

# Заболевания височно - нижнечелюстного сустава у детей

Выполнил:

Студент пятого курса  
стоматологического

факультета,

Курнаков Даниил Сергеевич.

1 группа

# Нозологические формы заболеваний ВНЧС:

- 1. За этиологическим фактором:
  - а) врожденные изъяны развития;
  - б) приобретенные:
    - воспалительные (артриты);
    - дистрофические (артрозы, вторичные деформированные артрозы);
    - воспалительно-дистрофические (артрито-артрозы).
- 2. За ходом: острые, хронические, хронические в стадии заострения. 3. Анкилоз (фиброзные, костные):
  - врожденные и приобретенные;
  - односторонние, двухсторонние;
  - воспалительные, травматические.

Понятие "артрит" основано Гиппократом. Это воспаление суставного хряща, капсулы и связочного аппарата, которое может иметь инфекционное, травматическое или аллергическое происхождение. Инфекционные артриты могут возникать у детей любого возраста, а травматические — чаще в возрасте 3—9 годов.

- Жалобы детей в случае острых артритов (*Arthritis articulationis temporomandibularis acutae*) ВНЧС разной этиологии на припухлость тканей и боль в околоушно-жевательном участке с иррадиацией ее в ухо и затылок, несвободность движений нижней челюсти (наиболее ранний и стойкий симптом), невозможность нормального употребления еды, повышения температуры тела. В случае ревматического артрита возникает боль в обоих ВНЧС, ревматоидного — в одном ВНЧС и коленном или плечевом суставе.



## Клиника.

Может наблюдаться асимметрия лица в результате отека мягких тканей околоушного участка, болезненного во время пальпации.

Открытие рта болезненно и ограничено. Объем движений сохраняется, но нижняя челюсть смещается в сторону больного сустава, поскольку возникает защитная реакция жевательных мышц со стороны поражения.

Для ревматического артрита характерно медленное усиление боли утром и уменьшение под вечер, ночью во время сна и в покое. Боль отличается стойкостью. Свойственным является образование ревматоидных узелков на разгибательной поверхности предплечья рядом с локтевым суставом, изменения со стороны сердца. В первые дни острого артрита рентгенологическое исследование малоинформативно, но иногда оказывается незначительное расширение суставной щели в результате выпотевания экссудата. В случае последующего развития воспалительного процесса появляются вторичные деструктивные изменения: частичное сужение суставной щели, участка деструкции и уплотнения кости головки мыщелкового отростка.

Одним из главных рентгенологических признаков всех видов артрита есть присуглобовый остеопороз, который сопровождается равномерным уменьшением количества костных балок в единице объема кости и разжижением ее структуры.

## Лечение.

В зависимости от причины развития артрита лечения включает ограничение движений нижней челюсти разными видами ортодонтических аппаратов и иммобилизующими повязками, механически-щадящую диету (жидкая еда), компрессы с 5 % раствором ДМСО на участок ВНЧС, физиотерапевтические процедуры — фонофорез гидрокортизона, трилон для смягчения фиброзных тканей, электрофорез ДМСО и калия йодида, лидазы; УВЧ, солюкс, парафин, озокерит.

Кроме того, назначают противовоспалительные нестероидные препараты: ацетилсалициловую кислоту, салицилат натрия, салициламид, бутадион, индометацин, флюренамову и мефенаминову кислоты, бруфен, ибупрофен и их аналоги, диклофенак, вольтарен. При необходимости назначают антибиотики, сульфаниламид, антигистаминные препараты, витамины (группы В и С).

# ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ

- Хронический артрит {arthritis articulationis temporomandibularis chronica) развивается незаметно, на протяжении длительного времени, и оказывается чаще в пре- и пубертатному периодах (12-15 лет).
- Первично-хронические артриты у детей наблюдаются редко.
- Жалобы ребенка обычно лишь на утреннюю скованность и умеренную боль в ВНЧС, которая усиливается во время движений челюсти, появление "хруста" при этом, головная боль, возможно, головокружение, шум в ушах, снижение слуха, иногда сухость во рту или жжения в языке (кое-что напоминает синдром Костена у взрослых). Появление "хруста" свидетельствует о переходе воспалительного процесса в дистрофический.



## Клиника.

Лицо симметрично. Пальпация сустава и козелка уха немного болезнена.

