



# Карагандинский государственный медицинский университет

Кафедра стоматологии детского возраста  
и хирургической стоматологии

## Лекция на тему: Воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава

**Лектор: доцент Закишева С.М.**

**Дисциплина «Пропедевтика  
хирургической стоматологии»**

**Специальность 051302**

**«Стоматология»**

**Курс: 4**

**Время (продолжительность) 1 часа**

**Караганда, 2016 г.**

# План:

- Цель
- Актуальность темы
- Введение
- Анатомия
- Классификация заболеваний ВНЧС
- Артриты
- Травматические артриты
- Инфекционные артриты
- Неспецифические артриты
- Специфические артриты
- Артропатии
- Остеоартрит
- Заключение
- Обратная связь
- Список используемой литературы

# Цель:

- 1- Изложить основные причины воспалительных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
- 2- Диагностировать воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава.
- 3- Разобрать хирургические методы лечения воспалительных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

# Актуальность темы:

- По данным различных авторов патология височно-нижнечелюстного сустава наблюдается у 5-67% пациентов, обращающихся к стоматологу, а у больных с зубочелюстными аномалиями и деформациями они составляют 83,7%. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава причиняют больным большие страдания, анатомические и функциональные нарушения, обуславливают эстетические недостатки. Сложность строения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), а также большое количество различных факторов, влияющих на состояние тканей сустава, затрудняют диагностику заболевания, а, следовательно, и лечение.

# Введение

- По своей частоте стоят после болезней пародонта и кариеса.
- Симптомы заболевания височно-нижнечелюстного сустава наблюдают у себя до 40% людей, но не каждый обращается за медицинской помощью. Эта цифра не случайна, ведь височно-нижнечелюстной сустав – один из самых используемых в организме человека. Он много раз в день используется при разговоре, жевании, зевоте.

