

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой  
хирургии

Реферат:

«Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава»

Выполнил ординатор

кафедры-клиники хирургической стоматологии и ЧЛХ

по специальности «стоматология хирургическая»

Умраев Тимур Ахмаевич

рецензент д.м.н., проф. Маругина Татьяна Леонидовна

Красноярск 2024

## Оглавление

1. Актуальность.....	3
2. Этиология.....	3
3. Патогенез анкилоза ВНЧС... ..	4
4. Диагностика анкилоза ВНЧС ... ..	4
5. Оперативные вмешательства при дефектах и деформациях нижней челюсти.....	7
6. Общий вывод.....	8
7. Список литературы... ..	9

## Актуальность

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) являются одной из актуальнейших проблем современной стоматологии. Это обусловлено, с одной стороны, частотой встречаемости патологии височно-нижнечелюстного сустава а с другой стороны – сложностью диагностики.

Самую большую группу больных с поражением височно-нижнечелюстного сустава составляют пациенты с внутренними нарушениями, которые определяются как нарушение анатомических и функциональных взаимоотношений между компонентами сустава (суставного диска, внутрисуставных связок, головки нижней челюсти (НЧ), капсулы) и составляют на специализированном приеме пациентов с этой патологией более 80%.

## Этиология

Анкилоз ВНЧС чаще всего является исходом гнойно-воспалительных заболеваний самого сустава (артрит ВНЧС, гематогенный остеомиелит нижней челюсти или) или расположенных в непосредственной близости с ним ЛОР-органов (околочелюстные флегмоны, гнойный средний отит, мастоидит и др.). Нередко причиной формирования анкилоза ВНЧС у детей выступает сепсис новорожденных, протекающий с образованием гнойных метастатических очагов в суставах и костях.

Другая группа причин, приводящих к анкилозу ВНЧС, связана с его повреждением в результате родовой травмы, прямого удара, падения с высоты, огнестрельных ранений и т. д. В этих случаях может происходить перелом мышцелкового отростка нижней челюсти, вывих нижней челюсти, скопление крови (гемартроз) в полости сустава.

## **Классификация**

*1. По этиологии:*

инфекционный, травматический.

*2. По морфологическому субстрату:*

костный (чаще у детей и юношей),  
фиброзный (у лиц зрелого возраста).

*3. По локализации процесса:*

односторонний, двусторонний.

*4. По степени распространения спаек:*

неполный, или частичный,  
полный, или распространенный.

*5. По характеру сопутствующих изменений костей лица:*

с микрогенией, без микрогении.

### **Патогенез анкилоза ВНЧС**

Воспалительные процессы или травмы приводят к образованию на суставных поверхностях участков, лишенных хрящевого покрытия. На них происходит разрастание грануляций, которые, уплотняясь, образуют между двумя поверхностями сустава плотную рубцовую ткань – фиброзный анкилоз ВНЧС. Впоследствии в процессе оссификации соединительной ткани формируется неподвижное костное сращение мышцелкового отростка и височной кости, т. е. костный анкилоз ВНЧС. В детском возрасте костному анкилозу довольно часто предшествует деформирующий остеоартроз ВНЧС.

### **Диагностика анкилоза ВНЧС**

При осмотре пациента с анкилозом ВНЧС обнаруживается ограничение или невозможность открывания рта: амплитуда отведения нижней челюсти обычно не превышает 1 см, тогда как в норме расстояние между резцами верхней и нижней челюсти составляет ширину 3-х средних пальцев руки пациента. Также характерно отсутствие в пораженном височно-нижнечелюстном суставе скользящих движений по горизонтали, асимметрия лица.

Пусковые факторы патологического процесса в суставе могут быть разными: удаление зубов и их протезирование, необычное движение нижней челюсти или слишком широкое открывание рта при приеме пищи, зевании и лечении зубов. При этом происходит растяжение некоторых внутрисуставных связок, фиксирующих суставной диск, что приводит к его дислокации. Диагностика нарушений мягкотканых элементов сустава осуществляется применением магнитно-резонансной томографии (МРТ), но контроль эффективности на этапах лечения затруднен. Во-первых, МРТ проводить часто не рекомендуется, во-вторых, количественные измерения степени 7 смещения суставного диска и его подвижности не проводятся, в-третьих, есть группа пациентов с клаустрофобией, проведение которым МРТ невозможно. Кроме того, МРТ не всегда стопроцентно отражает состояние и положение суставного диска.

