

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.314.17

Сулимов А.Ф., Фелькер В.В., Савченко Р.К., Аскенов С.И.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Омская государственная медицинская академия (644043, г. Омск, ул. Ленина, 12)

Представлены результаты исследования, целью которого было повышение эффективности лечения больных с вторичным остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) путем введения в комплекс лечебных мероприятий хондропротектора Алфлутона. Разработан алгоритм обследования и лечения пациентов с невправляемыми дислокациями суставного диска. На фоне применения препарата Алфлутоп у больных с вторичным остеоартрозом наблюдается стабилизация толщины суставного хряща, более полное восстановление функции сустава. Наиболее отчетливо действие препарата проявилось при долгосрочном контроле болевого синдрома.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, остеоартроз, хондропротектор, Алфлутоп.

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH SECOND OSTEOARTHRITIS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

A.F. Sulimov, V.V. Felker, R.K. Savchenko, S.I. Aksenov

The article represents the results of study, purpose of which was to increase the effectiveness in the treatment of patients with second osteoarthritis of temporomandibular joint (TMJ) by introduction "Alflutop" into the complex of the therapeutic measures. The algorithm of investigation and treatment of patients with dislocations of articular disk has been developed. Application of "Alflutop" in patients with TMJ osteoarthritis leads to stabilization of the thickness of articular cartilage, the more complete restoration of joint function and decrease of painful syndrome.

Key words: temporomandibular joint, osteoarthritis, "Alflutop"

Одной из значимых проблем в современной стоматологии является своевременная диагностика и лечение патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), которая по частоте встречаемости занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта [3].

Среди заболеваний ВНЧС ведущее место занимают так называемые внутренние нарушения (internal derangements), под которыми понимают разнообразие изменений внутрисуставных взаимоотношений, включающие смещения, дефекты, деформации суставного диска, растяжения и разрывы суставных связок [7]. Наиболее распространенной формой внутренних нарушений является переднее вправляемое смещение суставного диска, характеризующееся его передней дислокацией по отношению к головке нижней челюсти при сомкнутых зубах и правильным диско-мышечковым соотношением при открытом рте.

Часто повторяющееся вывихивание диска ведет к перерастяжению связок, травмированию самого диска и суставных поверхностей. По мере нарушения механических свойств связочного аппарата возникают эпизоды блокировки сустава, объясняющиеся ущемлением диска между головкой нижней челюсти и задним скатом суставного бугорка. Наконец наступает момент, когда самостоятельное вправление диска становится невозможным, что проявляется клиническими признаками его переднего невправляемого смещения. В течение короткого времени между диском и суставными поверхностями головки нижней челюсти и суставной ямки височной кости на фоне воспаления развивается адгезивный процесс с формированием спаек, ограничивающих подвижность диска.

Для выбора метода лечения принципиально важным для врача является дифференциальная диагностика вправляемого и невправляемого смещения суставного диска. Сложность диагностики внутренних нарушений ВНЧС заключается в том, что основные изменения развиваются в его мягкотканых компонентах, которые не визуализируются на рентгенограммах. «Золотым стандартом» в исследовании внутренних нарушений является магнитно-резонансная

томография (МРТ) [4, 5], выполняемая в обязательном порядке как при открытом, так и при закрытом рте. Это позволяет уточнить, происходит ли вправление диска при открывании рта, в каком положении находится диск в каждой из фаз движения нижней челюсти. В то же время, при развитии воспаления в мягкотканых структурах сустава отек и ограниченные экскурсии головки нижней челюсти могут временно препятствовать репозиции диска при открывании рта до купирования воспалительных явлений, после чего вправление станет вновь возможным. Выполнение МРТ на фоне синовита, таким образом, может привести к ложному заключению о несостоятельности связок заднего прикрепления диска, что делает необходимым уточнение показаний и времени проведения данного исследования в каждом конкретном случае.

