

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (АРТРИТЫ И АРТРОЗЫ)

Абдуллаев Ш.Ю., Исломхужаева Ф.Х.

ЧАККА ПАСТКИ БЎҒИМИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИНИ (АРТРИТЛАР ВА АРТРОЗЛАР) ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ ОПТИМИЛЛАШТИРИШ ТАКТИКАСИ.

Абдуллаев Ш.Ю., Исломхужаева Ф.Х.

OPTIMIZATION OF THE TACTICS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT (ARTHRITIS AND ARTHROSIS)

Abdullaev Sh.Y., Islomkhujaeva F.Kh.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Чакка пастки жағ бўғими яллиғланиш касалликларини, диагностикасини ва даволаш тактикасини оптимиллаштириш ҳамда Чакка пастки жағ бўғими яллиғланиш касалликлари бор беморларда текширув усуллари мукаммаллаштириш, замонавий диагностика усуллари қўллаш.

Калит сўзлар: чакка пастки жағ бўғими, диагностика, даволаш, артрит, артроз, анкилоз.

The analysis of literature allowed evaluating the possibilities of express diagnostics of temporomandibular joint diseases at the primary dental reception. The use of various methods of treatment will help improve the quality of care for patients with temporomandibular joint disease. Additional methods allows get the most accurate idea of the pathological changes of the temporomandibular joint and develop the correct treatment algorithm. Because of the use of new surgical techniques, treatment becomes complex, effective regardless of the patient's treatment term and the degree of severity of intraarticular disorders.

Key words: temporomandibular joint, diagnosis, treatment, arthritis, arthrosis, ankylosis.

В связи со значительной распространенностью заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) своевременная их диагностика становится одной из актуальных проблем современной стоматологии. Несмотря на то, что изучению этой проблемы посвящено большое количество работ, многие аспекты этиологии и патогенеза заболеваний ВНЧС до конца не изучены. Большинство исследователей, придерживаясь какой-либо одной из этиологических концепций, игнорируют или преуменьшают роль других [4,6,18]. Известно, что в патогенезе заболеваний ВНЧС определенную роль играют зубочелюстные аномалии, однако такую связь удается установить далеко не всегда.

Наиболее значимыми причинами развития заболеваний ВНЧС считают зубочелюстные аномалии, нарушение функции жевательных мышц [30], психогенные факторы [17,19], соматическую патологию, в том числе заболевания соединительной ткани [13,14], болезни позвоночника [11], что и объясняет большую частоту данной патологии у детей, подростков и взрослых.

Зубочелюстные аномалии создают косметические неудобства и сопровождаются функциональными расстройствами органов челюстно-лицевой области при приеме пищи, речи и дыхании [20]. В течение длительного времени возникновение синдрома болевой дисфункции связывали с аномалиями и деформациями прикуса, нарушением целостности зубных рядов, изменением окклюзионной высоты [13].

В то же время в клинической практике нередко встречаются пациенты с выраженными зубочелюстными аномалиями, не имеющие нарушений в височно-нижнечелюстных суставах, а также лица с синдромом болевой дисфункции без окклюзионно-артикуляционной патологии [5,15].

По данным ряда авторов, патология ВНЧС среди больных с врожденными аномалиями прикуса и деформациями челюстей встречается с частотой от 34 до 87% [24,26]. Противоречивость данных о распространенности клини-

ческой дисфункции ВНЧС объясняется рядом причин: отсутствием диагностических алгоритмов и стандартных схем клинических и дополнительных методов обследования, принятых концепций лечения пациентов с синдромом дисфункции ВНЧС [7]. Большую роль играют также отсутствие специфических клинических проявлений и трудности самой диагностики [2,8,11,12,25,29].

Для дифференциальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава используют электронную аксиографию. Этот метод исследования позволяет определить характер движений нижней челюсти и зарегистрировать характерные искажения суставных траекторий при нарушении артикуляции нижней челюсти. Использованию внеротовой регистрации движений нижней челюсти с помощью аксиографии при заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов посвящены исследования российских ученых [8,11,22,23,25,29].

В настоящее время возможности диагностики значительно возросли благодаря появлению современных инструментально-технических методов, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), артрография, которые позволили получать изображения в разных плоскостях, а также визуализировать не только костные, но и мягкотканые структуры сустава [2,8,9]. В связи с развитием новейших технологий на стоматологическом рынке появилось оборудование, которое дает возможность дифференцировать пациентов с патологией ВНЧС еще на первичном стоматологическом приеме. По данным производителя (фирма Bioresearch, США), аппарат для компьютерной электромиографии височно-нижнечелюстного сустава «BioJVA» позволяет выявить шумы, возникающие в суставе в определенный момент времени, оценить состояние элементов ВНЧС, траекторию движения нижней челюсти, степень тяжести заболевания, поставить предварительный диагноз и опре-

делить необходимость дальнейших исследований. Однако в доступной литературе научные данные о сравнительной эффективности данной методики отсутствуют.

