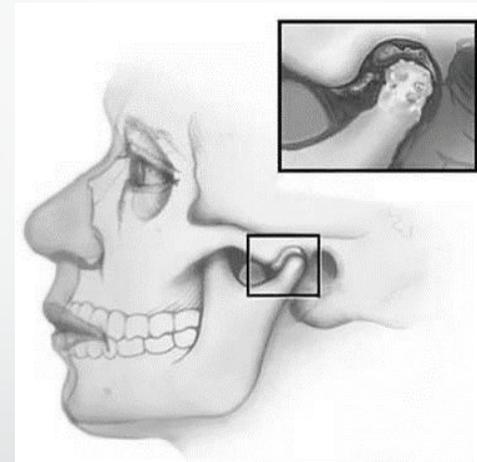


Частное учреждение образовательная
организация высшего образования
Медицинский университет "РЕАВИЗ"

Кафедра стоматологии

Презентация на тему: " Заболевание височно-нижнечелюстного сустава".



Выполнил: Обучающийся 423 группы очной
формы обучения. Фархатдинова А.А.

Проверил: ст. преподаватель Меленберг Т.В.

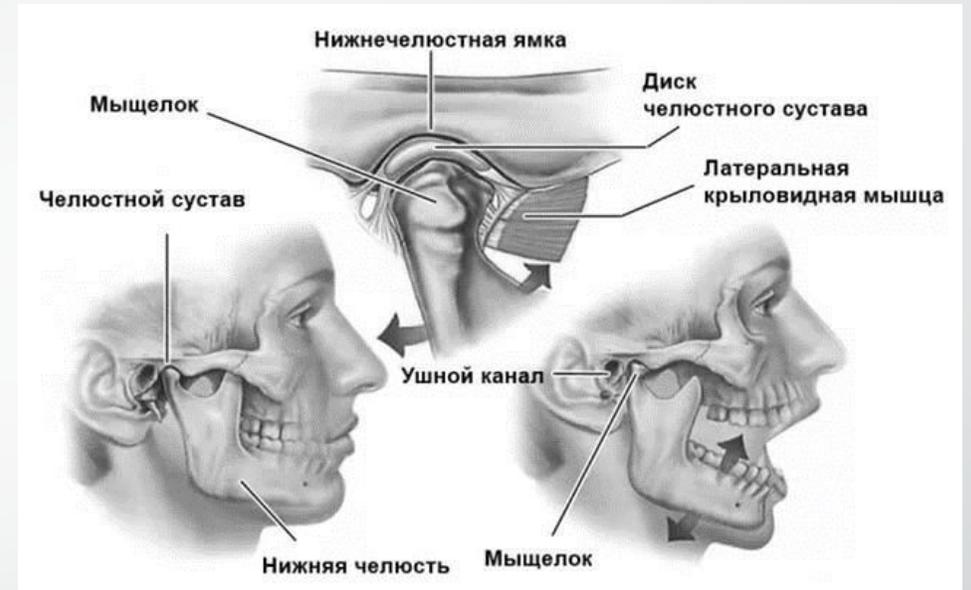
Самара 2017

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава

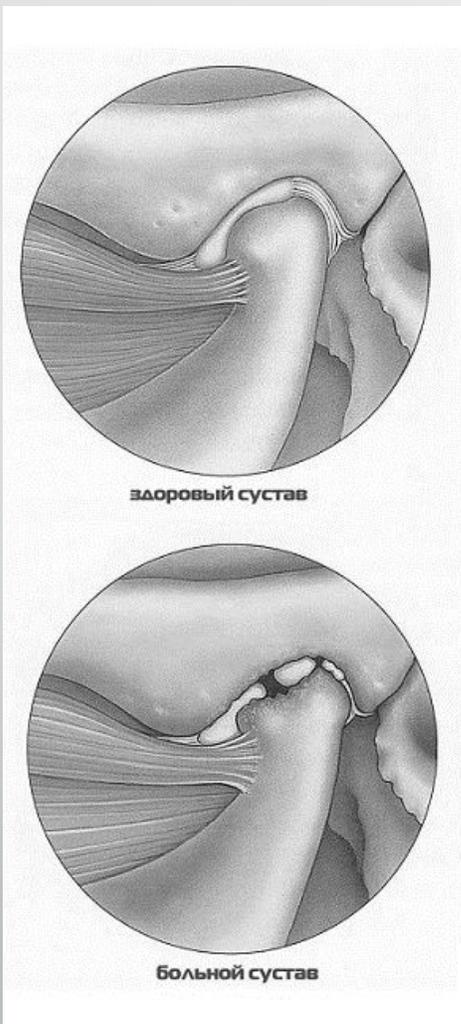
Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) нередки и многообразны. Наиболее распространенными являются артриты, артрозы и вывихи. Кроме того, встречаются патологические состояния сустава, являющиеся симптомами различных нервно-мышечных нарушений челюстно-лицевой области. В комплекс лечения этих заболеваний входит и ортопедическое.

Артроз

Артроз височно-нижнечелюстного сустава — хроническое заболевание, характеризующееся дистрофическими изменениями его хрящевой, костной и соединительной ткани.



Клиническая картина



Жалобы больных могут быть различными. Одни отмечают постоянную ноющую, тупую боль, усиливающуюся при нагрузке на сустав; другие предъявляют жалобы лишь на появление патологических шумов, хруст, крепитацию, щелканье. Некоторые больные жалуются на туго подвижность сустава, особенно по утрам, отмечают ограничение открывания рта, смещение нижней челюсти в сторону. Могут быть жалобы на разжевывание пищи лишь на одной стороне, так как жевание на противоположной стороне вызывает боли и неудобства. Заболевание начинается постепенно, в анамнезе могут быть: перенесенные воспалительные процессы в суставе, травмы, длительное отсутствие зубов, патологическая стираемость зубов, длительное пользование зубными протезами с неправильно восстановленной окклюзионной поверхностью зубных рядов, межальвеолярной высотой.