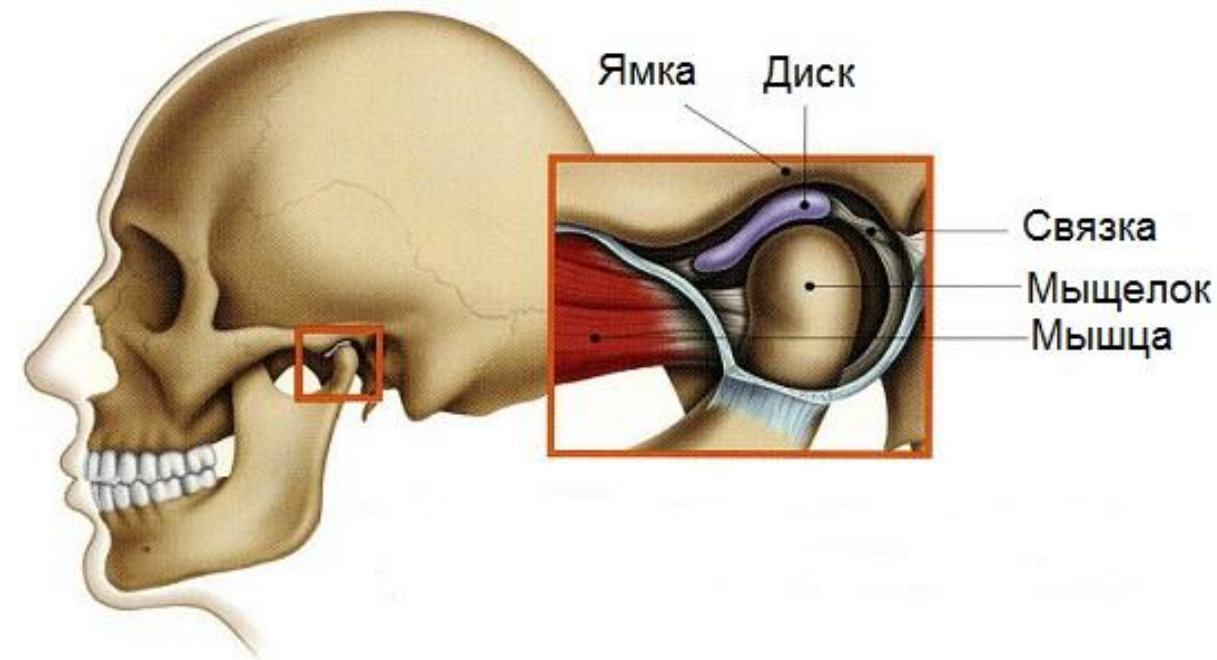
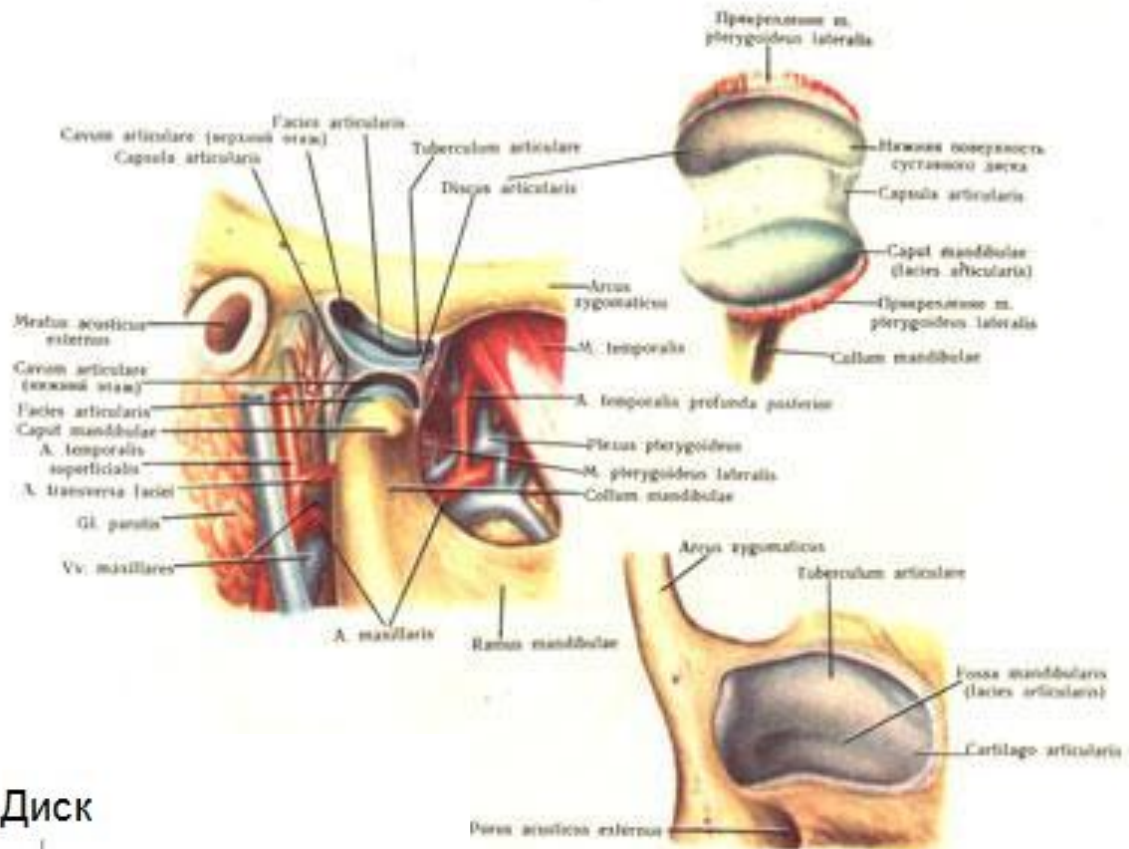
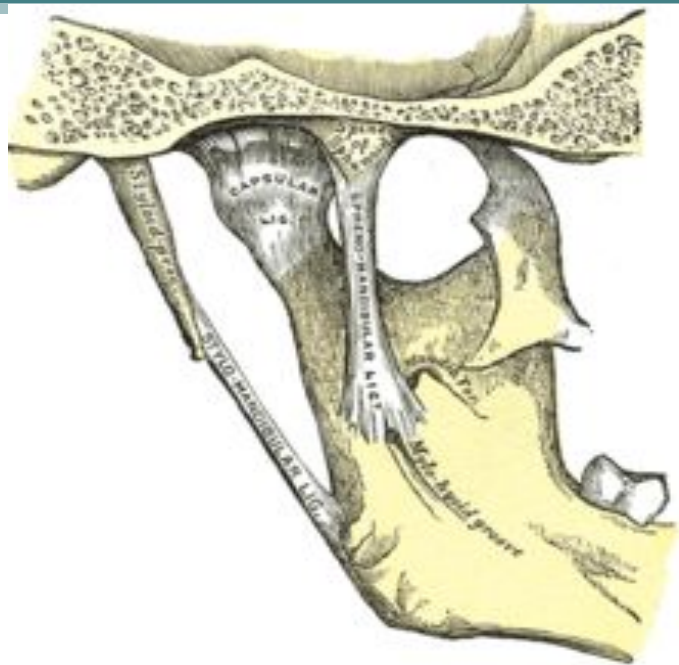
# Височно-нижнечелюстной сустав