Знание различных методик лечения пациентов с заболеваниями ВНЧС помогает улучшить качество медицинской помощи. Использование современных методов диагностики позволяет уточнить и дополнить критерии оценки патологических изменений ВНЧС, усовершенствовать алгоритм обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС. Сонография позволяет уточнить и дополнить возможности диагностики патологических изменений ВНЧС.

Диагностическая значимость УЗИ при оценке дегенеративных изменений суставного диска выше, МРТ, т. к. данный метод имеет несколько большую информативную значимость (чувствительность – 94,4%, специфичность – 97,4%, общая точность – 96,8%, прогностическая ценность положительного результата – 89,4%, прогностическая ценность отрицательного результата – 98,6%).

Дегенеративные изменения суставов могут сопровождаться воспалительным процессом, о чём свидетельствуют выявление выпота жидкости в полости ВНЧС (по данным МРТ) и увеличение капсульно-суставного расстояния (по данным УЗИ). Ультразвуковое исследование ВНЧС достаточно информативно в диагностике дегенеративных и воспалительных заболеваний, внутренних нарушений, в выявлении травматических повреждений сустава (гемартроз, разрыв связок, капсулы, зоны прикрепления головок латеральной крыловидной мышцы, смещение и повреждение диска и т.д.) и околоуставных мягких тканей. Использовать УЗИ можно для первичной диагностики заболеваний ВНЧС. Его результаты позволяют составить план и оценить динамику проводимого лечения.

В последние годы широко используется артроскопия ВНЧС. Большие перспективы в данной области предоставляют методики нейромышечной стоматологии, такие как стимуляционная и интерференционная электромиография (ЭМГ) мышц челюстно-лицевой области, кинезиография [12,15,18,23,29,30].

Недостаточно эффективны диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава связаны с тем, что отдельные вопросы этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава остаются до конца не изученными, а имеющиеся данные зачастую носят противоречивый характер [1,10].

Методики кинезиографического и электромиографического исследования расширяют возможности малоинвазивной диагностики состояния зубочелюстного аппарата, а также способствуют эффективной коррекции протокола проводимого лечения с использованием окклюзионно-стабилизирующих аппаратов [21,22,27].

Применение малоинвазивных хирургических методик лечения, таких как артродентез с лаважем и артроскопическая хирургия ВНЧС, позволяет добиться значительной положительной динамики в лечении заболеваний ВНЧС у пациентов с аномалиями прикуса, может быть комплексным и проводиться с использованием предложенного алгоритма диагностики и лечения [3,13].

Комплексное обследование больных с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава должно включать обязательное исследование микрососудистого русла пародонта с использованием высокоинформативных функциональных методов исследования: реопародонтографии и лазерной доплеровской флоуметрии.

После проведения хирургических методик рекомендовано применение препаратов гиалуроновой кислоты,

которые способны восстанавливать смазочные свойства синовиальной жидкости в полости сустава [10].

В период подготовки пациента хирургической операции необходимо проведение ортодонтических мероприятий. Хирургические методы, направленные на устранение лицевой дисгармонии, деформаций челюстей и аномалий прикуса, является лишь одной из составных частей комплексной реабилитации таких пациентов, называемой ортогнатической хирургией. В последующем необходимо проведение ортопедического лечения.

Одним из важных условий стабильности ортопедического лечения больных с дисфункцией ВНЧС являются лечебные мероприятия, направленные на создание центрального положения головок нижней челюсти (НЧ) относительно суставной впадины височно-нижнечелюстного сустава – «центральное соотношение» [15]. Такого положения НЧ добиваются для предотвращения дисбаланса между жевательными мышцами [28] и достижения максимального фиссурно-бугоркового контакта при центральном соотношении [20].

Принципиальной основой ортопедических вмешательств в комплексном лечении заболеваний пародонта является устранение или ослабление травматической перегрузки пародонта за счет восстановления пространственного положения нижней челюсти и избирательного пришлифовывания зубов.

Многие авторы [5,15] считают, что лечение заболеваний ВНЧС должно быть комплексным, воздействующим на психоэмоциональное состояние больного, обмен веществ, мышцы, сустав и зубы. Особое место отводят ортопедическому вмешательству [12,19]. Ряд исследователей указывает на эффективность использования физиотерапевтических мероприятий при лечении больных с патологией ВНЧС: лазеротерапии [20], гнатотренинга и электростимуляции [13,14]; лечебной физкультуры и механотерапии [12,19]; озонотерапии. Однако сообщения об использовании методик массажа жевательных мышц при лечении больных с нейромускулярным и окклюзионно-артикуляционным синдромами встречаются весьма редко.