Для оценки прикуса и окклюзионных контактов производится изготовление и анализ диагностических моделей челюстей.

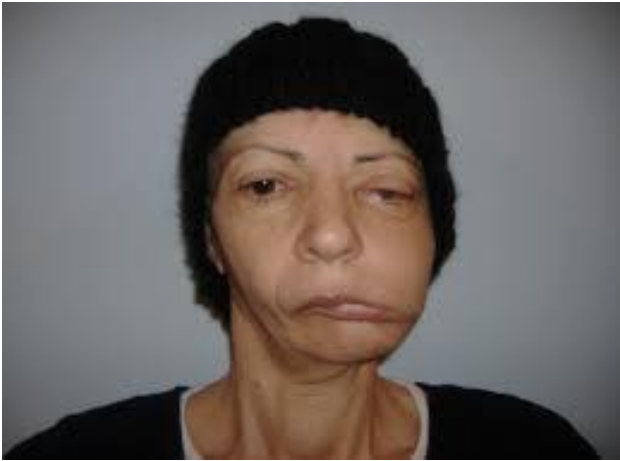


Рис. 1 Правосторонний травматический анкилоз ВНЧС.

Основные виды деформаций челюстей:

Различают следующие основные виды нарушений, которые могут наблюдаться в различных сочетаниях:

- верхняя гиперплазия - чрезмерное развитие верхней челюсти (макро- или прогнатия);
- нижняя гиперплазия - чрезмерное развитие нижней челюсти (макро- или прогнатия);
- увеличение обеих челюстей;
- верхняя гипоплазия - недоразвитие верхней челюсти (микро- или ретрогнатия);
- нижняя гипоплазия - недоразвитие нижней челюсти (микро- или ретрогнатия);
- уменьшение обеих челюстей;
- открытый и глубокий прикусы.

Дифференциальная диагностика:

Анкилоз ВНЧС следует дифференцировать с ограничениями подвижности нижней челюсти, не связанными с суставной патологией:

- опухолями челюсти (одонтомой, остеомой, саркомой);
- инородными металлическими телами;
- рубцами кожи лица, шеи или слизистой оболочки полости рта;
- оссифицирующим миозитом и др.

Дифференциальная диагностика фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС):

1.Спайки:

- Неподвижность диска
- Ограниченная трансляция мышечка

## 2. Костный анкилоз:

- Костное сращение
- Отсутствие суставного пространства

## 3. Ложный анкилоз:

- Экстракапсулярные причины анкилоза:
  - о Гиперплазия венечного отростка
  - о Патологические нарушения со стороны мышц.



Рис 2. Фиброзный анкилоз ВНЧС.

### Клиническая картина:

Симптомом анкилоза является стойкое полное или частичное ограничение открывания рта.

Степень подвижности головки нижней челюсти определяется путем ее пальпации впереди козелка уха и через переднюю стенку наружного слухового прохода. При фиброзном анкилозе определяется едва заметная подвижность головки нижней челюсти, чего нет при синостозе.

При обследовании взрослого больного, у которого анкилоз развился в детском возрасте, обнаруживают выраженную задержку роста пораженной половины нижней челюсти и всей соответствующей половины лица. Однако и у детей с анкилозами заметна асимметрия лица вследствие смещения подбородка и кончика носа в больную сторону, уменьшения всех размеров пораженной половины тела и ветви нижней челюсти (односторонняя микрогения или мандибулярная ретрогнатия). К тому же ушная раковина на больной стороне может быть расположена ниже, чем на здоровой. Подбородок смещен в больную сторону.

Если в детском возрасте поражаются оба сустава, развивается двусторонняя микрогения, характеризующаяся так называемым птичьим лицом, т.е. резким недоразвитием всего нижнего отдела лица.



Рис 3. Левосторонний врожденный анкилоз ВНЧС.

### **Оперативные вмешательства при анкилозе ВНЧС**

В начальных стадиях фиброзного анкилоза ВНЧС применяются консервативные методы лечения: физиотерапия (ультразвуковая терапия, ультрафонофорез, электрофорез гиалуронидазы, йодида калия), внутрисуставные инъекции гидрокортизона, механотерапия. В некоторых случаях, наряду с перечисленными процедурами, прибегают к редрессации - насильственному раздвижению челюстей под наркозом или рассечению фиброзных сращений внутри сустава с низведением головки нижней челюсти.