- – сочленение, образованное височной и нижнечелюстной костью.
- Это сустав, находящийся перед ухом и состоящий из височной кости и нижней челюсти. Сухожилия и мышцы сустава позволяют челюсти открываться и закрываться. Если они здоровы, двигая челюстью, человек не испытывает никакого дискомфорта.



# Височно-нижнечелюстной сустав

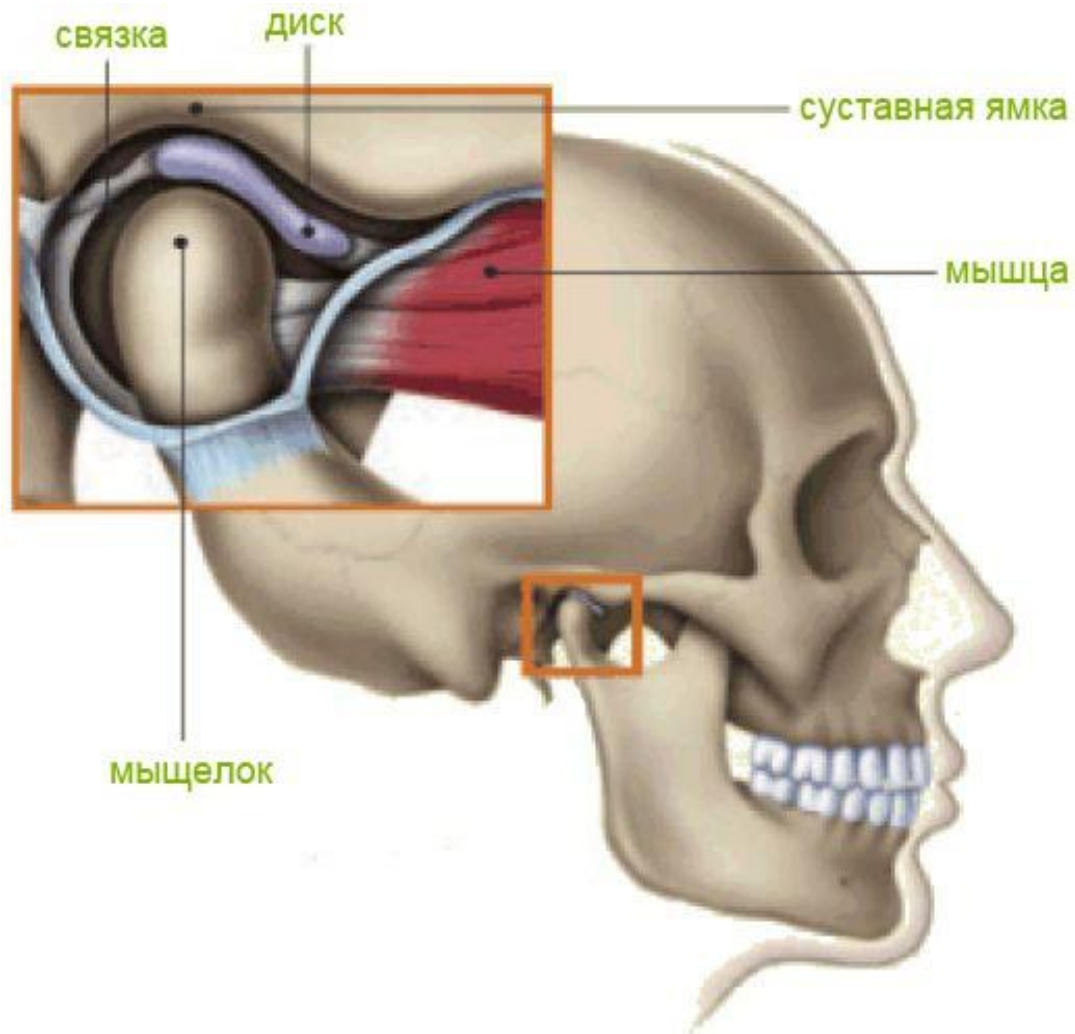
- Элементами нижнечелюстного сустава является:
- 1.нижнечелюстная ямка (*fossa mandibularis*)
- 2.суставной бугорок (*tuberculum articulare*)
- 3.головка нижней челюсти (*capitulum mandibulare*) и мышцелковый отросток (*processus condylaris*)
- 4.суставной диск (*discus articularis*)
- 5.суставная капсула (*capsula articularis*)
- 6.нижнечелюстные суставные связки (*ligamentarum articulationis mandibularis*)