Бимануальная пальпация через внешний слуховой ход обнаруживает трение суставных поверхностей за счет их неравноностей, которое не нужно путать с симптомом щелканья в суставе в случае смещения мениска. Во время нажатия на подбородок и угол нижней челюсти боль в суставе усиливается. Периодически возникает заострение хронического процесса, тогда клиническая картина напоминает острый артрит. На рентгенограмме сустава определяется расширение суставной щели, если превалирует экссудативный элемент воспаления, и неравномерное сужение — в случае преобладания производительных процессов.

# Лечение хронических артритов зависит от причины и изменений, которые состоялись в ВНЧС.

- Выборочное сошлифование зубов, которые повышают прикус.
- Изготовление кап и пластин, аппаратов функционального и механического действия в случае снижения окклюзионной высоты.
- 3. Изготовление временных съемных протезов, рациональное протезирование. Медикаментозное лечение в случае ревматоидного и ревматического артрита
- предусматривает назначения нестероидных противовоспалительных препаратов, которые не влияют на прогресс артрита, но предотвращают процесс "разрушения" сустава.
- Нестероидные противовоспалительные препараты разделяют на 3 группы:
- препараты, которые не влияют на биосинтез гликозамингликанов (ГАГ) в хрящевой ткани (пироксикам, диклофенак, сулиндак);
- препараты, которые подавляют биосинтез ГАГ (ацетилсалициловая кислота, индометацин, фенпродин);
- препараты, которые стимулируют биосинтез ГАГ



- При наличии болевого синдрома применяют ненаркотические анальгетики, а в случае усиления боли — наркотические: трамадол, пропоксифен из ацетами-нофеном.
- В случае выявления хондродистрофического процесса в суставе эффективным является использование хондропротекторов, которые улучшают метаболизм в хрящевой ткани ( траумель, дискус- композитум и тому подобное).
- Местно в проекции сустава накладывают компрессы из димексидом и медицинской желчью или с мазями "Долгит", "Випраксол". "Вольтарен", "Кетопрофен" "Цель Т" и тому подобное.
- При условии ухудшения движений в суставе и усиления боли внутрисуставно вводят лидазу или гидрокортизон, кеналог, депомедрол, артепарон (включается в метаболизм суставного хряща).
- Широко применяют физпроцедуры — фонофорез гидрокортизона, электрофорез калию йодида, лазеротерапию, магнито- и интерференц-терапию, пайлер-лечение; парафиновые, озокеритовые или бишофита аппликации на участок ВНЧС.

# АРТРОЗ

- Жалобы детей в случае деформивного артроза на ограниченное открытие рта, ощущения неудобства во время движений челюсти, незначительную асимметрию лица.
- Клинические признаки артроза разделяют на суставные и внесуставные. Подавляющее большинство их является суставными — это ограниченность движений, при таком условии, быстрая утомляемость во время еды. После длительной нагрузки и периода покоя (после сна, в начале еды) возникает "стартовая боль". Ребенок иногда даже отказывается от еды, поскольку во время еды возникает неудобство в суставе. Односторонняя микрогения, которая со временем нарастает, является внесуставным клиническим признаком, который хорошо оказывается рентгенологически.

Ортопантомограмма больного с деформирующим артрозом правого ВНЧС с односторонней микрогенией после артропластики





Ортопантомограмма ребенка с  
двухсторонним вторичным  
деформирующим артрозом ВНЧС



# Ортопантомограмма больного с деформирующим артрозом правого ВНЧС



# АНКИЛОЗ

- Анкилоз (*Ankylosis articulationis temporomandibularis*) — это полное или частичное ограничение подвижной нижней челюсти, предопределенное изменениями в суставе, в отличие от контрактуры. Последняя также характеризуется полной или частичной недвижимостью сустава, которая развивается в результате любых внесуставных причин (воспалительные процессы, травмы, опухоли). Различают анкилоз фиброзные и костные, последние у детей составляют 95 %.