Отдельные больные возникновения заболевания сустава связывают с перенесенным гриппом и его осложнениями, с ревматизмом. При осмотре выявляются признаки, отмеченные больными, и симптомы, не нашедшие отражения при опросе. Следует помнить, что не все признаки нозологии встречаются одновременно у каждого больного. В результате осмотра лица могут быть выявлены: уменьшение высоты его нижнего отдела, на что указывают выраженные носогубные складки, западение губ, мацерация в углах рта; асимметрия лица вследствие смещения нижней челюсти в сторону пораженного сустава. Пальпаторно и при аускультации выявляются хруст, крепитация в суставе. Пальпация латеральной крыловидной мышцы обычно безболезненна.

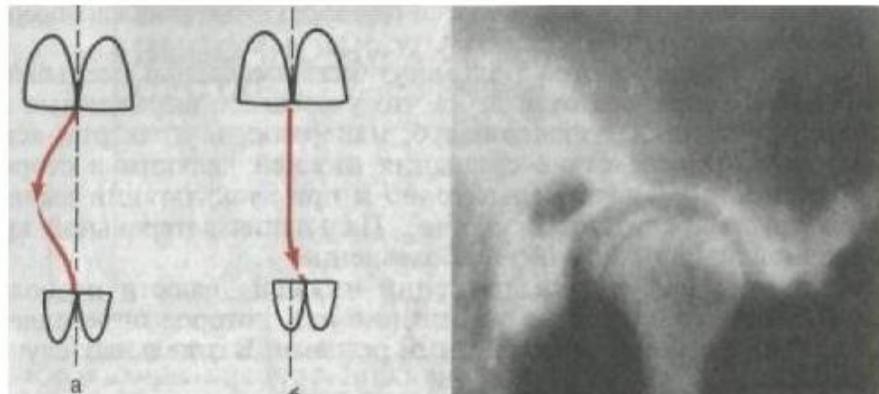


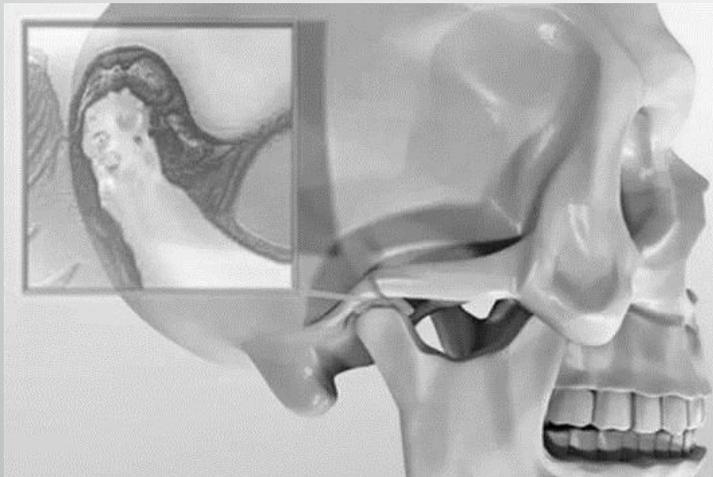
Рис. 178. Варианты перемещения резцовой точки при открывании рта у больных с артрозом височно-нижнечелюстного сустава. Объяснение в тексте.

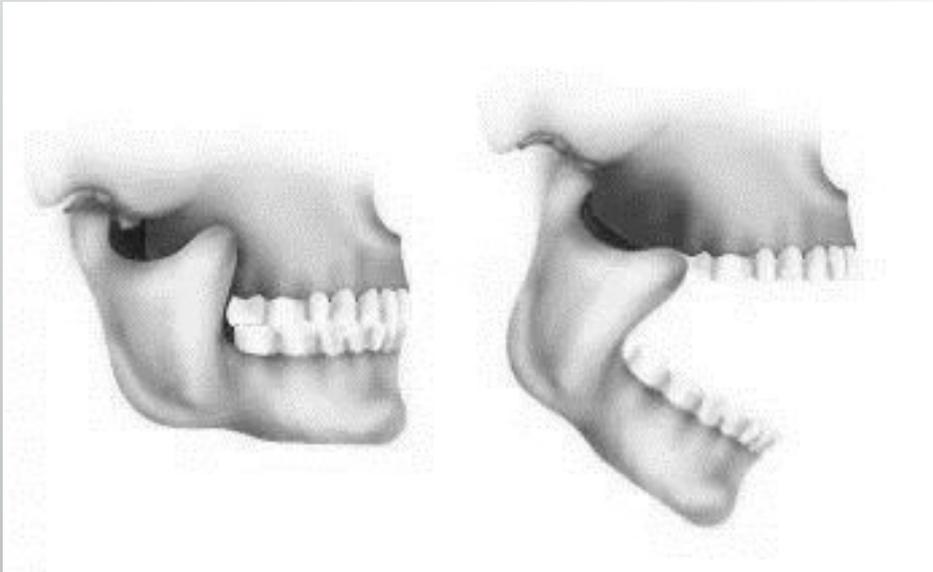
Рис. 179. Изменение формы головки нижней челюсти при артрозе височно-нижнечелюстного сустава.

Клиническая оценка движений нижней челюсти позволяет установить ограниченное открывание рта, которое определяется расстоянием между центральными резцами. В отдельных случаях оно может быть не более 0,5 см. Характерным нарушением движения нижней челюсти при артрозе является смещение ее в сторону при открывании рта, что выявляется при наблюдении за перемещением резцовой точки при открывании и закрывании рта. Здесь могут быть различные варианты: нижняя резцовая точка при открывании рта образует кривую, но в конце устанавливается в одной линии с верхней резцовой точкой (рис. 178, а); нижняя резцовая точка при открывании рта перемещается без отклонений, лишь в конце открывания рта смещается в сторону (рис. 178, б).

Этиология и патогенез

Артроз ВНЧС могут вызвать причины общего и местного характера. К общим следует отнести обменные, нейродистрофические, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания; к местным относятся: длительно текущий воспалительный процесс в суставе; чрезмерная нагрузка на суставную поверхность головки нижней челюсти, которая может быть связана с нервно-мышечным расстройством челюстно-лицевой области, например, с бруксизмом; с отсутствием зубов, особенно боковых, деформацией окклюзионной поверхности зубного ряда и патологической стираемостью. Указанные факторы могут сочетаться между собой. Так, бруксизм, проявляющийся скрежетанием зубами во время сна, сочетается с патологической стираемостью, которая, снижая межальвеолярную высоту и деформируя окклюзионную поверхность зубного ряда создает неблагоприятные условия для функционирования сустава.