Сложность распознавания начальных стадий заболевания заключается в длительном отсутствии болевого синдрома. Боль при дисфункции ВНЧС может носить локальный характер, но часто иррадирует в ухо, висок, затылок, верхнюю и нижнюю челюсти, что затрудняет диагностику [14].

Для пациентов с аномалиями прикуса характерно значительное отличие позиции центрального соотношения от привычного прикуса. В таких случаях необходима коррекция положения нижней челюсти соответственно топографии элементов височно-нижнечелюстного сустава [17]. Однако морфофункциональное состояние ВНЧС у таких пациентов в большинстве случаев значительно отличается от физиологического. Известно, что зубочелюстные аномалии играют определённую роль в патогенезе заболеваний ВНЧС, но не всегда такая связь устанавливается.

Лечение пациентов с заболеваниями ВНЧС в сочетании с аномалиями прикуса должно быть комплексным и включать ортодонтическое лечение, медикаментозную терапию, лечебную гимнастику, ортопедическое лечение и хирургические методики.

Лечение пациентов с синдромом болевой дисфункции также остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии [21,22,27]. Большинство из предложенных методов лечения носит симптоматический, рекомендательный характер и не приносит ожидаемый эффект. Сложившаяся ситуация приводит к тому, что арсенал медикаментозных средств и других методов лечения пациентов с данным заболеванием постоянно увеличивается, что создает трудности при выбо-

ре тактики для практического врача [3]. Поэтому необходима разработка простых, но действенных способов лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции с учетом причинно-следственных механизмов развития заболевания.

Лечение пациентов с аномалиями прикуса должно быть комплексным. На первом этапе показана нормализация положения нижней челюсти в соответствии с оптимальным соотношением суставных элементов и медикаментозная терапия; на втором этапе при наличии клинических симптомов дисфункции – применение малоинвазивных хирургических методик лечения; на третьем этапе – ортодонтическое лечение, ортогнатическая хирургия или рациональное протезирование, направленное на закрепление конструктивного положения нижней челюсти.

Для повышения эффективности лечения пациентам с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава при наличии триггерных точек в мышцах целесообразно проводить магнитотерапию бегущим магнитным полем с помощью аппарата «АМО-АТОС-Э», а также применять компрессию этих зон [1,10].

Многие вопросы патологии ВНЧС остаются без ответа, так как отсутствует единое мнение об этиологии, патогенезе и методах лечения [11]. Сочетание различных симптомов при патологии ВНЧС, их непостоянство, затрудняют диагностику данной патологии и тактику лечения. В постановке правильного диагноза необходимо участие врачей различных специальностей: стоматологов, невропатологов, отоларингологов, рентгенологов, хирургов и психотерапевтов [16].

В научной литературе имеются отдельные публикации о состоянии «мягкотканых» структур ВНЧС при различных дефектах зубного ряда. Отсутствуют данные о способности суставного диска к регенерации, о метаболических процессах в полости рта, влияющих на состояние ВНЧС.

Полученные результаты позволили обосновать и усовершенствовать тактику лечения пациентов с заболеваниями ВНЧС, оптимизировать малоинвазивные методики хирургического лечения и соответственно усовершенствовать алгоритм лечения.

В результате проведенных исследований получены новые данные о возможности экспресс-диагностики заболеваний височно-нижнечелюстных суставов на первичном стоматологическом приеме и сравнительной эффективности различных методов, предложены показания к применению аппарата для компьютерного анализа данных электромиографии ВНЧС.

Знание различных методик лечения поможет улучшить качество помощи, оказываемой пациентам с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава. Использование в диагностике современных дополнительных методов позволяет иметь наиболее точное представление о патологических изменениях височно-нижнечелюстного сустава и соответственно разработать правильный алгоритм лечения. Использование предложенных хирургических методик делают лечение комплексным, более эффективным независимо от срока обращения пациента и степени выраженности внутрисуставных нарушений.