# Причины заболевания височно-нижнечелюстного сустава

- Очень часто являются осложнениями различных стоматологических заболеваний. Очень часто эти заболевания, к примеру, могут быть вызваны различными аномалиями прикуса.



# Причины заболевания височно-нижнечелюстного сустава

- Стресс (перенапряжение, сильное сжатие зубов)
- Травма челюсти (переломы лицевых костей и челюсти)
- Эндокринные, обменные нарушения, инфекционные заболевания
- Чрезмерные физические нагрузки
- Вредные привычки (грызть ногти, неправильно держать телефон и т.п.)

# Классификация заболеваний ВНЧС

(Сысолятин П.Г.1997г.)

## **А. Артикулярные.**

1. Воспалительные (артриты).

2. Невоспалительные.

2.1. Внутренние нарушения.

2.2. Остеоартрозы:

- не связанные с внутренними нарушениями ВНЧС (первичные, или генерализованные);

- связанные с внутренними нарушениями ВНЧС (вторичные).

2.3. Анкилозы.

2.4. Врожденные аномалии.

2.5. Опухоли.

## **Б. Неартикулярные.**

1. Бруксизм.

2. Болевой синдром дисфункции ВНЧС.

3. Контрактуры жевательных мышц.

# АРТРИТЫ

Артрит височно-нижнечелюстного сустава – поражение элементов сустава воспалительного характера.

Воспалительные поражения сочленения по этиологии можно разделить на **инфекционные** и **травматические** артриты, которые могут иметь **острое** или **хроническое** течение.

# Травматические артриты

развиваются при острой (удар, ушиб) и хронической травме сустава (бруксизм, сильное сжатие челюстей при выполнении тяжелых работ, потеря боковых зубов, нерациональное протезирование с изменением высоты прикуса). При наличии постоянного травмирующего агента происходит постоянное травмирование внутрисуставного диска, хрящевого покрова суставной головки и суставной поверхности нижнечелюстной ямки. В результате этого развиваются кровоизлияния в сустав, трещины и переломы костных структур, размножение тканей сустава с последующим развитием воспалительных и деструктивных процессов. Чаще наблюдаются у лиц молодого возраста.

# Инфекционные артриты

К этой группе относят болезни суставов, при которых четко прослеживается связь с инфекционным началом

Инфекционные артриты подразделяются на *острый бактериальный (септический) и реактивный (асептический) артрит.*

Острый бактериальный артрит может вызываться специфической (туберкулезный, гонорейный, сифилитический, актиномикотический) и неспецифической инфекцией.

# *Острый бактериальный артрит*

Возбудители острого бактериального (септического, гнойного) артрита:

- золотистые стафилококки,
- Стрептококки,
- грамотрицательные бациллы.