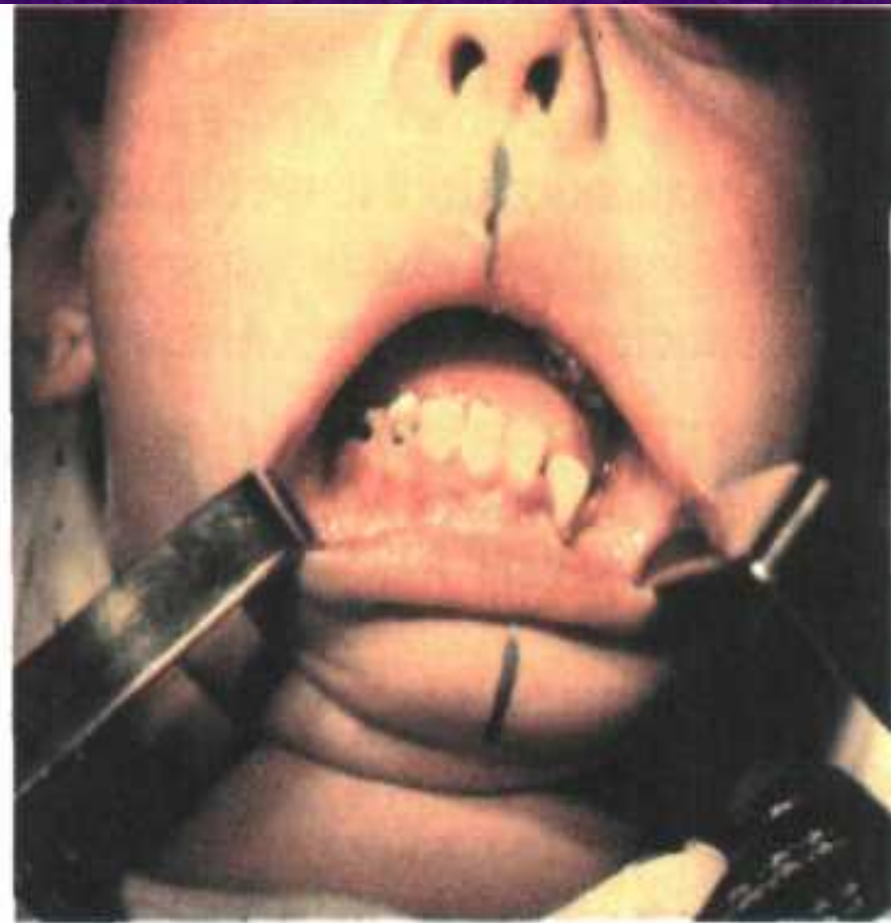
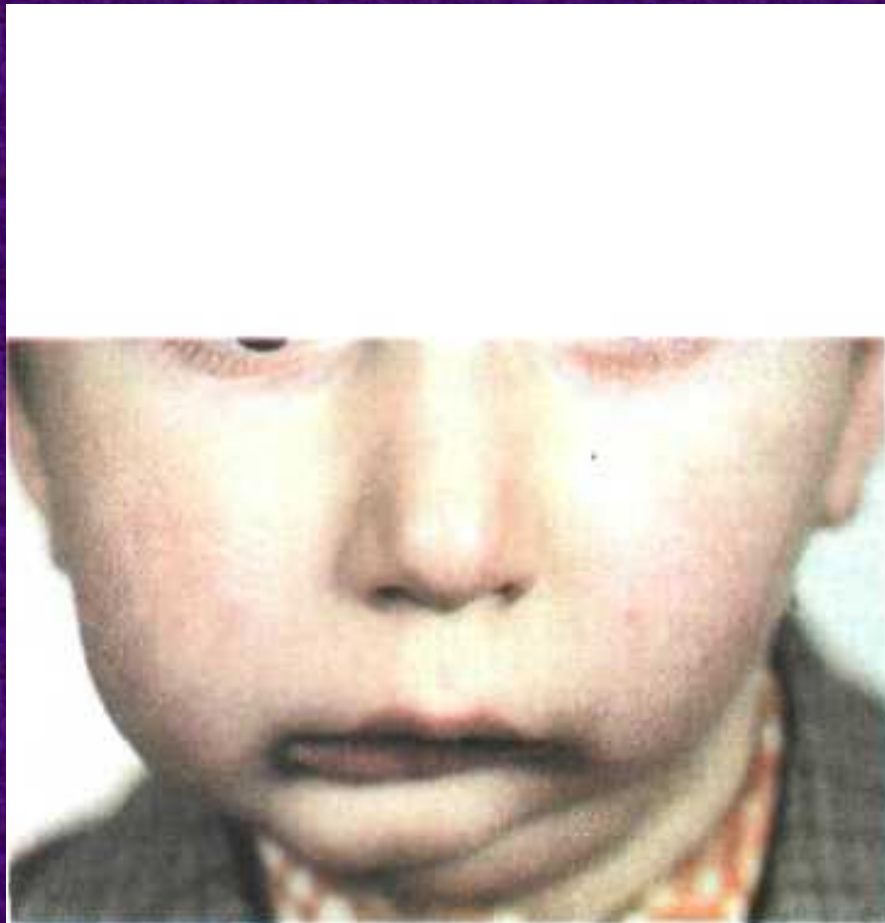
# Односторонний анкилоз