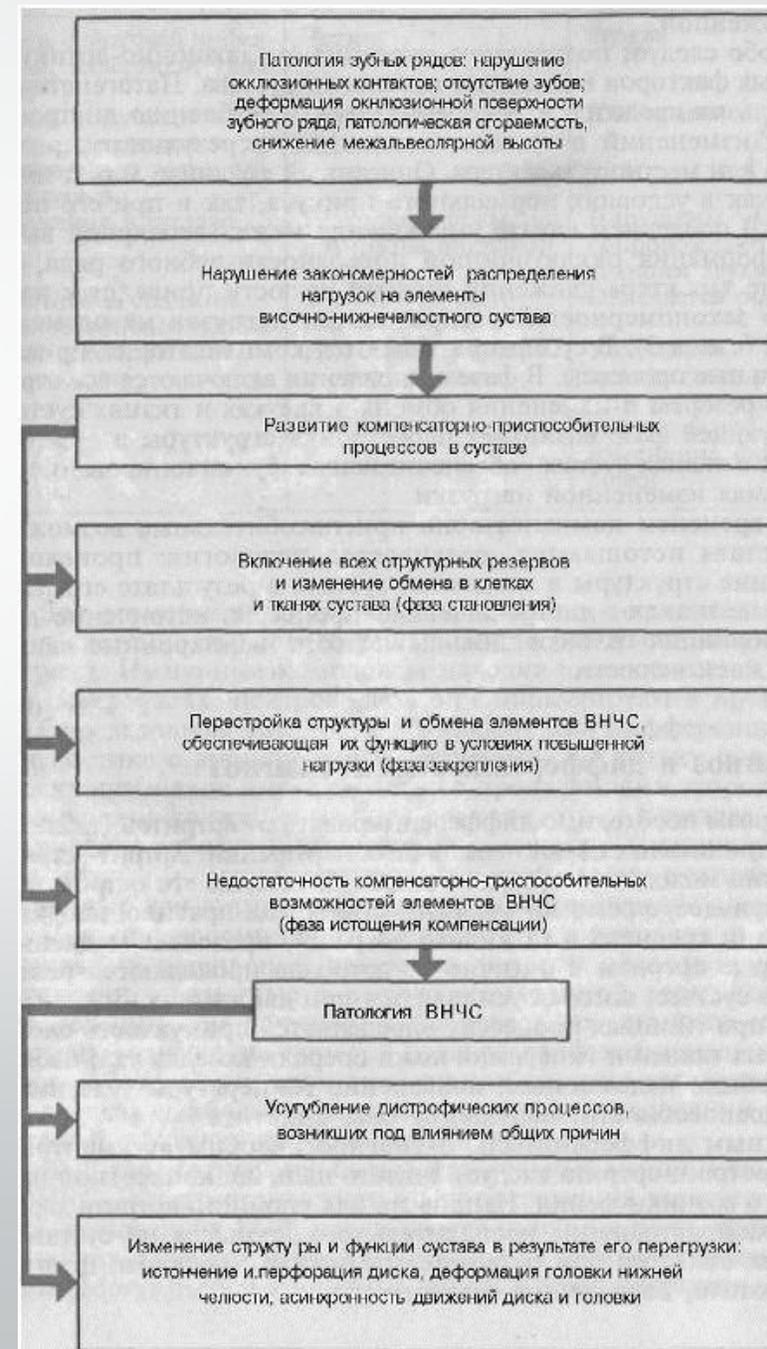




Дистрофические процессы в суставе могут развиваться в результате влияния общих и местных факторов — нарушения как клеточных, так и внеклеточных механизмов, обеспечивающих трофику. Общий механизм развития артроза ВНЧС состоит в том, что постепенно хрящ, покрывающий суставную поверхность головки мышцелкового отростка, подвергается дистрофии, местами исчезает; дистрофические процессы могут привести к перфорации диска.

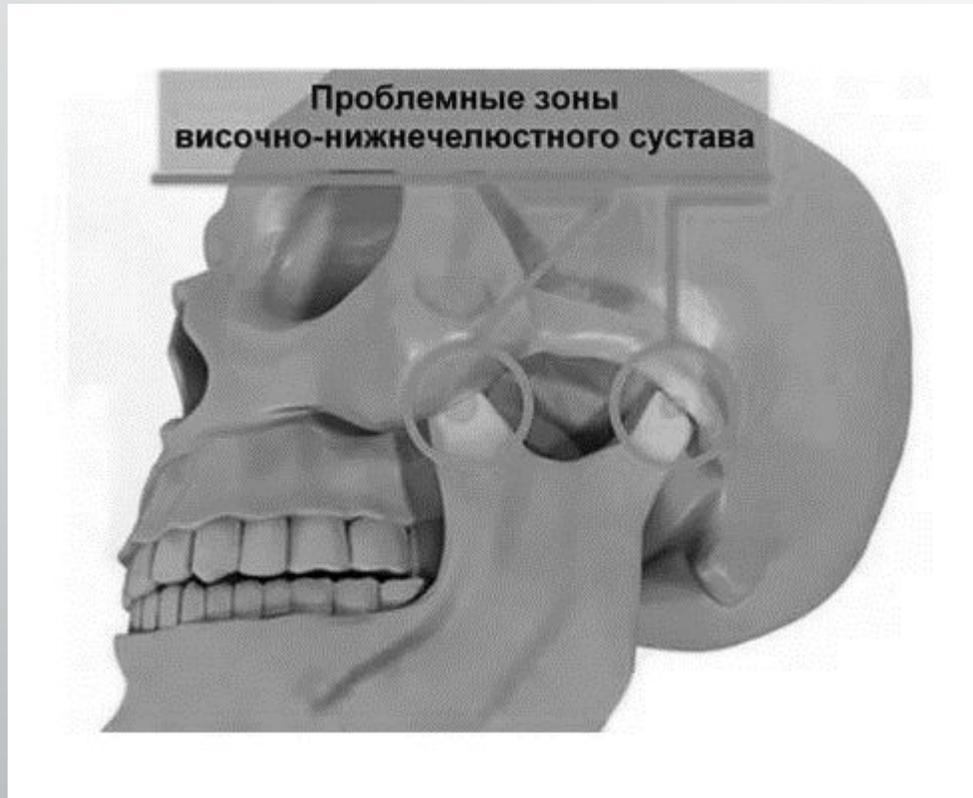
Схема 3

Влияние патологии зубных рядов в возникновении артрозов височно-нижнечелюстного сустава.