# ***Острый бактериальный артрит***

Причины:

1. одонтогенные (кариес и его осложнения)
2. неодонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области (абсцессы, флегмоны, фурункулы, карбункулы), хирургические вмешательства у больных с нарушениями иммунной системы, возникновение метастатических артритов у пожилых лиц при наличии сахарного диабета, злокачественных новообразований, уремии, ревматоидного артрита, кристаллического синовита, прием иммунодепрессантов.



# *Острый бактериальный артрит*

## *Клиническая картина*

Болезнь начинается остро, как правило, в одном из височно-нижнечелюстных суставов. Первый клинический признак – боль, усиливающаяся при малейшей попытке движения нижней челюсти. Боль иррадирует в ухо, височную область, шею. При внешнем осмотре отмечается локальная гиперемия кожи с повышением температуры, отек. Пальпация области сустава и суставной головки вызывает резкую болезненность. Открывание рта ограничено или невозможно, боковые движения нижней челюсти отсутствуют. Прикус вынужденно открытый, так как смыкание зубов резко усиливает боль в суставе. Имеют место общие симптомы интоксикации.

# ***Острый бактериальный артрит***

***Лабораторные показатели*** крови указывают на наличие острого воспалительного процесса в организме. В течение 3-4 суток от начала заболевания в полости сустава может появиться гнойный экссудат.

При ***рентгенологическом исследовании*** височно-нижнечелюстного сустава при гнойном артрите только на 10-14 день от начала болезни можно обнаружить незначительное сужение суставной щели и ограниченный остеопороз костных отделов суставных поверхностей.

## **Острый бактериальный артрит**

### *Лечение*

#### ***В острой стадии***

1. Создание покоя для сустава (иммобилизация н.челюсти, челюстная диета).
2. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности к ним микробной флоры.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен).
4. Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил).
5. Седативные и нейролептические препараты (элениум, триоксазин).
6. Физиотерапевтическое лечение: электрофорез с новокаином, фонофорез с гидрокортизоном, диадинамические токи, лазеротерапия.
7. Местно: аппликации 20% димексида с добавлением гидрокортизона, анальгина.

***В гнойной стадии*** - аспирация гноя через широкую пункционную иглу и внутрисуставное введение антибиотиков, при необходимости – хирургическое дренирование сустава.

# ***Острый бактериальный артрит***

## *Лечение*

### ***Подострая стадия (через 2-3 недели)***

- Терапия, направленная на восстановление разрушенных тканей сустава, профилактика образования грубых рубцовых изменений:
  1. препараты, улучшающие микроциркуляцию: Но-шпа, трентал.
  2. биогенные стимуляторы: алое, гумизоль, бешофит.
  3. антиоксидантные комплексы, витамины.
  4. ферменты: лидаза, ронидаза.
- Физиотерапевтическое лечение: электрофорез лидазы на 20% димексиде, тепловые процедуры: грязевые, парафиновые или озокеритные аппликации. Целесообразно чередование электрофореза с тепловыми процедурами.
- Лечебная физкультура, состоящая из комплекса упражнений для мимических и жевательных мышц, лечебный массаж лица.

# Реактивные артриты

*Реактивные артриты* – группа воспалительных болезней суставов, при которых четко определяется патогенетическая связь с конкретной инфекцией, но в пораженном суставе возбудитель заболевания и соответствующие инфекционные агенты отсутствуют.

# Реактивные артриты

## ***Источники поражения сустава:***

стрептококковая, хламидийная, дизентерийная и сальмонеллезная инфекция, аденовирусная инфекция, одонтогенная и носоглоточная инфекция.

# Реактивные артриты

## *Клиническая картина:*

Хронологическая связь с инфекцией (возникают одновременно с эпизодом инфекции или спустя 1-2 недели).

Наличие других признаков системного процесса.

Острое начало, яркие клинические проявления, полное обратное развитие после устранения основной причины заболевания.

При обострении дремлющей инфекции (ОРВИ, ангина и др.) возможны рецидивы реактивного процесса в суставах.

При сальмонеллезных, дизентерийных артритах суставному синдрому чаще предшествуют кишечные проявления.

Отличается от септических более легким течением и отсутствием признаков гнойного экссудата в суставной полости.