- Жалобы детей или их родителей на смену конфигурации лица, иногда — храп во время сна, резкое ограничение открытия рта и невозможность нормального употребления еды. Поскольку родители видят своего ребенка каждый день, они, к сожалению, поздно замечают ограниченное открытие рта и основной жалобой их есть невозможность кормления ребенка с помощью ложки. В анамнезе — травма, перенесенная во время родов или в старшем возрасте, отит или паротит, инфекционные заболевания.

## Клиника.

- Во время обзора наблюдается асимметрия лица за счет уменьшения размеров одной половины челюсти. Со стороны пораженного сустава мягкие ткани щеки имеют пышный вид, тогда как на здоровой стороне они выглядят плоскими. Это предопределено тем, что один и тот же объем мягких тканей распределяется на разных плоскостях (площадь пораженной стороны меньше, чем здорового, за счет уменьшения высоты ветви и размеров тела нижней челюсти). Такое несоответствие иногда приводит к диагностическим ошибкам. Описаны случаи, когда хирург начинал оперировать здоровый сустав. Средняя линия подбородка и резцовая на нижней челюсти всегда смещенные в сторону больного сустава.
- Во время бимануальной пальпации ВНЧС движения суставной головки в больном суставе отсутствуют или минимальные. Первые симптомы заболевания сустава у детей (ограничено открытие рта, асимметрия лица за счет недоразвития нижней челюсти, смещения подбородка в сторону больного сустава) могут возникать уже в возрасте 1—1,5 года и постепенно прогрессировать .
- В участке угла нижней челюсти с пораженной стороны возникает костный вырост — «шпора». Она образуется как компенсация роста челюсти книзу, потому что кверху он невозможен. "Шпора" оказывается также и на рентгенограмме.

Рис 1 Правостороний костный анкилоз.  
Рис 2 Смещение серединой линии





# Двусторонний анкилоз

- *Жалобы* родителей на наличие деформации нижней трети лица у ребенка, невозможность открытия рта, затруднено питание, нарушение дыхания и храпа во сне.

## *Клиника.*

Лицо ребенка имеет вид птичьего (в результате резкого недоразвития фронтального отдела нижней трети лица) . Прикус открыт, дистальный. Пальпаторно подвижная головок ВНЧС не оказывается. Открытие рта резко ограничено . Во время осмотра ротовой полости — множественный кариес, воспаление слизистой оболочки десен, веерообразное расположение зубов верхней и нижней челюстей. Рентгенологически в случае двустороннего костного анкилоза патогномическим признаком является частичное или полное отсутствие суставной щели, наличие костной ткани, которое совмещает в один конгломерат мышечковый отросток и височную кость. Размеры ветвей и тела нижней челюсти уменьшены, наблюдаются костные вирости в виде шпор в участках обоих углов, венечные отростки увеличены.

*Малл.* Ребенок с двухсторонним анкилозом  
ВНЧС (симптом птичьего лица) *Рис.*  
Опахалоподобное расположение резцов  
и икол у ребенка з двухсторонним анкилозом  
ВНЧС





*Рис.* Ребенок с двухсторонним анкилозом ВНЧС перед основной операцией (для проведения наркоза наложен трахеостом)  
*Рис.* Відкриття рота у ребенка с анкилозом ВНЧС после артропластики (остеотомованные поверхности розведенные аппаратом Ю.Д.Гершуни)



# Принципиальные положения хирургического лечения анкилоза ВНЧС:

- проводится сразу после установки диагноза, то есть не ожидают, пока ребенок подрастет; у детей необходимо как можно раньше возобновить функцию сустава;
- поскольку соматическое развитие ребенка зависит от нормального питания, становится понятным, что сначала ребенку нужно обеспечить условия для этого, то есть открыть рот;
- единственным способом открытия рта является артропластика, суть которой заключается в проведении остеотомии. Последняя должна быть выполненная:
- а) как можно выше (ближе к прежнему суставу);
- б) остеотомовани поверхности должны быть разведенные аппаратом или изолированные одна от другой биологически совместимыми материалами до той поры, пока не замкнутся кортикальни пластинки обоих томованих концов челюсти, которая происходит через 1—1,5 мисс после вмешательства;
- 4) решение вопроса об одноэтапной ликвидации анкилоза и микрогении зависит от возраста ребенка и соматического состояния ее.