В кости отмечаются явления перестройки, иногда с избытком костеобразования; головка деформируется — становится крючковидной или булавовидной. Регенерация хряща бывает слабовыраженной. Особо следует подчеркнуть значение окклюзионно-артикуляционных факторов в развитии патологии сустава. Патогенетическая роль их сводится к ускорению или усугублению дистрофических изменений в суставе, возникших в результате причин общего или местного характера. Описанный механизм может иметь место как в условиях нормального прикуса, так и при его патологии. В последнем случае уменьшение межальвеолярной высоты, деформация окклюзионной поверхности зубного ряда, изменение характера движений нижней челюсти приводят к нарушению закономерностей распределения нагрузок на элементы сустава (**схема 3**).



В суставе развиваются компенсаторно-приспособительные процессы. В фазе становления включаются все структурные резервы и изменения обмена в клетках и тканях сустава. В следующей фазе возникает перестройка структуры и обмена в клетках и тканях сустава, обеспечивающая функционирование его в условиях измененной нагрузки. Со временем компенсаторно-приспособительные возможности сустава истощаются, развивается патология: происходит изменение структуры в элементах сустава в результате его перегрузки, возникают дистрофические процессы, истончение диска, деформация головки нижней челюсти, асинхронные движения нижней челюсти.

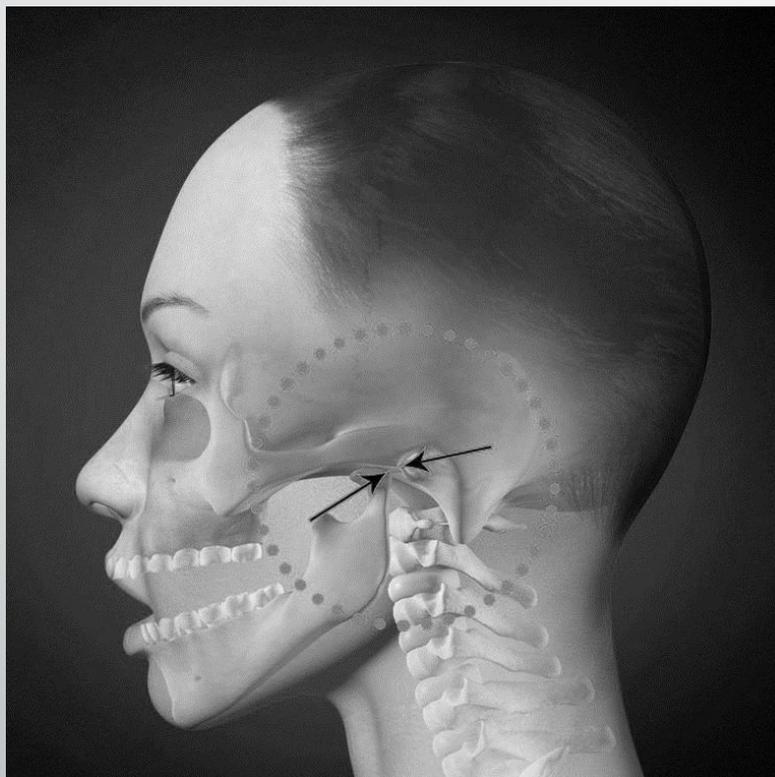
Диагноз и дифференциальный диагноз

Артрозы необходимо дифференцировать от артритов (**табл. 10**). и функциональных нервно-мышечных нарушений. Артрит встречается у лиц молодого и среднего возраста, течение его острое, прогрессирующее, с резкими болями. Артроз, как правило, наблюдается у лиц среднего и пожилого возраста, протекает медленно. Острые артриты в отличие от артрозов проявляются резкой болью в суставе, которая усиливается при движениях нижней челюсти; при гнойных процессах определяется припухлость околоуставных тканей и гиперемия кожи впереди козелка уха; наблюдается общее недомогание, повышение температуры тела, потеря трудоспособности, нарушение сна, аппетита. Важным дифференциально-диагностическим аргументом в пользу острого артрита следует считать наличие конкретной причины его возникновения. Например, для гнойного артрита характерно распространение воспалительного процесса на сустав из соседних областей при остеомиелите нижней челюсти, флегмоне, паротите, воспалении среднего уха.

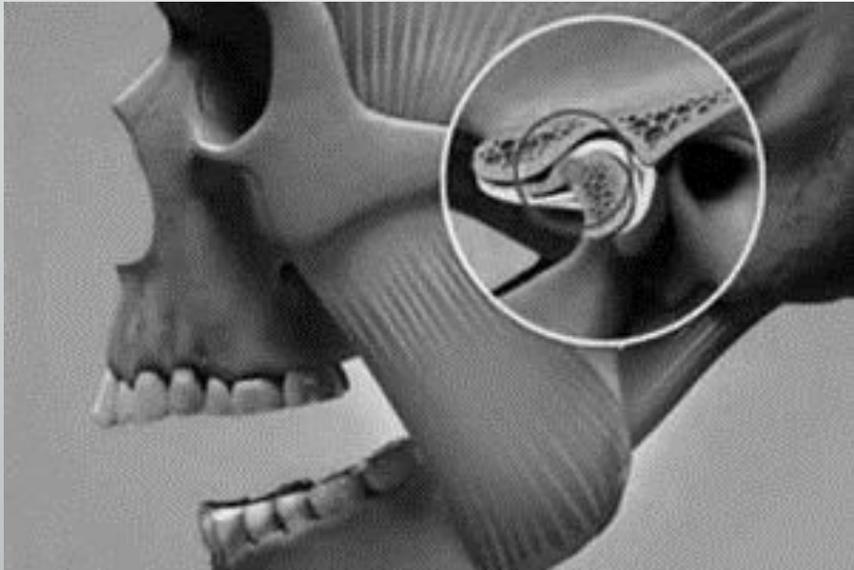
Таблица 10.

