

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России Институт стоматологии - научно-
образовательный центр инновационной стоматологии Кафедра-клиника
хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Реферат на тему: ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Выполнил ординатор : Гроздев И.А

Красноярск 2018

Классификация

1) артрит:

а) инфекционный:

- неспецифический;
- специфический.

б) травматический:

- острый;
- хронический;

2) Артроз;

3) Анкилоз.

Этиология, патогенез

1) Заболевание развивается обычно вследствие распространения инфекции гематогенным путем или, что бывает чаще по продолжению (отит, остеомиелит челюсти, флегмона околоушной области, паротит, мастоидит).

Туберкулезный и актиномикотический артриты чаще всего возникают и как следствие контактного заражения ВНЧС, гонорейный, сифилитический, ревматический артриты — в результате попадания инфекции в сустав гематогенным путем. "

Травматический артрит развивается в результате одномоментной травмы (удар, ушиб), чрезмерно широкого зева, удаления зуба, разгрызания орехов, косточек. Хронический травматический артрит возникает вследствие длительной микротравмы сочленения порочным положением суставной головки в суставной впадине, например, при глубоком прикусе и повышенной стираемости зубов.

При артрите в воспалительный процесс вовлекаются кость, хрящ, мениск. Расплавление хряща и мениска приводит к анкилозу. При длительном течении заболевания частичному расплавлению, деформации

подвергаются суставная головка и мениск, что нарушает в той или иной степени функцию сустава.

2) артроз — является следствием длительных дистрофических процессов в тканях сочленения. Как правило, дистрофические процессы в ВНЧС развиваются при нарушении равновесия между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. К числу нередких патологических факторов, снижающих эластичность и выносливость покровных тканей сустава, относятся легкие воспалительные изменения, макро- и микротравмы. Микротравмы часто связаны с нарушением артикуляции зубов. Важную роль в развитии артроза играют аномалии прикуса и наличие дефектов в зубных рядах, особенно на нижней челюсти в области моляров. Более редкой причиной артроза являются эндокринные гормональные или обменные нарушения.

3) Анкилоз — стойкая деформация ВНЧС со значительным ограничением или полной неподвижностью нижней челюсти, при котором происходит фиброзное или костное сращение суставных поверхностей. Этиологическими факторами внутрисуставных сращений являются чаще инфекционные процессы (остеомиелит нижней челюсти, туберкулез, скарлатина и др.), реже механические повреждения в суставе.

Клиническая картина

1) Артрит

а) инфекционный неспецифический

Выделяют острое и хроническое течение процесса.

Острый артрит: больные жалуются на внезапное появление в суставе резких болей, иррадиирующие в ухо и висок. Боли усиливаются при любом движении нижней челюсти. Мягкие ткани вокруг сустава инфильтрированы, кожа над ними гиперемирована. Пальпация области сустава резко болезненна, наружный слуховой проход сужен, слух резко понижен.

Температура тела повышена, отмечаются лейкоцитоз. Увеличение СОЭ. Нередко процесс заканчивается образование абсцесса, который вскрывается чаще всего в наружный слуховой проход, реже в околоушной области наружу. В начале острого воспаления, процесс локализуется в капсуле сустава или прилегающих участках кости (суставная головка, височная кость), в дальнейшем вовлекается внутрисуставной диск и хрящевой покров суставных поверхностей. В результате наступает разволокнение, резорбция и некроз хряща, внутри сустава развивается грубоволокнистая соединительная ткань (фиброзный анкилоз) либо наступает костное сращение суставных поверхностей (костный анкилоз). Рентгенологическое исследование сустава в остром периоде позволяет обнаружить нечеткие зазубренные контуры. Иногда наблюдаются отдельные более глубокие узур в зоне губчатого вещества суставной головки. Хронический артрит.

Общее состояние удовлетворительное. Больной иногда ощущает незначительные самопроизвольные боли, которые, однако, резко усиливаются при попытке раскрыть рот. Впереди козелка уха может появиться нерезко выраженная припухлость тканей. На рентгенограммах выявляются сужение суставной щели, деструктивные изменения субхондральной пластинки суставных поверхностей.

