

Министерство Здравоохранения Украины  
Запорожский Государственный Медицинский Университет

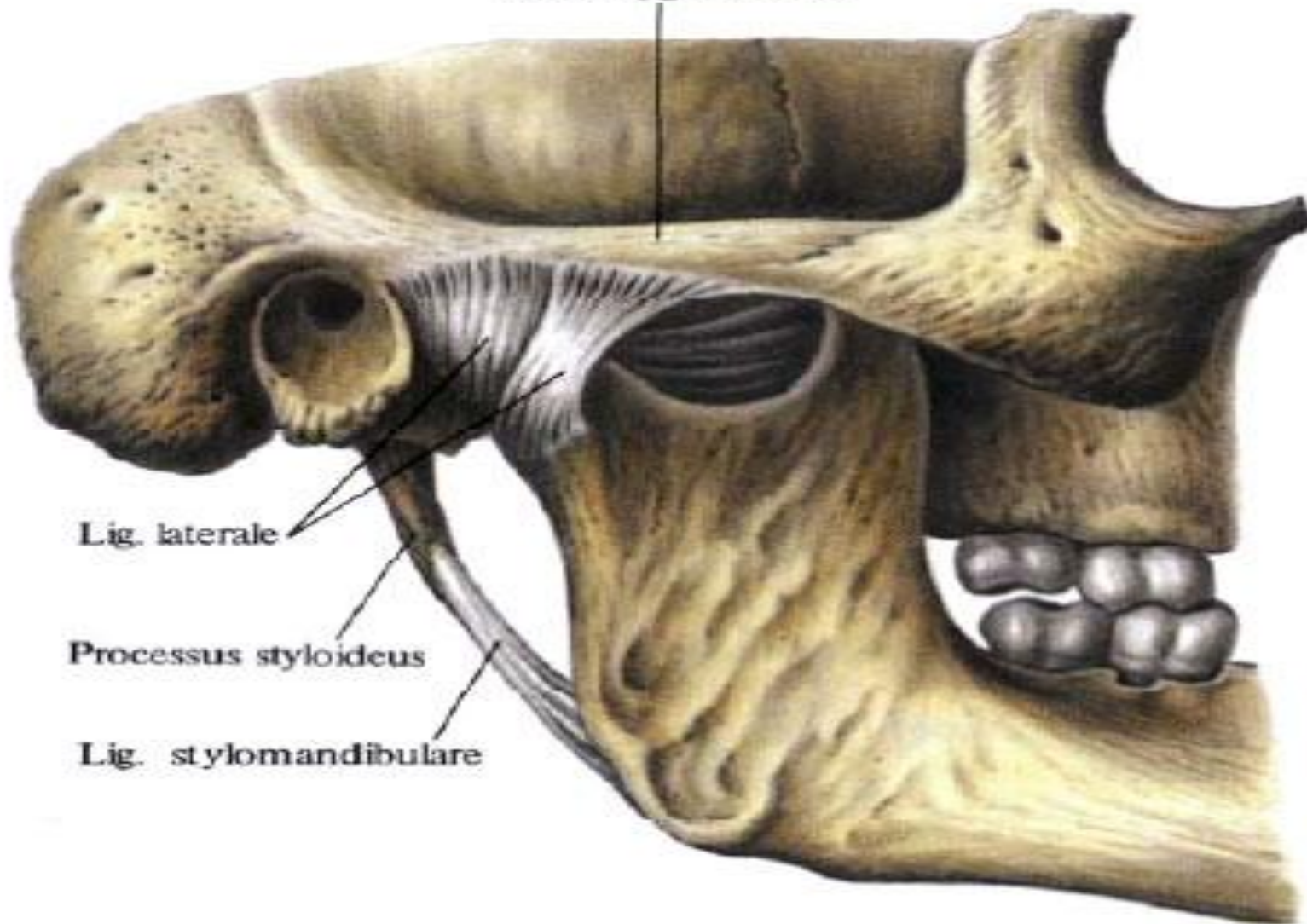
**Доклад на тему:  
Туберкулёз височно-  
нижнечелюстного сустава**

**Подготовил: студент 4 курса медицинского факультета специальность  
стоматология  
Мацебурка В.А.**

Височно-нижнечелюстной сустав, *articulatio temporomandibularis*.

правый, вид спереди

*Arcus zygomaticus*



*Lig. laterale*

*Processus styloideus*

*Lig. stylomandibulare*

Выполнил: Студент 4 курса, 1-го медицинского факультета, 1с группы, Мацебурка Виктор Александрович.

# ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудитель туберкулеза, открытый в 1882 г. Koch, относится к классу порядку Actinomycetales, семейству роду Большинство видов относятся к сапрофитным микробам. Группа облигатных паразитов среди МБТ незначительна и представлена пятью видами, которые образуют группу *Mycobacterium tuberculosis complex*:
  - *M. tuberculosis* — человеческий тип, вызывающий 80—85% всех заболеваний туберкулезом у людей;
  - *M. tuberculosis bovis* — бычий тип, вызывающий 10—15% всех заболеваний у людей (исходно устойчивый к пиразинамиду);
  - *M. tuberculosis bovis BCG* — вакцинный штамм;
  - *M. tuberculosis africanus* — африканский тип, вызывающий до 90% заболеваний у людей Южной Африки (исходно устойчивый к тиацетазону);
  - *M. tuberculosis microti* — мышинный тип, вызывающий заболевание у полевых мышей и редко у человека.

# Патогенез

- Взаимодействие [Mycobacterium tuberculosis](#) Взаимодействие *Mycobacterium tuberculosis* с организмом человека начинается при попадании возбудителя в легкие. Хотя большинство [микобактерий](#) Взаимодействие *Mycobacterium tuberculosis* с организмом человека начинается при попадании возбудителя в легкие. Хотя большинство микобактерий задерживается в верхних дыхательных путях и удаляется мерцательным эпителием, некоторые из них (как правило, менее 10%) достигают альвеол. Там [микобактерии](#) захватываются альвеолярными макрофагами. События, которые происходят дальше (макрофаги либо сдерживают размножение микобактерий, либо нет), определяются соотношением между бактерицидной активностью

- макрофаги макрофаги либо подавляют процесс размножения микобактерий макрофаги либо подавляют процесс размножения микобактерий благодаря выработке протеаз и ЦИТОКИНОВ макрофаги либо подавляют процесс размножения микобактерий благодаря выработке протеаз и цитокинов , либо им это не удастся, и микобактерий начинают размножаться. В последнем случае наблюдаются гибель и лизис макрофагов. Моноциты макрофаги либо подавляют процесс размножения микобактерий благодаря выработке протеаз и цитокинов , либо им это не удастся, и микобактерий начинают размножаться. В последнем случае наблюдаются гибель и лизис макрофагов. Моноциты , выходящие из кровотока под влиянием факторов хемотаксиса , захватывают освобожденные из разрушенных макрофагов микобактерий. Этот начальный этап взаимодействия микобактерий с макроорганизмом, как правило, протекает бессимптомно.
- Через 2-4 нед после заражения начинается следующий этап взаимодействия микобактерий с макроорганизмом. При этом наблюдаются два

- Реакция активации макрофагов сводится к приобретению макрофагами способности убивать и разрушать микобактерий, то есть к развитию [клеточного иммунитета](#) . Обе реакции способны затормозить размножение микобактерий. Тем не менее от соотношения между ними зависит форма развития туберкулезной инфекции.
- С развитием иммунитета и накоплением в первичном очаге большого количества активированных макрофагов формируется туберкулезная [гранулема](#) С развитием иммунитета и накоплением в первичном очаге большого количества активированных макрофагов формируется туберкулезная гранулема . Гранулемы состоят из лимфоцитов и активированных макрофагов, то есть [эпителиоидных](#) С развитием иммунитета и накоплением в первичном очаге большого количества активированных макрофагов формируется туберкулезная гранулема . Гранулемы состоят из лимфоцитов и активированных макрофагов, то есть эпителиоидных и [гигантских клеток](#) С развитием иммунитета и накоплением в первичном очаге большого количества активированных макрофагов формируется туберкулезная гранулема . Гранулемы состоят из лимфоцитов и активированных макрофагов, то есть эпителиоидных и гигантских клеток . Сначала реакция повреждения ткани представляет собой единственный заслон для размножения микобактерий. Запускаемая различными компонентами самих

- Далее ведущую роль приобретает реакция активации макрофагов. У большинства инфицированных постепенно развивается клеточный иммунитет Далее ведущую роль приобретает реакция активации макрофагов. У большинства инфицированных постепенно развивается клеточный иммунитет : альвеолярные макрофаги представляют бактериальные антигены Т-лимфоцитам, и те начинают вырабатывать интерферон гамма Далее ведущую роль приобретает реакция активации макрофагов. У большинства инфицированных постепенно развивается клеточный иммунитет : альвеолярные макрофаги представляют бактериальные антигены Т-лимфоцитам, и те начинают вырабатывать интерферон гамма и другие цитокины Далее ведущую роль приобретает реакция активации макрофагов. У большинства инфицированных постепенно развивается клеточный иммунитет : альвеолярные макрофаги представляют бактериальные антигены Т-лимфоцитам, и те начинают вырабатывать интерферон гамма и другие цитокины , активирующие макрофаги Далее ведущую роль приобретает реакция активации макрофагов. У большинства инфицированных постепенно развивается клеточный иммунитет : альвеолярные макрофаги представляют

- Изредка, когда реакция активации макрофагов недостаточна, единственным способом сдержать размножение микобактерий остается усиление реакции повреждения ткани. Очаг поражения расширяется, захватывая окружающие ткани. Казеозные массы, расположенные в центре гранулемы, расплавляются. Стенки бронхов и сосудов также вовлекаются в патологический процесс и разрушаются. В ткани легкого формируются полости - каверны . Жидкие казеозные массы, содержащие большое количество возбудителя, изливаются в просвет бронхов. Микобактерии бурно размножаются в кавернах и, если попадают в дыхательные пути, вместе с мокротой выделяются во внешнюю среду.