Длительное смещение суставного диска приводит к дегенеративным изменениям в суставе – вторичному остеоартрозу (ОА) [8, 10]. Остеоартроз – дегенеративное невоспалительное заболевание, развивающееся при нарушении равновесия между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей в результате мелкой, но часто возникающей травмы сустава, которое макроскопически характеризуется деградацией и разрушением хряща вплоть до полной деструкции и обнажения подлежащей костной ткани. Независимо от того, чем вызвано нарушение биомеханики сустава – нарушением нормального распределения давления на хрящ и возрастанием нагрузки на отдельные его участки [9] или цитокинзависимыми механизмами повышения катаболизма суставного хряща, – главной проблемой такого заболевания, как остеоартроз, являются структурно-функциональные повреждения хрящевой ткани. Это отражено в многочисленных определениях остеоартроза, как отечественных, так и зарубежных [1,6].

На сегодняшний день проблема терапии вторичного ОА все еще далека от полного решения. Создание эффективных и безопасных методов лечения ОА является актуальной проблемой.

Благодаря прогрессу в изучении патогенеза ОА сформулирована концепция болезньюмодифицирующей терапии, направленной как на ослабление основных клинических проявлений (уменьшение боли и улучшение функции сустава),

Фелькер В.В. – асс. каф., e-mail: felkerww@mail.ru

так и на структурную модификацию, т.е. восстановление хряща[1]. За последнее время в России проведено небольшое число исследований структурно-модифицирующих средств. Цель структурно-модифицирующей терапии – восстановление хряща, так как хондроциты даже в серьезно поврежденных зонах хряща сохраняют способность к синтезу компонентов матрикса.

Одним из препаратов, входящих в данную группу, является Алфлутоп. К настоящему времени выполнены многочисленные наблюдения, свидетельствующие об эффективности хондропротектора Алфлутоп в ревматологической, неврологической, травматологической практике[2]. Однако в доступной литературе отсутствуют данные о возможности использования указанного хондропротектора при остеоартрозе ВНЧС. В связи с этим представляется целесообразным изучение эффективности применения Алфлутопа при данной нозологической форме.

Целью работы было повышение эффективности диагностики и лечения больных с остеоартрозом ВНЧС на фоне дислокаций суставного диска.

В задачи исследования входили разработка алгоритма обследования и лечения пациентов с неуправляемыми дислокациями суставного диска;

оценки эффективности лечения вторичного ОА при включении в комплексную терапию хондропротектора Алфлутопа.

Материал и методы.

За период с 2009 по 2011 г. на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОмГМА на базе ГКСП №1 нами обследованы и проходили лечение 45 пациентов с неуправляемыми дислокациями суставного диска ВНЧС.

Критерии включения в исследование: наличие переднего неуправляемого смещения суставного диска; возраст – 16–40 лет.

Критерии исключения: аутоиммунные заболевания соединительной ткани; синдромальные формы дисплазии соединительной ткани ДСТ; заболевания ЦНС; психические расстройства; индивидуальная непереносимость хондропротектора Алфлутопа; травмы челюстей и операции в челюстно-лицевой области в анамнезе.

Все больные подвергнуты обследованию общепринятыми клинико-лабораторными и инструментальными методами. Для диагностики и лечения внутренних нарушений и вторичного артроза нами был предложен и применен алгоритм ведения больных с неуправляемыми дислокациями суставного диска ВНЧС (рис. 1).

При обращении больного с клиническими признаками закрытого блока пациенту выполняется МРТ ВНЧС с целью уточнения положения диска и определения состояния хрящевого покрытия суставных поверхностей. В тех случаях, когда клиника блокировки сопровождается явлениями синовита, а анамнез не является типичным для вывиха диска, проводится курс противовоспалительной терапии (ингибиторы циклооксигеназы, терапия гелий-неоновым лазером), чтобы избежать ложноположительного заключения по данным МРТ. При подтверждении диагноза больной направляется к врачу-ортодону для дообследования и изготовления окклюзионной шины, позволяющей разгрузить структуры ВНЧС, прежде всего диск и биламинарную зону. Шина также предупреждает повторный вывих диска после его мануального вправления.

Далее мы выполняем артроскопию с лаважем суставной полости, после чего под повышенным внутрисуставным давлением производим мануальную distraction суставных поверхностей и репозицию суставного диска.