Литература

1. Арутюнов С.Д., Антоник М.М., Лебедеко И.Ю. Биомеханика зубчелюстной системы. – М., 2011. – 248 с.
2. Беглярова М.А. Вторичный миофасциальный болевой синдром при невралгии тройничного нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
3. Безруков В.М., Семкин В.А., Григорьянц Л.А. и др. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: Учеб. пособие. – М., 2002. – С. 48.
4. Бубёнова М.А. Иннервация сустава нижней челюсти // Сборник работ сотрудников кафедры нормальной анатомии и кафедры топографической анатомии Томского медицинского института. – Томск, 1985. – Т. 1. – С. 99-106.
5. Бугровецкая О.Г., Максимова Е.А., Ким К.С., Дифференциальная диагностика путей формирования постуральных нарушений при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Мануальная терапия. – 2016. – №1. – С. 3-13.
6. Гвасалия Л.В. Сравнительная оценка аппаратных методов диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 110 с.
7. Горожанкина Е.А. Особенности комплексного лечения пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с учетом сопутствующей депрессивной симптоматики. – М., 2005. С. 168.
8. Дергилев А.П., Сысолятин П.Г., Ильин А.А. Алгоритм лучевой диагностики заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава // Труды 7-го Всероссийского съезда стоматологов. – М., 2001. – С. 161-163.
9. Егоров П.М., Карапетян И.С. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина, 1986. – 128 с.
10. Иваничев Г.А. Мануальная терапия: Атлас. – М., 1997. – 448 с.
11. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Рыжак Г.А., Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста. – СПб: Спец. лит-ра, 2017. – 1959 с.
12. Козлов Д.Л., Вязьмин А.Я. Этиология и патогенез синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Сибирский мед. журн. – 2007. – №4. – С. 5-7.
13. Кузнецов А.Н. Принципы диагностики и обоснование хирургических методов лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012.
14. Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологии: теория и практика. – М., 2007. – С. 120.
15. Мингазова Л.Р. Клинико-физиологический анализ и лечение миофасциального болевого синдрома лица: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 25 с.
16. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М., 2002. – 158 с.
17. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 128 с.
18. Семкин В.А., Рабухина Н.А., Волков С.И. Патология височно-нижнечелюстных суставов. – М., 2011. – 167 с.
19. Сотникова М.В. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. – Смоленск, 2009. – 145 с.
20. Трезубов В.Н., Булычёва Е.А. Особенности комплексной терапии пациентов с височно-нижнечелюстными суставами и оценка её эффективности // Институт стоматологии. – 2000. – №4. – С. 14-18.
21. Фомичёв Е.В., Ярыгина Е.Н. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Помощь практ. врачу. – 2015. – Вып. 3 (55). – С. 133-135.
22. Щербак А.С., Мишнёв Л.М. Ортопедическая стоматология. Пропедевтика и основы частного курса: Учеб. для мед. вузов; Под ред. проф. В.Н. Трезубова. – СПб: Спец. лит-ра, 2001. – 480 с.
23. Berkovitz B.K., Pacy J. Ultrastructure of the human intra-articular disc of the temporomandibular joint // Europ. J. Orthod. – 2002. – Vol. 24, №2. – P. 151-158.
24. Jankelson B. Letter: A comparison of articulator mountings made with centric relation and myocentric position records // J. Prosthet. Dent. – 1974. – Vol. 1.
25. Jih C.H., Hal N.T., Lee S.K. Arthrographic evaluation of the internal derangements of temporomandibular joint // Kao Hsuing. I. Hsueh. Tsu. Chih. – 1991. – Vol. 7, №6). – P. 323-328.
26. Moller E. The chewing apparatus. An electromyographic study of the action of the muscles of mastication and its correlation to facial morphology // Acta Physiol. Scand. – 1966. – Suppl. 280. – P. 1-229.
27. Motoyoshi M., Kamijo K., Numata K. et al. Ultrasonic imaging of the temporomandibular joint: a clinical trial for diagnosis of internal derangement // J. Oral Sci. – 1998. – Vol. 40, №2. – P. 89-94.
28. Mosby E.L., Hiatt W.R. A technique of fixation of costochondral grafts for reconstruction of the temporomandibular joint // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1989. – Vol. 2.
29. Nickerson J.W., Moystad A. Observations on individuals with radiographic bilateral condylar remodeling // J. Craniomandibular Pract. – 1982. – Vol. 1, №1. – P. 20-37.
30. Reuben B., Laskin D. M. Electromyographic analysis of masticatory muscle activity in myofascial pain-dysfunction syndrome // J. Dent. Res. – 1977. – Vol. 56. – P. 232.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (АРТРИТЫ И АРТРОЗЫ)

Абдуллаев Ш.Ю., Исломхужаева Ф.Х.

Анализ литературы позволил оценить возможности экспресс-диагностики заболеваний височно-нижнечелюстных суставов на первичном стоматологическом приеме. Использование различных методик лечения поможет улучшить качество оказываемой помощи пациентам с забо-

леваниями височно-нижнечелюстного сустава. Дополнительные методы позволяют получить наиболее точное представление о патологических изменениях височно-нижнечелюстного сустава и разработать правильный алгоритм лечения. Благодаря применению новых хирургических методик лечение становится комплексным, эффективным независимо от срока обращения пациента и степени выраженности внутрисуставных нарушений.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, диагностика, лечение, артриты, артрозы, анкилоз.