б) травматический

При остром травматическом артрите выявляется ограничение подвижности нижней челюсти. Больные жалуются на острые боли в суставе, иррадиирующие в висок. При раскрывании рта и приеме пищи, надавливании рукой на подбородок или угол челюсти боли усиливаются. Острый травматический артрит может сопровождаться кровоизлиянием в сустав. Кровоизлияние в суставной полости организуется в серозно-кровянистые сгустки. В дальнейшем на фоне покоя и щажения сустава сгустки постепенно превращаются в фиброзные шейки, что нередко приводит к развитию фиброзного анкилоза.

При хронических травматических артритах больные испытывают постоянную боль, усиливающуюся в момент раскрытия рта, во время разговора или жевания. Нередко боли имеют приступообразный характер как и при невралгии тройничного нерва. Иногда у больных травматическим хроническим артритом наблюдается синдром Костена: боли в области ВНЧС, иррадиирующие в шею, ухо, язык, соответствующую половину головы, гиперестезия кожи в области сустава, хруст в нем при открывании рта, иногда сухость во рту, нарушение (снижение) слуха и ограничение движения нижней челюсти. Чаще встречаются больные, у которых отмечаются несколько или даже один из этих симптомов.

2) артроз

В основном больные жалуются на хруст в суставе, который проявляется во всех фазах движения нижней челюсти. Тупая умеренная боль в суставе появляется в основном по утрам через несколько месяцев после возникновения первых признаков хруста. К этому времени уже определяется нарушение функции сустава — ограничение объема движений вниз и в сторону больного сустава. Нередко при перерастяжении связочного аппарата и капсулы сустава имеет место увеличение экскурсии нижней челюсти. Появление переднего подвывиха головки при опускании нижней челюсти является наиболее важным функциональным показателем начинающегося артроза.

Наиболее характерны сужение рентгеновской щели, а также расширение и повышение интенсивности кортикальной замыкающей пластинки суставной площадки головки заднего ската бугорка. Суставная головка уплощается вследствие ее стирания на высоте движения, она может деформироваться и приобретать форму крючка с экзофитом у переднего основания. Суставной бугорок уплощается, у его вершины могут появляться экзофитные разрастания.

3) анкилоз Различают: 1.

- фиброзный (неполный) анкилоз;

- костный (полный) анкилоз. 2.
- односторонний;
- двусторонний.

Непременным симптомом анкилоза является стойкое полное или частичное ограничение раскрытия рта и полное отсутствие скользящих движений в пораженном суставе. Степень подвижности суставной головки определяется путем пальпации впереди козелка уха и той же через переднюю стенку наружного слухового прохода. При фиброзном анкилозе врач ощущает едва заметную подвижность суставной головки, а в случае костного анкилоза (остеоанкилоза) подвижность вообще отсутствует.

Если обследуется взрослый больной, у которого анкилоз развивался в детском возрасте, бросаются в глаза особенно разительные последствия задержки роста нижней челюсти.

При одностороннем анкилозе имеется значительная асимметрия лица вследствие смещения подбородка в поврежденную сторону и кзади, уменьшения всех размеров пораженной половины тела и ветви нижней челюсти. Больная сторона лица укорочена и кажется более выпуклой, а здоровая, смещаясь в больную сторону, западает и уплощается.

При двустороннем анкилозе нижняя челюсть недоразвита с обеих сторон. Подбородок резко смещен кзади, что определяется выраженной деформацией нижнего отдела лицевого скелета, именуемую в литературе «птичьим лицом».

В результате длительного анкилозирования резко нарушаются функции питания и речи, особенно при двусторонних анкилозах. В этих случаях полностью или почти полностью исключается прием пищи нормальной консистенции. Больные питаются жидкой или кашицеобразной пищей. Наблюдаются деформация зубной дуги, нарушение прикуса, чаще развивается открытый прикус, зубы раздвинуты, наклонены вперед (расходятся). На зубах обильные зубные отложения, десны воспалены, кровоточат. Всегда имеются кариозные зубы. Тяжелые деформации лицевого

скелета вызывают расстройства дыхания. Нарушение акта жевания сопровождается атрофией жевательных мышц. Трудности подхода к кариозным зубам при их лечении нередко обуславливают развитие осложнений кариеса и одонтогенной инфекции.