Сразу после процедуры больной открывает рот в полном объеме. После восстановления амплитуды открывания

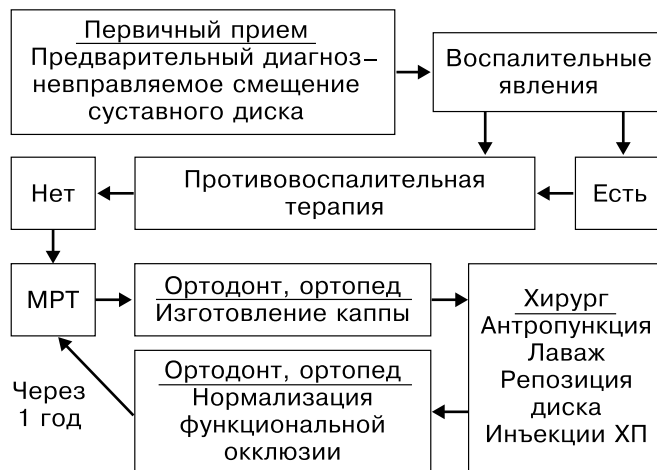


Рис.1. Схема алгоритма ведения больных с неуправляемыми дислокациями суставного диска.

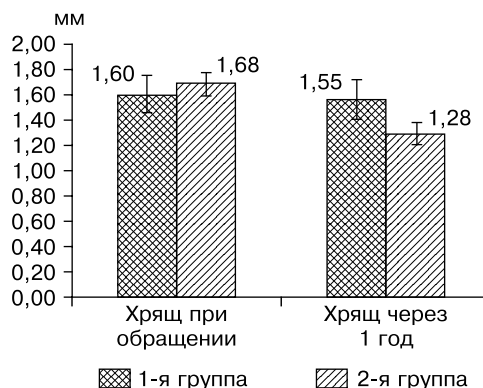


Рис.2. Высота суставного хряща по данным МРТ.

рта больной направляется к врачу (ортодону или ортопеду) для дальнейшего лечения и реабилитации. Затем проводится курс интра- и периартикулярного введения хондропротектора Алфлутопа, оказывающего также противовоспалительное действие.

Для оценки эффективности Алфлутопа все больные случайным методом разделены на две группы, идентичные по половозрастному составу.

Пациентам 1-й группы (23 человека) после артропункции и репозиции суставного диска проводили внутрисуставное (2 раза в неделю, 10 инъекций) введение Алфлутопа в течение 5 нед, пациентам 2-й группы (22 человека) – консервативную терапию ОА без применения хондропротекторов.

Динамику болевого синдрома оценивали с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) на момент обращения, через 3мес и 1год. Визуализацию структур ВНЧС проводили на магнитно-резонансном томографе Signa Infinity фирмы “General Electric” с резистивным магнитом напряженностью 1 Тл. Высоту суставного хряща измеряли в области вершины головки нижней челюсти. Все МРТ-показатели оценивали до лечения и через 12 мес.

Результаты и обсуждение

Среди больных с неуправляемым смещением суставного диска преобладали женщины (93,3%). Средний возраст обследованных составил $27,8 \pm 3,2$ года, средняя длительность болезни 1,2 года.

Улучшение функционального состояния ВНЧС после лечения отмечено в обеих группах. Объем открывания рта, а так жебоковые движения нижней челюсти в сторону, про-

Таблица 1. Объем открывания рта (в мм)

Группа	При обращении	После репозиции	Через 1 год	Friedman ANOVA Chi Squ. (df = 2), p
1-я группа (n = 23)	25,83 ± 1,08	40,17 ± 0,97	38,52 ± 0,87	42,7 < ,001
2-я группа (n = 22)	24,73 ± 1,17	41,59 ± 0,48	38,45 ± 0,73	41,7 < ,001

Таблица 2. Боковые движения нижней челюсти (в мм)