# Реактивные артриты

- **Лечение** реактивных артритов соответствует лечению бактериальных артритов. Однако, назначение антибактериальных препаратов бывает целесообразным только при выявлении инфекционных очагов, поддерживающих реактивное воспаление в суставах.



# Неспецифические артриты

- Ревматический артрит
- Ревматоидный артрит

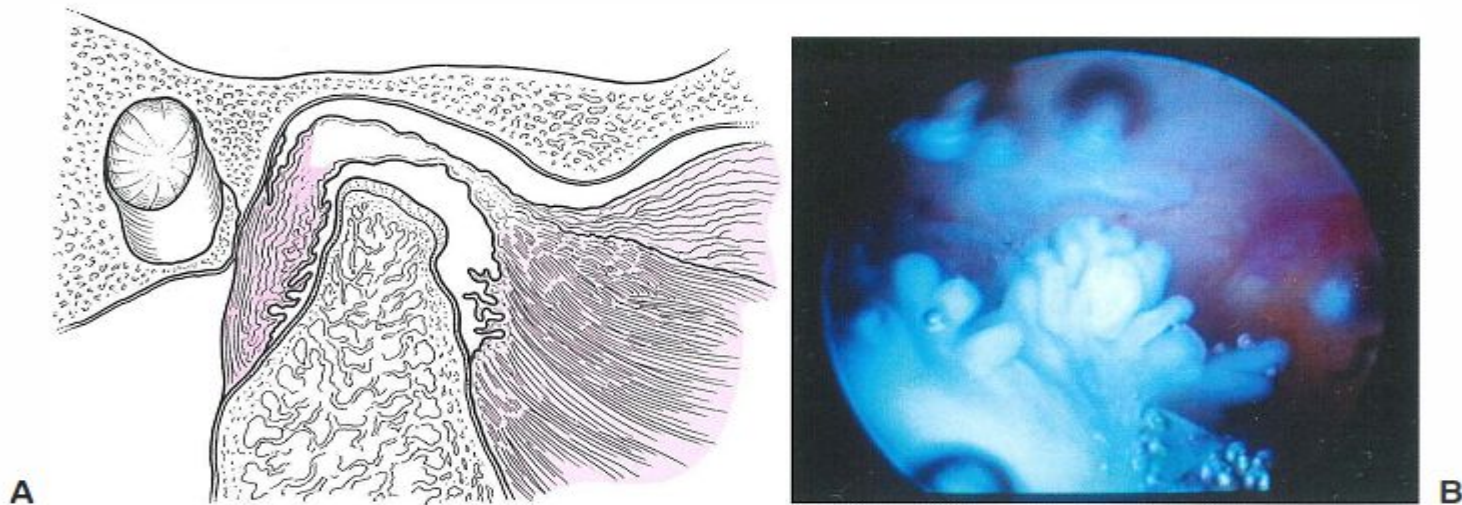
# Ревматический артрит

**Ревматизм** – инфекционно-аллергическое заболевание, характеризующееся поражением соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердце. Развивается через 1-6 недель после стрептококковой инфекции верхних дыхательных путей.

Процесс обычно локализуется в обоих височно-нижнечелюстных суставах, протекает с периодическими обострениями, сопровождается субфебрильной температурой, болью в обоих височно-нижнечелюстных, а также других, особенно крупных суставах. Реакция со стороны околосуставных тканей выражена слабо. Функция сустава нарушается. Под влиянием комплексного лечения воспалительные явления быстро идут на убыль.

# Ревматоидный артрит

*Ревматоидный артрит* – хроническое аутоиммунное заболевание соединительной ткани с прогрессирующим поражением преимущественно синовиальных суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита.



**FIGURE 30-13** A, Changes seen in rheumatoid arthritis of temporomandibular joint. These changes include proliferation of synovial tissue, creating resorption in anterior and posterior areas of condyle. Irregularities of disk tissue and articulating surface of condyle eventually occur. B, Arthroscopic view of synovial hyperplasia.

# Ревматоидный артрит

Клинико-морфологическая сущность ревматоидного артрита определяется поражением синовиальной оболочки суставов, разрушением суставного хряща и субхондральной кости. Системность заболевания определяется возникновением ревматоидных узелков, генерализованной лимфаденопатией, спленомегалией, васкулитами, миопатией.