- На ранних стадиях заболевания микобактерии вместе с макрофагами обычно попадают в регионарные лимфоузлы, а оттуда разносятся в различные органы. В любом из них могут образоваться очаги, претерпевающие такие же последовательные изменения, как и очаги в легких. Однако большинство из них склонны к самостоятельному заживлению. У детей младшего возраста с отсутствующей врожденной устойчивостью к [Mycobacterium tuberculosis](#) На ранних стадиях заболевания микобактерии вместе с макрофагами обычно попадают в регионарные лимфоузлы, а оттуда разносятся в различные органы. В любом из них могут образоваться очаги, претерпевающие

- В то время как клеточный иммунитет В то время как клеточный иммунитет обеспечивает некоторую защиту в отношении Mycobacterium tuberculosis В то время как клеточный иммунитет обеспечивает некоторую защиту в отношении Mycobacterium tuberculosis , гуморальный иммунитет В то время как клеточный иммунитет обеспечивает некоторую защиту в отношении Mycobacterium tuberculosis , гуморальный иммунитет бездействует. В иммунном ответе главная роль принадлежит двум видам клеток - макрофагам В то время как клеточный иммунитет обеспечивает некоторую защиту в отношении Mycobacterium tuberculosis , гуморальный иммунитет бездействует. В иммунном ответе главная роль принадлежит двум видам клеток - макрофагам , фагоцитирующим микобактерии В то время как клеточный иммунитет обеспечивает некоторую защиту в отношении Mycobacterium tuberculosis , гуморальный иммунитет бездействует. В иммунном

# Клиническая картина

- Туберкулез ВНЧС развивается в виде:
  - бактериально - метастатического процесса, при котором микробактерии туберкулеза попадают в синовиальную оболочку гематогенным путем из первичного очага в легком, кишечнике и т. Д.;
  - реактивного – при отсутствии специфической инфекции в полости сустава (туберальный артрит Понсе):
    - костно-суставного, при котором туберкулезный процесс в суставе – продолжение туберкулезного остеомиелита суставной головки.

# Клиническая Картина

Течение туберкулезного процесса в суставах длительное, вялое. Сопровождается умеренными локальными болями, ограничением функции сустава. Возможно развитие абсцессов с образованием свищей на коже лица и наружного слухового прохода. в височно-нижнечелюстном суставе отмечаются сильные боли при незначительной выраженности местных признаков воспаления. Постепенно местные проявления воспаления нарастают: появляются припухлость сустава и гиперемия кожных покровов в этой области, а затем возникает гнойное расплавление тканей сустава, образуются длительно не закрывающиеся свищи. Сустав постепенно разрушается, а в последующем происходит его анкилозирование.

# Диагностика

- Окончательное доказательство туберкулезного процесса в суставе – обнаружение микобактерий туберкулеза в суставной жидкости или характерных туберкулезных гранулам в синовиальной оболочке. Другие данные, такие как эпидемиологический анамнез, положительные туберкулиновые пробы Манту подтверждают лишь зараженность туберкулезом.
- **Рентгенологические признаки:**
  - очаговый или диффузный остеопороз суставной головки,
  - разрушение кортикальных замыкающих пластинок,
  - сужение суставной щели,
  - развитие фиброзных спаек в суставе.Отличительной особенностью туберкулезного поражения является наличие слабой периостальной реакции на фоне резорбции суставных поверхностей.
- 
-

# Дифференциальная диагностика

- 1)Актиномикозное поражение ВНЧС
- 2)Ревматоидное поражение ВНЧС
- 3)Рак ВНЧС
- 4)Гонорейное и сифилитическое поражение ВНЧС
- 5)Острое инфекционное поражение ВНЧС

# Лечение

- **Лечение.**

Должно быть комплексным и включать консервативные и хирургические методы. Консервативное лечение проводится в специализированных фтизиоортопедических стационарах. На время проведения химиотерапии и других методов консервативного лечения больным показана иммобилизация нижней челюсти с разгрузкой сустава с последующим комплексом лечебной физкультуры, лечебным массажем лица и шеи.

- 

## **Хирургическое лечение:**

- радикально-профилактические операции (хирургическая обработка очага и ее тщательный кюретаж);
- радикально-восстановительные операции (удаление внутрисуставных тканей пораженных туберкулезным процессом с замещением дефекта с помощью аллопластики или эндопротезов).

Оперативное лечение проводится челюстно-лицевыми хирургами, а сроки и возможности проведения их в условиях челюстно-лицевых стационарах определяются