# ОСТРЫЕ ВИРУСНЫЕ СИАЛОАДЕНИТЫ

- Возбудителем эпидемического паротита является вирус, который фильтруется, из группы Рнк-геномных вирусов, род *Paramyxovirus*.
- **Жалобы:** больные дети или их родители жалуются на резкое повышение температуры тела, нарушения самочувствия, вялость, головную боль, нарушение аппетита, сна, болезненное увеличение одной или обеих околоушных слюнных желез, сухость
- слезевой оболочки ротовой полости, боль в слюнных железах во время глотания и жевания. В 50 % случаев эпидемический паротит может быть односторонним.



## *Клиника.*

- В ходу эпидемического паротита выделяют продромальный период и период выраженных клинических проявлений. В последние 1—2 сутки инкубационного периода могут возникнуть продромальные явления. Эпидемический паротит — это заболевание всего организма, который подтверждается нарушениям общего состояния (головная боль, плохой сон, боль в мышцах, суставах конечностей, повышения температуры тела, озноб, боль в животе, блюет, сухость в ротовой полости, боль во время глотания). Околоушные слюнные железы являются местом самого выразительного проявления заболевания. Слюнная железа увеличивается, за мочкой уха появляется боль во время пальпации (симптом Филатова). Возможны первичные поражения нервной системы и поджелудочной железы. У детей раннего возраста начальный период может сопровождаться блюет, судорогами, появлением менингеальных признаков.

Для эпидемического паротита характерны такие болевые точки:

- впереди козелка уха со стороны поражения;
- верхушка соскоподобного отростка;
- вырезка нижней челюсти;
- угол нижней челюсти (симптом Хетчкока).

## *Лечение*

- эпидемического паротита проводится дома или в условиях инфекционного отделения инфекционистом (в случае возникновения осложнений). В 50 % случаев такие дети поступают на травмпункт челюстно-лицевого отделения, где должна проводиться тщательная дифференциальная диагностика эпидемического и острого бактериального паротита, поскольку неправильно госпитализирован больной с эпидемическим паротитом может инфицировать всех детей в стационаре. Специфического лечения заболевания нет. Применяют симптоматическую терапию, которая предусматривает профилактику присоединения банальной инфекции, коечный режим на протяжении 7-10 суток, жидкую высококалорийную и богатую на витамины еду. Иногда по совету врача-инфекциониста больным с выраженными местными проявлениями назначают компрессы с 5% раствором ДМСО, повязки с беладонновой мазью, камфарным спиртом; полоскание ротовой полости антисептиками, физпроцедуры (УВЧ, СВЧ, УФО) на участок спящих желез



# Вирусный сиалоаденит

*Жалобы* в случае заболевания: на повышение температуры тела, головную боль, недомогание, снижение аппетита, болезненность в участке слюнной железы.

- **Клиника.** У ребенка наблюдаются болезненное увеличение железы (боль возникает в слюнных железах и во время еды), отек мягких тканей в этом участке. Во время обзора ротовой полости дуга пролива зияет, слизевая оболочка вокруг нее гиперемована, набрякшая. Изменяется качество слюны — она становится мутной, более вязанкой, но количество ее не изменяется, что отличает данное заболевание от эпидемического паротита. Кроме того, отсутствующие и типичные болевые точки в участке желез. Изменения в общем состоянии такие, как и в случае гриппа: повышение температуры тела, недомогания, вялость, головная боль, возможны нарушения деятельности пищеварительного канала.

# ОСТРЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ

- *Жалобы* на повышение температуры тела, хилость, боль в участке слюнной железы. Дети старшего возраста указывают на привкус гноя в роте.
- *Клиника*. Заболевание начинается остро после короткого продромального периода. Повышается температура тела, ребенок становится шумным, потом — хилой, жалуется на головную боль и боль в участке слюнной железы. Если не будет поставлен диагноз и своевременно начато лечение, явления интоксикации могут нарастать. Местно в случае серозного сиалоадениту наблюдается увеличенная, болезненная во время пальпации железа, слюна от обычной не отличается. Зачелюстные и подчелюстные лимфатические узлы могут увеличиваться. В случае гнойного сиалоадениту оказывается отек тканей над слюнной железой. Кожа здесь гиперемированная, блестит. Вустья пролива также гиперемированное, повышается над прилегающей слизистой оболочкой. Из пролива выделяется мутная или с хлопьями (или с гнойными прожилками) слюна. При условии гнойного воспаления в отдельных участках железы могут образовываться микроабсцессы, которые в случае распространения процесса способны сливаться между собой. Тогда через основной пролив начинается выделение гноя вместе со слюной.