Дифференциально-диагностические признаки артрита и артроза

Признаки	Артрит	Артроз
Связь с очаговой инфекцией, аллергией, травмой	Четкая	Редкая
Связь с функциональной перегрузкой в результате патологии зубных рядов	Редкая	Как правило
Движения в суставе	Резко нарушены, возможны анкилозы	Нарушены умеренно, сопровождаются щелкающим звуком
Местное воспаление околосуставных тканей	Отмечается часто	Отмечается редко
Рентгенологические изменения	Изменения размеров суставной щели	Уплотнение головки, экзофитные разрастания на суставной головке нижней челюсти, изменение формы головки



Для ревматоидного артрита характерными признаками являются системность заболевания, наличие ревматоидного фактора в крови. Иммуные комплексы находят в синовиальной жидкости, макрофагах, нейтрофилах; они циркулируют в крови. Определенные трудности возникают при дифференциальной диагностике с хроническими артритами, поскольку ряд клинических признаков имеет сходство с проявлениями артроза: боли, ограничения движения нижней челюсти, хруст в суставе. Однако по течению заболевания можно их различить. Хроническое течение артрита может обостриться, и в этой стадии появляются характерные для артрита ноющие, колющие, стреляющие боли.



При дифференциальной диагностике артрозов и нервно-мышечных нарушений челюстно-лицевой области возникают трудности, связанные с отсутствием единой терминологии в определении этих нарушений. Из известных терминов «синдром Костена», «мышечно-лицевой болевой дисфункциональный синдром», «болевого синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава» наибольшее признание получил последний термин, который сокращенно обозначается БСД. БСД характеризуется болью жевательных мышц и щелканьем в ВНЧС. Эти симптомы часто носят преходящий характер. У больных, страдающих БСД, наблюдаются головные боли, частой причиной их является напряжение мышц в щечно-затылочной области. Могут быть и атипичные лицевые боли, невралгии.

Ограничения движений нижней челюсти, как правило, связаны с повышением тонуса и скованностью мышц.

Отдельные больные предъявляют жалобы на шум в ушах, нарушение слуха, чувство давления и закладывания ушей.

Определенное дифференциально-диагностическое значение имеет характер шумов, возникающих в суставе при артрозе и БСД.

При артрозе происхождение их главным образом связано с трением деформированных поверхностей головки и суставного диска и поэтому преобладают крепитация и хруст.

Для БСД характерно щелканье, вероятной причиной которого является повышение тонуса латеральной крыловидной мышцы.

Механизм возникновения щелканья в суставе при спастических сокращениях латеральной крыловидной мышцы можно представить следующим образом. Например, на фоне нормального функционирования нижней челюсти в фазе передней окклюзии в силу какого-то фактора, например стресса, наступил спазм латеральной крыловидной мышцы.

Допустим, что в этот момент головка нижней челюсти и диск находились на скате суставного бугорка (**рис. 180**).

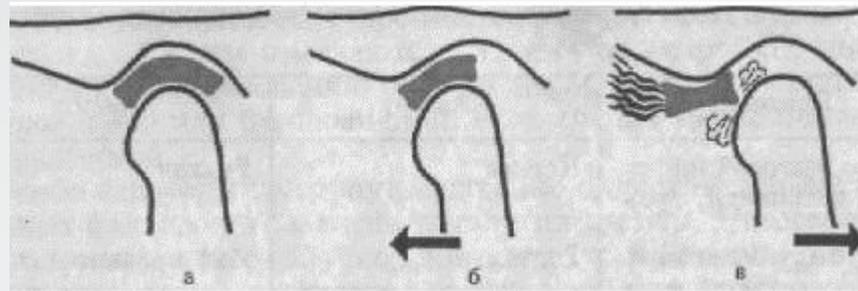
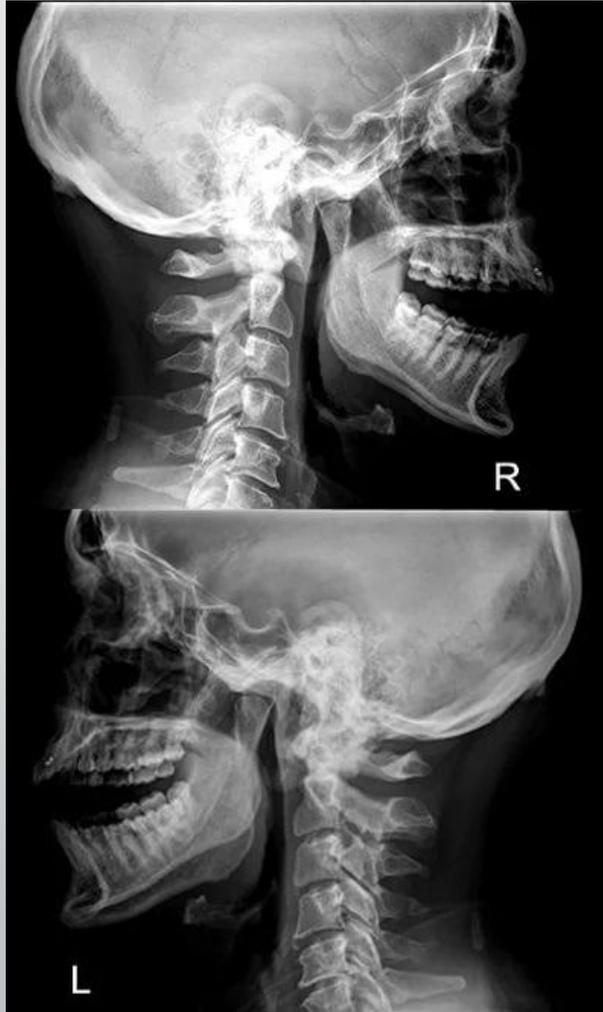


Рис. 180.

Механизм возникновения щелканья в суставе при спастических сокращениях латеральной крыловидной мышцы. Объяснение в тексте.

При возврате нижней челюсти головки смещаются назад, а диски удерживаются в переднем положении за счет спазма латеральных крыловидных мышц. На пути движения головок возникает препятствие — задний полюс дисков, в момент преодоления которого возникает щелкающий звук. Условно это щелканье можно назвать заднеполюсным при закрывании. Если в этот момент быстро открыть рот, то щелканье может вновь возникнуть при преодолении заднего полюса (заднеполюсное щелканье при открывании). В этот момент возможна блокировка движения нижней челюсти, если головка не сможет преодолеть задний полюс диска.