При фиброзном анкилозе на рентгенограмме обычно прослеживаются контуры суставной щели, вырезка нижней челюсти деформирована и нередко имеет остроугольную форму, головка и шейка мышечкового отростка укорочены и несколько утолщены.

На рентгеновских снимках при костном анкилозе можно обнаружить:

- а) отсутствие суставной щели;
 - б) переход структуры одной кости в другую;
 - в) отсутствие изображения контуров суставных концов костей, образующих сочленение.
- Диагностика**

Диагноз должен основываться на анамнезе (выяснение этиологического фактора и динамики заболевания), данных клинического и рентгенографического обследования.

Дифференциальная диагностика

Острый артрит ВНЧС целесообразно дифференцировать с острым воспалением среднего уха, невралгией тройничного нерва. Этим заболеванием также присущи интенсивные боли, иррадиирующие в ухо и висок, однако при этом отсутствуют признаки нарушения функции сочленения. Нарушение функции ВНЧС и болевой синдром наблюдаются и при артрозе сочленения. Однако при артрозе наблюдаются дистрофические, а не деструктивные изменения в костных, хрящевых тканях и связочном аппарате сустава и, как правило, типичная картина инфекционного процесса в сочленении отсутствует. При артрите, обусловленном ревматической интоксикацией, патологический процесс чаще всего локализуется в области

обеих ВНЧС. При этом у больных развивается ревмокардит, выявляются положительные дифениламиновая, сиаловая и другие ревматические пробы.

Необходимо дифференцировать анкилоз с контрактурой нижней челюсти, а также механическим препятствием открыванию рта. Последнее может быть обусловлено опухолью (остеома, одонтома, саркома и т.д.) в области ветви, челюсти, бугра или скуловой кости. В связи с этим следует произвести тщательное пальцевое обследование (указательный палец вводят между бугром верхней челюсти, а также пальпируют боковую стенку глотки) и рентгенографию. При контрактуре нижней челюсти клинически и рентгенологически выявляется здоровый сустав и определяются какие-либо внесуставные рубцовые или костные стяжения или разрастания.

Лечение

1) Артрит

Лечение острого и хронического неспецифического инфекционного артрита состоит из комплекса мероприятий, применяемых в той или иной комбинации:

а) устранение источника инфекции вне сустава (ликвидация очагов инфекции в зубах, среднем ухе, миндалинах и др.); одновременно лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение воспалительного процесса в области ВНЧС: введение в полость сустава и внутримышечно антибиотиков, внутрь прием салицилатов;

б) стимулирование общей иммунологической реактивности и десенсибилизация организма;

в) разгрузка сустава и обеспечение ему покоя (устанавливается резиновая прокладка толщиной 5-10 мм между коренными зубами, а подбородочный отдел нижней челюсти подтягивается вверх при помощи пращи и эластичной тяги к головной шапочке;

г) физиотерапия:

в остром периоде — легкое тепло; в хронической фазе — рациональное протезирование. При наличии гнойного экссудата показан наружный разрез, который целесообразно проводить параллельно нижнему краю скуловой кости. Специфический инфекционный артрит подразумевает комплексное лечение с исключением специфического.

При травматическом артрите ВНЧС показано комплексное лечение как и при неспецифическом инфекционном артрите. С целью более быстрого рассасывания фибрина крови, излившейся в сочленение, целесообразно 1-2 раза с перерывом 2-3 дня инъектировать в полость сустава 1% раствор новокаина с антибиотиком. При хроническом травматическом артрите показано также ортопедическое лечение.

2) Артроз

Лечение симптоматическое.

Показана микроволновая терапия. Методом выбора является лазерная терапия.

При артрозе рекомендуется сочетанная методика, состоящая из микроволновой терапии и последующего лекарственного электрофореза. Применяется 2% раствор йодида калия. Длительность воздействия лекарственного электрофореза 20 мин, лечение проводится через день, курс — 12 процедур.

Хороший результат при болевом симптомокомплексе и контрактуре дает ультразвуковая терапия..

Физические методы при артрозе ВНЧС снижают боль, контрактуру, значительно уменьшают ощущение щелканья в суставе, появляющееся при открывании и закрывании рта.

