межсуставного диска и суставной впадины височной кости. Это приводит к сращению суставной головки с межсуставным диском и суставной впадиной височной кости плотной фиброзной тканью, которая нередко подвергается оссификации. В суставной сумке также могут происходить рубцовые изменения с развитием фиброзной ткани. При костном анкилозе образуются костные сращения мыщелкового отростка с височной костью. При этом мыщелковый отросток деформируется — уплощается, расширяется, а суставная головка утолщается. Иногда мыщелковый и венечный отростки, образуя конгломерат значительной толщины, сливаются с основанием черепа, скуловой дугой и верхней челюстью. В этих случаях происходит значительное уменьшение полулунной вырезки или она вовсе не определяется.

Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава наиболее часто возникают вследствие механической травмы мыщелкового отростка (внутрисуставной перелом суставной головки, кровоизлияние в полость сустава). Внутрисуставные переломы мыщелкового отростка, особенно эпифизиолиз хрящевой части суставной головки, возникшие в детском возрасте, являются наиболее сложными в диагностическом отношении, а следовательно, иногда остаются незамеченными, и

пострадавшие в этих случаях не получают своевременного соответствующего лечения, что способствует образованию анкилоза.

При повреждениях височно-нижнечелюстного сустава, возникших в детском или юношеском возрасте, чаще всего происходит костное сращение суставов. Если же травма сустава произошла в более зрелом возрасте, то обычно развиваются фиброзные спайки. Это обусловлено тем, что костеобразовательная способность в детском возрасте повышена. Анкилозы сустава чаще всего возникают после родовой травмы, перелома головки мыщелкового отростка. Частое возникновение травматического анкилоза сустава в детском возрасте обусловлено легкой ранимостью поверхности суставной головки у детей, которая затем подвергается дегенеративным и пролиферативным изменениям. В зависимости от того, в каком возрасте начал развиваться анкилоз, возникают нарушения различной степени выраженности:

1. Укорочение и деформация нижней челюсти;
2. Изменение прикуса вследствие отставания роста челюсти.

Чем раньше у ребенка развились патологические изменения в суставе, тем выраженнее вторичные изменения в нижней челюсти, особенно на стороне повреждения. Это связано с нарушением зоны роста в области мыщелкового отростка, адинамией и атрофией жевательных мышц.

Частота развития анкилозов височно-нижнечелюстного сустава у мужчин обычно в 2 раза выше, чем у женщин. Различают односторонние и двусторонние анкилозы. Лечение таких больных комплексное. Оперативное вмешательство должно быть направлено на восстановление подвижности в суставе и устранение сопутствующей анкилозу деформации. Цель консервативного лечения у ортопеда – восстановление прикуса. При хирургическом лечении анкилозов следует не только добиться подвижности челюсти путем создания ложного сустава, но и одновременно с этим устранить сопутствующие анкилозу деформацию челюсти и нарушение прикуса.

Список литературы

1. Робустова, Т. Г., Афанасьев, В. В., Базилян, Э. А. Хирургическая стоматология: учебник / под ред. Т. Г. Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина 2003. – 504 с.
2. Петросов, Ю. А., Сеферян, Н. Ю., Калпакьянц, О. Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: учебник / под ред. Ю. А. Петросова. – Краснодар.: Кубань. – 1996. – 352 с.
3. Трезубов, В. Н., Щербаков, А. С., Мишнёв, Л. М. Ортопедическая стоматология: учебник для медицинских вузов / под ред. В. Н. Трезубова. – 7-е изд., перераб. и доп. – Спб.: Фолиант, 2005. – 592 с.
4. Лечение заболевания височно-нижнечелюстного сустава: учебное пособие.
Часть 1. / сост.: А.В. Синьков, Г.М. Синькова, Л.Р. Валеева ГБОУ ВПО ИГМУ
Минздрава. – Иркутск: ИГМУ. – 2013. – С. 4-10.
5. Хватова, В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: учебник / под ред. В.А. Хватовой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина. – 2006. – 155 с.
6. Бажанов, Н. Н. Стоматология : учебник для медицинских вузов / под ред. Н. Н. Бажанова. – 2002. – 101 с.
7. Аболмасов, Н. Н. Ортопедическая стоматология : учебник для медицинских вузов / под ред. Н. Н. Аболмасова. – 2003. – 165 с.