Диагноз и дифференциальный диагноз

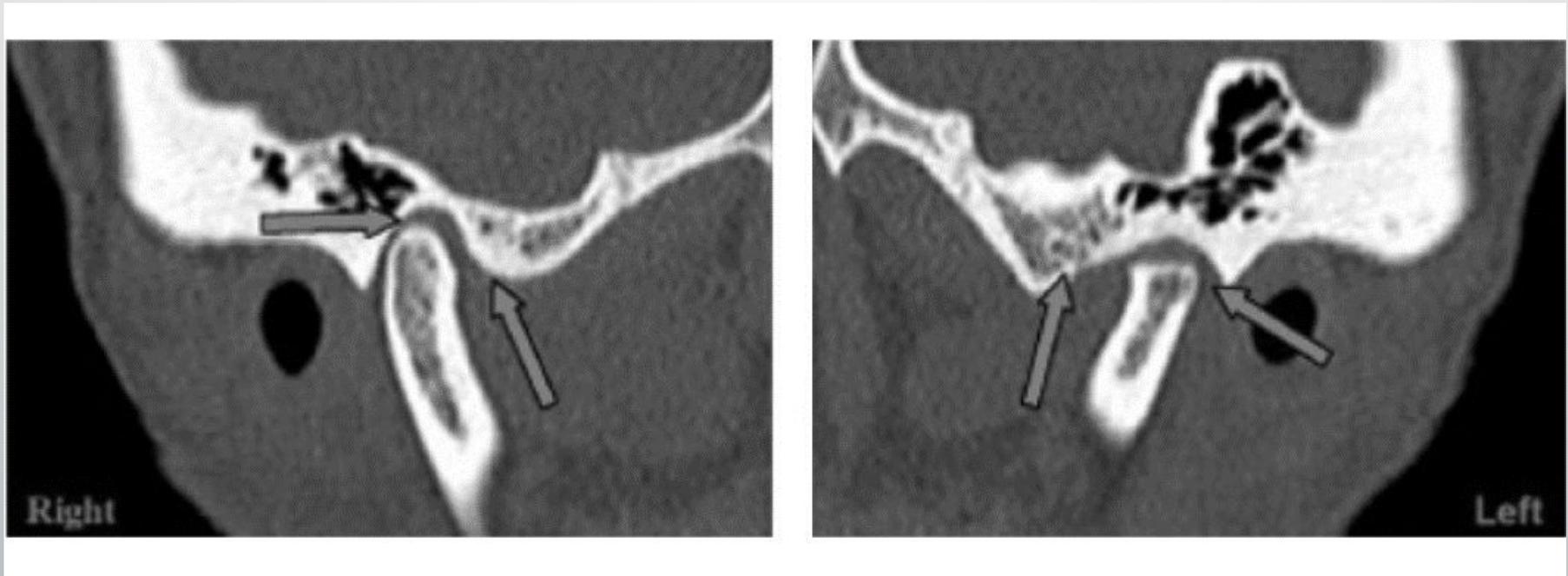


Отличать артрозы от нервно-мышечных нарушений помогают пальпация и рентгенография сустава. При БСД пальпация жевательных мышц, в том числе и латеральной крыловидной мышцы, болезненна, рентгенологическая картина без изменений. Дифференцировать артрозы от БСД позволяют также результаты электромиографических исследований, которые показывают усиление биопотенциалов мышц при покое. Мышечный характер боли можно установить с помощью диагностической анестезии. При артрозе ВНЧС блокада двигательных ветвей тройничного нерва по способу Егорова и Карапетяна не снимает боли и не улучшает открывание рта. При БСД после блокады боль уменьшается или прекращается, улучшается подвижность нижней челюсти.

Диагноз и дифференциальный диагноз

Деформирующие артрозы с экзостозами следует дифференцировать от кондиллярной гиперплазии, хондромы, остеохондромы.

Окончательно различить эти патологические состояния удастся после удаления опухоли по результатам гистологического исследования послеоперационного материала.



Лечение



Лечение артрозов комплексное. По показаниям применяются медикаментозные, физические, ортопедические и хирургические методы лечения. Врачу-ортопеду необходимо правильно определить цель, содержание, объем и последовательность ортопедических стоматологических вмешательств в этом комплексе лечебно-профилактических мероприятий. Целью ортопедических вмешательств при артрозах ВНЧС является устранение факторов, вызывающих перегрузку элементов сустава. Снятие травматической перегрузки элементов ВНЧС достигается за счет нормализации формы и функции зубов, зубных рядов, их взаимоотношений.



Ортопедические методы лечения, применяемые для этих целей, могут быть разделены на следующие группы: **1)** нормализующие окклюзионные контакты; **2)** нормализующие соотношения зубных рядов; **3)** восстанавливающие анатомическую целостность зубов и зубных рядов; **4)** нормализующие движения нижней челюсти. Объектом вмешательства при применении первой группы методов лечения являются зубы, их окклюзионная поверхность; второй группы — зубные ряды; третьей — зубы, зубные ряды, протезное ложе, протез и их взаимоотношения; четвертой — мышцы, сустав, нижняя челюсть. Ортопедические методы следует применять на фоне медикаментозных воздействий. При лечении больных с артрозами, у которых имеются нарушения окклюзионных контактов, показано избирательное пришлифовывание зубов.



Терапевтический эффект достигается за счет устранения контактов зубов, нарушающих согласованную функцию суставов и нервно-мышечного аппарата. Избирательное пришлифовывание зубов позволяет устранить ограничивающие плавное скольжение зубов препятствия и нарушенную направляющую функцию зубов, а также создать окклюзионные контакты, обеспечивающие гармоничное взаимодействие всех элементов зубочелюстной системы, в том числе и сустава.