Эффективное лечение костного анкилоза ВНЧС проводится оперативным путем. В большинстве случаев для восстановления функции сочленения назначается артропластика височно-нижнечелюстного сустава. При этом проводится рассечение сросшихся участков с последующим формированием суставных поверхностей. При необходимости используются различные виды трансплантатов. Выбор конкретной методики осуществляется в зависимости от состояния сочленения.

Если у пациента имеется недоразвитие нижней челюсти, то на первом этапе хирургом проводится ее реконструкция для нормализации положения языка и разблокирования верхних дыхательных путей. Операция выполняется либо методом удлинения, укорочения или изменения положения ветви нижней челюсти, либо методом постепенного растяжения с использованием внешнего или внутриротового аппарата. В последующем выполняют артропластику. При невозможности адекватно выполнить пластику проводится эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава.

При фиброзной форме заболевания проводится артроскопия с рассечением спаек между суставными поверхностями.

Для хирургической коррекции анкилоза ВНЧС предложены различные варианты и способы: остеотомия ветви нижней челюсти со скелетным вытяжением, остеотомия с артропластикой ВНЧС и костной пластикой ветви нижней челюсти костным аутооттрансплантатом или аллотрансплантатом и др., выбор которых определяется характером и выраженностью деформации.

В послеоперационном периоде для предупреждения рецидивов анкилоза ВНЧС применяется фиксация нижней челюсти с помощью внутриротовых шин и аппаратов, назначается ранняя дозированная механотерапия, массаж жевательных мышц, миогимнастика, физиотерапия. В дальнейшем проводится активное ортодонтическое лечение, позволяющее нормализовать положение зубов и прикус. После окончания роста костей лицевого скелета пациенты, прооперированные по поводу анкилоза ВНЧС, могут нуждаться в проведении пластической операции (ментопластики).

### **Прогноз и профилактика**

Без хирургического лечения анкилоз ВНЧС неизбежно вызывает тяжелые деформации лицевого скелета и стойкие функциональные расстройства. Своевременная и адекватная хирургическая коррекция анкилоза ВНЧС в большинстве случаев позволяет нормализовать функцию нижней челюсти и улучшить эстетику лица. Тем не менее, достаточно высокий процент рецидивов тугоподвижности височно-нижнечелюстного сустава говорит о необходимости дальнейшего совершенствования методов лечения и реабилитации больных.

Первичная профилактика анкилоза ВНЧС заключается в предупреждении травм и гнойно-септических заболеваний нижней челюсти. Мерами профилактики рецидивов анкилоза ВНЧС служат правильный выбор хирургической тактики, технически безукоризненное выполнение всех этапов операции, ранняя и активная реабилитация, рациональное ортодонтическое лечение.

### **Общий вывод**

Лечение пациентов с анкилозом ВНЧС – один из самых сложных вопросов, особенно в детской челюстно-лицевой хирургии. Проведение артропластики с учетом индивидуальности для восстановления функции ВНЧС одновременно с остеотомией нижней челюсти и метода дистракционного остеогенеза, для устранения нижнечелюстной гипоплазии, возникающей на фоне анкилоза ВНЧС у детей, на сегодня являются передовым.



## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кармачёв, И. Е. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава: хирургическая задача / И. Е. Кармачёв // Паринские чтения 2022. С. 246–251.
2. Трофимова Т.Н., Гарапач И.А., Бельчикова Н.С. Лучевая диагностика в стоматологии. Москва, Медицинское информационное агентство, 2010. 192 с.
3. Аржанцев А.П. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: атлас. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2016. 320 с.
4. Терновой С.К., Васильев А.Ю. Лучевая диагностика в стоматологии, Национальные руководства по лучевой диагностики и терапии. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010. 288 с.
5. Urban J.D., Wikoff D.S., Bunch A.T., Harris M.A., Haws L.C. A review of background dioxin concentrations in urban/suburban and rural soils across the United States: implications for site assessments and the establishment of soil cleanup levels. *Sci. Total. Environ.* 2014; 1: 586-97.
6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Head and Neck Cancers. Version 1. 2022.
7. Rao R.S., Patil S., Sanketh D., Amrutha N. Metastatic tumors of the oral cavity. *J. Contemp. Dent. Pract.* 2019; 15(2): 263-71.