Группа	При обращении	После репозиции	Через 1 год	Friedman ANOVA Chi Squ. (df = 2), p
1-я группа (n = 23)	4,15 ± 0,24	9,28 ± 0,29	9,02 ± 0,27	42,7 < 0,001
2-я группа (n = 22)	4,55 ± 0,24	10,27 ± 0,27	9,14 ± 0,39	41,7 < 0,001

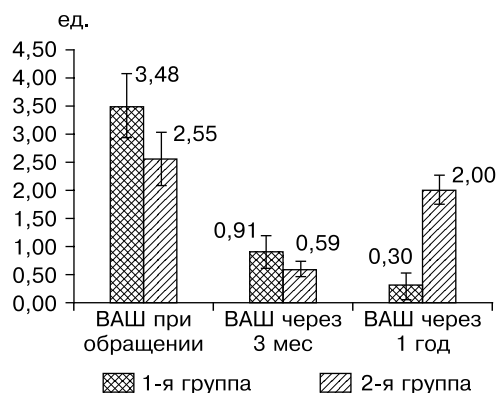


Рис. 3. Динамика болевого синдрома.

типоволожную пораженному суставу, увеличились в обеих группах (табл. 1, 2).

Анализируя высоту суставного хряща по данным МРТ, мы наблюдали следующую картину. В основной (1-й) группе отсутствие отрицательной динамики отмечено у 18 из 23 больных, у 5 пациентов выявлено незначительное уменьшение высоты суставного хряща. В контрольной (2-й) группе у всех пациентов наблюдали отрицательную динамику: результаты контрольной МРТ показали убыль суставного хряща (рис. 2).

Динамика болевого синдрома на момент осмотра в нашем исследовании выглядела следующим образом: через 3 мес от начала лечения интенсивность болевого синдрома снизилась в обеих группах у всех пациентов. Однако при обследовании через 1 год было установлено, что в контрольной группе у 13 (59,1%) из 22 наблюдаемых возобновились боли, которые купировались назначением НПВС и физиопроцедур, тогда как в основной группе боли были лишь у 5 (21,7 %) из 23 пациентов (рис. 3).

Выводы

1. Проведенное исследование свидетельствует о том, что применение в клинической практике предложенного алгоритма с включением в комплекс мероприятий препарата хондропротекторного действия Алфлутопа позволяет в подавляющем большинстве случаев добиться в короткие сроки при минимальном инвазивном воздействии стойких положительных результатов, заключающихся в улучшении функции сустава, купировании воспалительных явлений и болевого синдрома, а также в стабилизации толщины суставного хряща, обеспечивающего амортизационную функцию. Наиболее отчетливо действие препарата проявилось при долгосрочном контроле болевого синдрома.

2. Противовоспалительная терапия, назначаемая перед МРТ, у больных с синовитом на фоне внутренних нарушений, позволяет избежать ложное заключение о неуправляемом смещении суставного диска и определить, таким образом, группу больных, нуждающихся в предложенном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев Г., Кригштейн О. // Междунар. журн. Мед.практики. – 2005. – № 2. – С. 30–37.
2. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. // Фарматека. – 2006. – № 19. – С. 1–5.
3. Писаревский Ю.Л. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у женщин. – Н. Новгород, 2003.
4. Рабухина Н.А., Семкин В.А. // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 33–34.
5. Хватова В.А. Клиническая гнатология. – М., 2005.
6. Chang J., MaX.C., MaD.L., LiX.T., XiaD.L. // Zhonghua Kou Qiang Yi XueZaZhi. – 2004 Jul. – Vol. 39, N 4. – P. 309–312.
7. DeLeeuw R. // Oral Maxillofac Surg Clin. North Am. – 2008 May. – Vol. 20, N 2. – P. 159–168.
8. Dimitroulis G. // Int. J. Oral Maxillofac Surg. – 2005 Jun. – Vol. 34, N4. – P. 345–349.
9. Fujimura K., Kobayashi S., Suzuki T., Segami N. // J. oral pathology medicine. – 2005. – Vol. 34, N 3. – P. 157–163.
10. Hase M. // Aust. Dent. J. – 2002 Jun. Vol. 47, N 2. P. 163–169.

Поступила 20.01.12