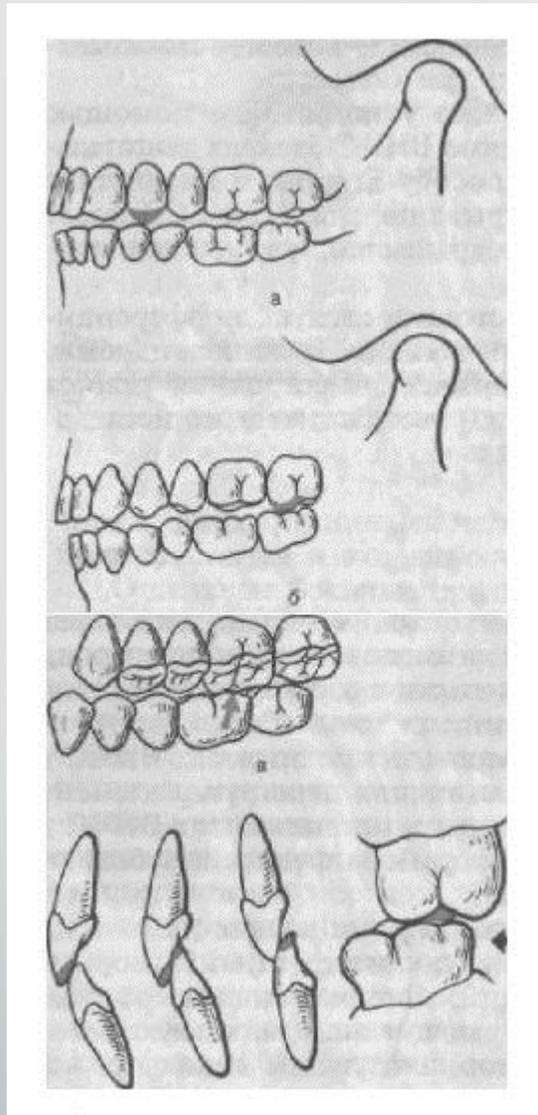
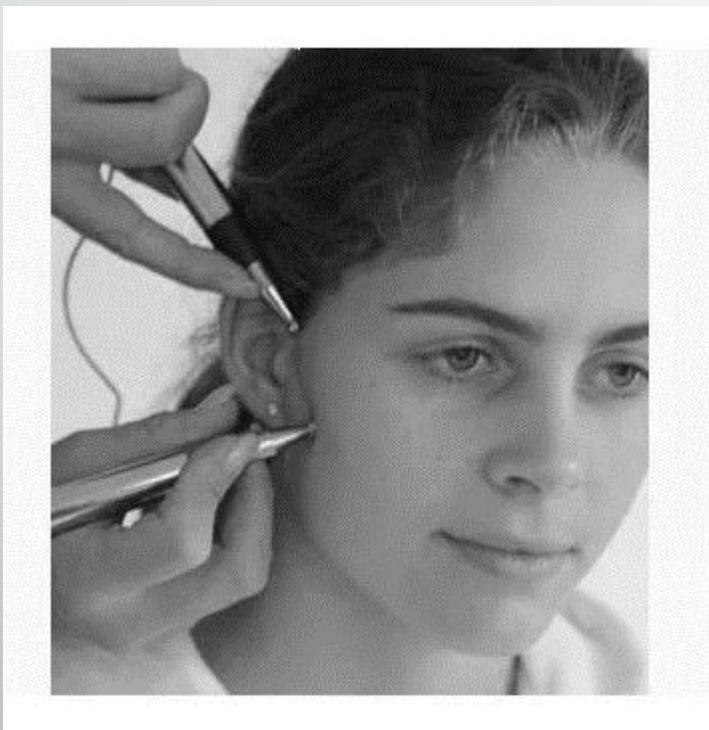


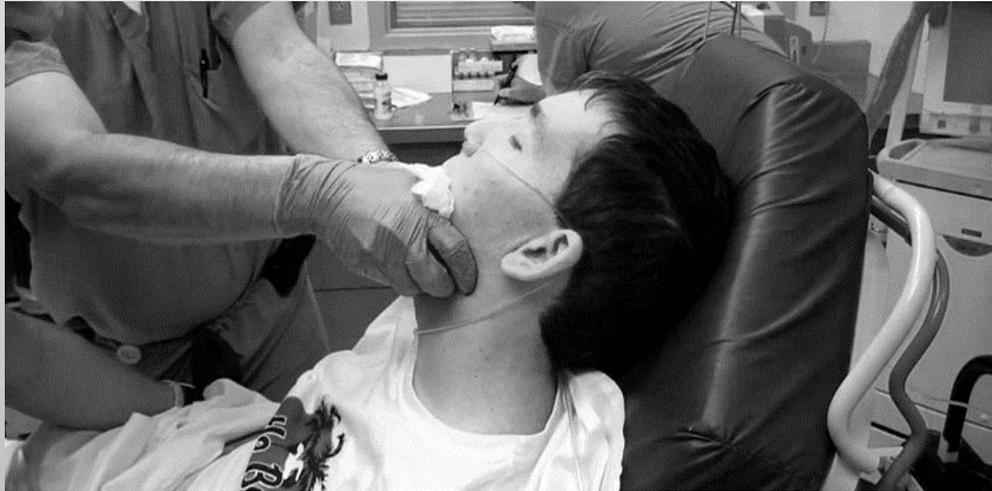
Рис. 181.

Типичные преждевременные окклюзионные контакты, подлежащие устранению путем избирательного пришлифовывания зубов.

Перед проведением избирательного пришлифовывания зубов больному необходимо объяснить необходимость и безвредность этого вмешательства. Избирательное пришлифовывание зубов предусматривает устранение преждевременных контактов, выявленных при центральном соотношении челюстей, центральной, передней и боковых окклюзиях (**рис. 181**). При центральном соотношении челюстей у больных с интактными зубными рядами наиболее часто приходится устранять преждевременный контакт между небным бугорком первого верхнего моляра и щечным бугорком первого нижнего премоляра.



В положении центральной окклюзии может возникнуть необходимость устранения значительно большего количества преждевременных контактов зубов: между вестибулярными скатами небных бугорков верхних моляров, премоляров и оральными скатами щечных бугорков одноименных нижних зубов; между вестибулярными скатами щечных бугорков нижних моляров, премоляров и оральными скатами щечных бугорков верхних одноименных зубов; между вестибулярной поверхностью передних нижних зубов и небной поверхностью верхних; между скатами небных бугорков верхних моляров, премоляров и вестибулярными скатами язычных бугорков нижних одноименных зубов.