# Хронический паренхиматозный сиалоаденит.

- *Жалобы* ребенка или его родителей на наличие увеличенной, умеренно болезненной слюнной железы, болевые ощущения могут усиливаться во время употребления еды. Кроме того, изменяется общее состояние — повышается температура тела, ухудшаются аппетит и сон. В анамнезе у таких больных обнаруживают несколько воспалений железы, которые даже при отсутствии лечения проходили самостоятельно.



## *Клиника.*

- Стадия заострения точно отвечает клинике острого бактериального паротита, но признаки воспаления незначительны. В стадии ремиссии железа увеличена, холмиста, плотна, безболезненна. Бугристость железы предопределена рубцеваниям отдельных участков паренхимы в результате их гнойного расплавления. Из пролива выделяется прозрачная или немного мутная слюна, количество ее может быть уменьшенная. Вустя пролива расширено, слизевая оболочка вокруг него цианотичная, пастозная, с отпечатками зубов. После каждого заострения железа становится горбистишой, плотнится и увеличивается. У 77% случаев в период ремиссии в слюнной железе идет медленный процесс воспаления, страдает секреторная функция. Большое количество заострений приводит к тому, что выводной пролив плотнится и пальпируется под слизистой оболочкой щеки в виде тяжу. Дополнительными методами исследования для постановки диагноза является сialogрафия и пункционная биопсия железы в период ремиссии.

# СЛЮНОКАМЪЯНАЯ БОЛЕЗНЬ (КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ)

- Слюнокаменная болезнь (*sialolithiasis*) — заболевание, при наличии которого в проливах слюнных желез или в паренхиме их образуются конкременты, которые являются препятствием для оттока слюны.
- *Жалобы* детей в случае этого заболевания на болезненное увеличение слюнной железы во время еды (особенно если еда кислая или соленая), а затем — медленное уменьшение ее размеров.

## *Клиника.*

Характерная асимметрия подчелюстного участка за счет опухолевидного образования в проекции слюнной железы. Открытие рта свободно. Слизевая оболочка вокруг устья проливы гиперемированы. Вустя может быть расширенным. Слюна прозрачна или с примесями гноя. Если камень находится в железе, то пальпаторный определяется увеличенная, с гладкой и блестящей поверхностью слюнная железа. Пролив имеет вид тяжу, ткани вокруг нее инфильтрованы. Камень в проливе можно обнаружить во время бимануальной пальпации в направлении от железы к проливу, то есть сзади заранее, чтобы не протолкнуть конкремент в железу. Как следствие слюнокаменной болезни происходит значительная перестройка железистой ткани — притеснение процесса слиноутворення с изменениями химического состава секрета, нарушения кровоснабжения и иннервации слюнных желез. Наличие камня приводит к застою слюны и



## *Лечение.*

- Основным методом лечения калькулезного субмаксилита - хирургический. Методика вмешательства зависит от локализации, размеров камня и изменений, которые происходят в железе и проливе. У детей чаще образуются мелкие конкременты в проливах слюнных желез. Камни обычно расположены в переднем и среднем отделах выводного пролива, и иногда можно добиться выхода их через нее. Если камень маленький, его бимануально, массажными движениями сзади заранее «доводят» до устья, из которого он выходит сам. Такую манипуляцию желательно проводить на фоне спазмолитических средств (для расширения пролива). Но для применения такого способа нужно быть уверенным, что заболевание возникло недавно и практически отсутствует симптом увеличения железы во время употребления еды. Если камень расположен в проливе, его удаляют под общим обезболиванием внутриротовым доступом. Сначала мягкие ткани дна ротовой полости внешне пальцами подсовывают кверху, чтобы более четко очертить участок локализации камня. Потом перевязывают пролив сзади камня, чтобы он не продвинулся в железу, и над камнем вскрывают стенку пролива вдоль его. Конкремент осторожно вынимают, пытаясь не разбить. Лигатуры снимают после удаления камня. Рану не вшивают, она обычно не нуждается в дренировании.