Болезнь начинается с симметричного поражения мелких суставов кистей и стоп, неуклонно прогрессирует, носит упорный характер, поражая все суставы. Основные клинические признаки: артралгия, утренняя скованность, шумовые реакции в области сустава, ограничение подвижности нижней челюсти, невозможность длительно пережевывать пищу. В дальнейшем возникают окклюзионные нарушения и изменения прикуса.

# Ревматоидный артрит

**Характерные рентгенологические признаки** – симметричный остеопороз суставных головок, сужение суставных щелей, появление краевых узур, в дальнейшем изменяются размеры и форма суставных головок.

**Лабораторные показатели:** гипохромная анемия, увеличение СОЭ, у 80% больных выявляется ревматоидный фактор.

Лечение ревматоидных и ревматических артритов должно проводиться у ревматолога.

# Специфические артриты

- Туберкулезный артрит
- Актиномикотический артрит

# Туберкулезный артрит

***Туберкулезный артрит 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.

# Туберкулезный артрит

***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.



# Туберкулезный артрит

**Рентгенологические признаки:** очаговый или диффузный остеопороз суставной головки, разрушение кортикальных замыкающих пластинок, сужение суставной щели, развитие фиброзных спаек в суставе.

**Диагностика.** Окончательное доказательство туберкулезного процесса в суставе – обнаружение микобактерий туберкулеза в суставной жидкости или характерных туберкулезных гранулам в синовиальной оболочке.

# Туберкулезный артрит

**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 совместно с фтизиатрами.

# Актиномикотический артрит

Актиномикотический артрит с первичным вовлечением суставной капсулы является продолжением специфического процесса околосуставных мягких тканей, расположенных в околоушно-жевательной области.

# Актиномикотический артрит

**Клиника** соответствует вялотекущему процессу с наличием первичных плотных, длительно развивающихся инфильтратов, синюшности кожных покровов, контрактуры жевательных мышц, периодическим обострением процесса с образованием свищей с «пышными» грануляциями, при абсцедировании характерен крошковатый гной. При ликвидации патологического процесса развивается тугоподвижность в суставе за счет рубцевания капсулы.

# Актиномикотический артрит

**Рентгенологические признаки** появляются через 4-6 недель от начала заболевания. Наиболее характерный признак – формирование костной полости из несколько сливающихся очагов деструкции, с неровными, но довольно четкими контурами. Обширная периостальная реакция создает утолщение пораженного участка кости. Полость ограничивается массивным склеротическим валом. Вовлеченная в процесс суставная головка деформируется, имеются признаки ограничения функции сустава.

**Диагностика** затруднена. Для подтверждения диагноза необходимо получить друсы актиномицетов из суставной жидкости или в биопсийном материале из суставной капсулы.

# Актиномикотический артрит

**Лечение** должно быть комбинированным и включать в себя консервативные и хирургические методы. Основная цель консервативного лечения заключается в повышении специфической и неспецифической резистентности макроорганизма. Хирургическое лечение заключается в выскабливании костных очагов и длительное заполнение их марлевыми йодоформными дренажами. При стойкой утрате функции нижней челюсти за счет развития фиброзного анкилоза показаны резекция суставной головки, эндопротезирование и артропластика

# Артропатии

Признаки воспалительных или дегенеративно-дистрофических процессов, в том числе ВНЧС, могут быть обнаружены при многих болезнях, не относящихся к ревматическим. Суставной синдром в таких случаях рассматривается как вторичный.

К артропатиям относят болезни суставов при аллергических состояниях; метаболических нарушениях; эндокринных заболеваниях; поражениях нервной системы; болезнях крови; при злокачественных опухолях; профессиональных заболеваниях; болезни Бека; гиповитаминозе С.

# Остеоартрит

- Остеоартрит – воспаление сустава, развившееся вследствие первичного повреждения или воспаления суставных концов костей и распространения воспалительного очага на элементы сустава: суставной хрящ, суставную капсулу, связочный аппарат сустава.