Устранением перечисленных преждевременных контактов достигается одновременный двусторонний множественный контакт между зубами в положении центральной окклюзии, что имеет важное значение для нормального функционирования ВНЧС. Избирательным пришлифовыванием при передней окклюзии устраняют преждевременные контакты, возникающие между передними зубами, и контакты боковых зубов, препятствующие плавному и симметричному скольжению нижнего зубного ряда по верхнему при переходе из центральной в переднюю окклюзию.



Устранение преждевременных контактов на рабочей и балансирующих сторонах, возникающих при боковой окклюзии, также предусматривает создание плавных, беспрепятственных скольжений. В результате проведенной процедуры на рабочей стороне возникает контакт одноименных бугорков зубов-антагонистов, а на балансирующей стороне — разобшение или контакт разноименных бугорков зубов. При таком виде контактов исключается перегрузка сустава при боковых движениях нижней челюсти, что очень важно для снижения интенсивности дистрофических процессов в суставе, наблюдающихся при артрозах. Следующим ортопедическим мероприятием, направленным на создание благоприятных условий для функционирования сустава, является нормализация формы зубных рядов. Она достигается путем устранения по показаниям аномалий и деформаций зубных рядов ортодонтическими способами, а также путем восстановления окклюзионных взаимоотношений искусственными коронками, мостовидными протезами, бюгельными протезами.



Очень важно правильно восстановить межальвеолярную высоту, орму и величину бугорков и бороздок окклюзионной поверхности зубов. Восстановленная форма окклюзионной поверхности бов не должна создавать преждевременные контакты при всех видах окклюзии и вызывать перегрузку тканей сустава. При планировании ортопедических мероприятий необходимо предусматривать нормализацию положения суставных головок в суставных ямках. Это достигается применением съемных и несъемных аппаратов: пластмассовая каппа на зубной ряд нижней или верхней челюсти; накусочная пластинка на весь зубной ряд или на боковые зубы; небная пластинка с наклонной плоскостью; коронковые или капповые аппараты с наклонной плоскостью; ограничители открывания рта.

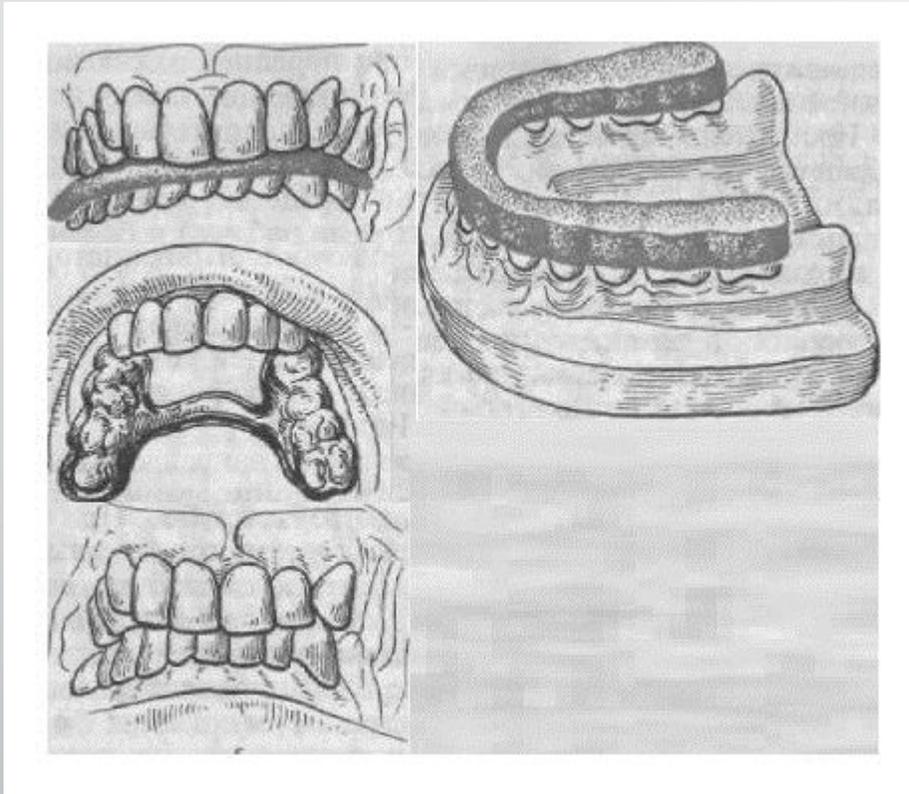


Рис. 182. Ортопедические аппараты и зубные протезы, применяемые при лечении артрозов височно-нижнечелюстного сустава. а — съемная пластмассовая каппа на нижний зубной ряд (вид в полости рта); б — съемная пластмассовая каппа на нижний зубной ряд (вид на модели); в — бюгельный протез с литой окклюзионной поверхностью; г — смыкание зубных рядов после протезирования.

Протетические мероприятия при артрозах ВНЧС проводят также по показаниям, особенности конструкции зубных протезов и этапность лечения зависят от клинических особенностей заболевания. При снижающемся прикусе, патологической стираемости зубов протезированию предшествует нормализация межальвеолярной высоты и положения нижней челюсти при помощи пластмассовой каппы на зубной ряд. Правильность определения межальвеолярной высоты, следовательно, и положения головок нижней челюсти в суставной ямке следует контролировать рентгенологически в процессе изготовления пластмассовой каппы.



Обычно после 2—4-месячного пользования аппаратом исчезают боли и неудобства, что свидетельствует об окончательной адаптации нейромышечного аппарата, вновь сформированной межальвеолярной высоте. После этого проводится протезирование (**рис. 182**). Мероприятия, нормализующие движения нижней челюсти, кроме перечисленных выше ортопедических вмешательств (избирательная пришлифовка зубов, восстановление формы окклюзионной поверхности зубного ряда, протезирование), включают комплекс упражнений, направленных на восстановление координации функции жевательных мышц. В зависимости от характера нарушения движений нижней челюсти показаны различные упражнения.



ИСТОЧНИК

Ортопедическая стоматология. Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора В.Н.Копейкина, профессора М.З.Миргазизова 2012 год

Хирургической стоматологии: Учебник/Под ред. Т.Г. Робустовой; Медицина, 2015г.

Хирургическая стоматология / Баженов. 2016г.



Спасибо за внимание !!!!