При наличии синдрома патологического прикуса рекомендуется сочетать физические методы лечения с ортопедическими, которые в этом случае играют решающую роль.

3) Анкилоз

При лечении анкилоза основной задачей является восстановление подвижности нижней челюсти, при сочетании же анкилоза с микрогенией — исправление формы лица. Лечение — только хирургическое. Все хирургические приемы можно разделить на следующие основные группы:

- 1) Рассечение или разрыв рубцов, образовавшихся внутри сустава;
- 2) экзартикуляция суставной головки, всего суставного отростка либо суставного и венечного отростков;
- 3) резекция участка ветви или тела нижней челюсти;
- 4) остеотомия по линии бывшей щели сустава или в зоне верхней трети ветви нижней челюсти <П.П.Львов) с последующим моделированием суставной головки;
- 5) линейная остеотомия по линии основания суставного отростка (А.Э.Рауэр):
- 6) линейная остеотомия на разных уровнях ветви или тела нижней челюсти.

Операции, связанные с резекцией части- костного вещества нижней челюсти, в настоящее время решительно оставлены хирургами, так как в результате их не только не достигается удлинение недоразвитой части нижней челюсти, но происходит еще больше укорочение ее. Не применяют остеотомию и в средней или нижней трети ветви челюсти; так как создавшийся при этом ложный сустав оказывается расположенным значительно ниже сустава на здоровой стороне, что создает ненормальные условия для функции обоих суставов и всего жевательного аппарата. Остеотомия или резекция в зоне тела челюсти также обеспечивает лишь прием пищи, но не восстановление нормального акта жевания.

Лечение фиброзного анкилоза можно осуществить как бескровным вмешательством (разрыв фиброзных спаек), так и кровавым способом (рассечение фиброзных спаек). Некоторые авторы полагают, что попытки добиться раскрытия рта и подвижности нижней челюсти путем насильственного разведения челюстей роторасширителем под наркозом или

суббазальной анестезией является не только болезненными, но и вредными (А.А.Лимберг). Рассечение фиброзных спаек, внутри сустава показано при одностороннем фиброзном анкилозе и после неудачных попыток бескровного раскрытия рта. Подскуловым доступом вскрывают капсулу сустава скальпелем (разрез по А.Э.Рауэру), удаляют рубцового измененный диск и рубцы.

Лечение костного анкилоза сводится к образованию функционирующего ложного сустава (артропластика). Методик операций при костном анкилозе много, однако в основу каждой операции должны, быть положены следующие основные принципы: остеотомия как можно выше, т.е. ближе к уровню естественной суставной щели, сохранение высоты ветви челюсти, а если она укорочена — доведение ее высоты до нормального уровня (разведением фрагментов ветви, интерпозицией биологического материала и др.). При наличии резкой двусторонней микрогении задача состоит в выдвигании вперед всей мобилизованной нижней челюсти. Наиболее рациональным оперативным доступом к суставу следует признать дугообразный разрез кожи, который, огибая угол челюсти, начинается ниже мочки уха на 1,5-2 см и заканчивается на уровне середины тела челюсти. Через этот разрез обнажают места прикрепления собственно жевательной и медиальной крыловидной мышц. Отступя на 0,5 см от угла челюсти, сухожилия этих мышц пересекают скальпелем. Вместе с надкостницей мышцы отсепааровывают до скуловой дуги, сначала снаружи, а потом изнутри. Затем производят остеотомию.

Следующая задача состоит в том, чтобы низвести нижнюю челюсть вниз и интерпонировать в костную щель материал, который бы имитировал суставные хрящи и мениск. Закончив низведение челюсти, хирург при помощи прямых фрез должен сгладить края кости на низведенном и верхнем фрагментах ветви челюсти и от моделировать суставную головку. В качестве прокладки между рассеченными поверхностями ветви челюсти применяют различные материалы: лоскуты на ножке из височной или

жевательной мышцы, свободную пересадку жировой клетчатки, хряща, широкой фасции бедра с жиром или жира, жир стебельчатого лоскута Филатова. Со временем биологические прокладки постепенно атрофируются, замещаются рубцовой тканью, на рассеченной поверхности ветви нижней челюсти образуется замыкающая компактная пластинка. Хорошим материалом для интерпозиции служит также биопластмасса (плазерин).