# Остеоартрит

- **Причина остеоартрита**-может быть повреждение сустава при острой травме: розовая травма сустава, внутри- и внесуставные переломы суставного отростка. Другой причиной остеоартрита является остеомиелит суставных концов костей: гематогенный или одонтогенный остеомиелит суставного отростка, остеомиелит височной кости вследствие распространения гнойного воспаления из полости среднего уха или сосцевидного отростка.

# Остеоартрит

- ***Остеоартрит после травмы суставного отростка***- может возникнуть после сложных и патологических родах в результате неправильного применённого родовспоможения (ручное, акушерские щипцы, вакуумэкстрактор). Как правило, родовая травма ВНЧС остаётся нераспознанной. Родители обращаются к врачу, как правило, с исходом травматического остеоартрита (вторичный деформирующий остеоартроз, костный анкилоз).

# Остеоартрит

- **Этиология и патогенез** - внутрисуставные переломы и высокие внесуставные переломы отростка обычно сопровождаются размозжением или переломом кости суставной головки или отростка, перерастяжением или разрывом суставной капсулы, повреждением связочного аппарата. В детском возрасте 30% всех переломов нижней челюсти – это переломы суставного отростка, что объясняется слабостью структуры шейки суставного отростка у детей 3-9-летнего возраста.

# Остеоартрит

- **Клинические симптомы.** Повреждения сустава можно обнаружить сразу после травмы: при пальпации суставной головки возникает острая боль, отёк мягких тканей, движения нижней челюсти болезненны и ограничены – вертикальные и в сторону неповреждённого сустава. При полных высоких внесуставных или внутрисуставных переломах прикус может быть не нарушен. Всегда нарушен прикус при полных внесуставных переломах, протекающих со смещением костных фрагментов. При полных переломах одного отростка средняя линия нижней челюсти смещается в сторону повреждения, при двусторонних – челюсть смещается кзади с образованием открытого прикуса.
- Диагноз ставится на основании рентгенологического исследования в нескольких проекциях.

# Остеоартрит

- **Лечение.** Должно быть направлено на предупреждение развития вторичного деформирующего остеоартроза. При односторонних переломах – назубодесневая шина с наклонной плоскостью – Вебера, в течение 2-2,5 недель. При двусторонних переломах детям до 10 лет изготавливаются индивидуальные пластмассовые шины с зацепными петлями в течение 3-4 недель, а затем физические методы. У детей старше 12 лет – костная пластика челюсти с реконструкцией суставов.
- Исходы травматического остеоартрита в детском возрасте различны и зависят от степени повреждения элементов сустава, от времени оказания и объёма лечебной помощи – выздоровление, остеолизис суставной головки и формированием неоартроза, вторичный деформирующий остеоартроз.

# Заключение:

Заболевания ВНЧС в настоящее время среди стоматологических больных составляют достаточно высокий процент. По своей частоте стоят на 3 месте после болезней пародонта и кариеса.



# Обратная связь

- К врачу стоматологу обратился больной 34 лет. Жалобы на появления сильных болей в суставе, усиливающиеся при попытке произвести движения челюстью. Иногда боли иррадируют в ухо, язык, висок, затылок. Открывание рта ограничено - на 3-5 мм. При пальпации сустава возникают боли, кожные покровы покрасневшие. Из анамнеза неделю назад перенес острый гнойный тонзилит.

Диагноз????????



# Инфекционный артрит

# Список использованной литературы:

- Анатомия человека. Э.И. Борзьяк, Л.И. Волкова, Под редакцией М.Р. Сапина, 1993г., с162
- Аболмасов Н.Н. "Ортопедическая стоматология"., 2003 год;
- Хватова В.А. "Заболевания височно-нижнечелюстного сустава"., 1982 год;
- Новое в стоматологии., (специальный выпуск), "Лечение заболевания височно-нижнечелюстного сустава" № 1., 2001 год.
- [ru.wikipedia.org/wiki/Височно-нижнечелюстной\\_сустав](http://ru.wikipedia.org/wiki/Височно-нижнечелюстной_сустав)
- <http://www.youtube.com/watch?v=gGzcCxGCmZo>
- [http://revmatizma.net/ru/healing\\_ru/diseases/disfunction/](http://revmatizma.net/ru/healing_ru/diseases/disfunction/)

**Спасибо за внимание!!!**