

УДК 616.724

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Костина И.Н.

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»

CONSERVATIVE TREATMENT EFFICIENCY OF INITIAL STAGES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT OSTEOARTHRISIS

Kostina I.N.

The Ural State Medical Academy

Лечение остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава комплексное и направлено на снижение прогрессирования заболевания. Традиционная консервативная терапия ранних стадий ОА ВНЧС дает хороший результат лечения у больных в возрасте 30–49 лет при давности заболевания до 5 лет, лёгкой степени тяжести, отсутствии осложнений.

Ключевые слова: остеоартроз, височно-нижнечелюстной сустав, консервативное лечение.

Complex treatment of temporomandibular joint osteoarthritis is aimed on the reduction of the disease progress. Traditional conservative treatment of the temporomandibular joint osteoarthritis on initial stage yields good results in patients at the age of 30 to 40 years with disease progress more than 5 years, at early stage, with absence of complications.

Key words: osteoarthritis, temporomandibular joint, conservative treatment.

Остеоартроз (ОА) – хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом [8].

Важными механизмами патогенеза заболевания считают: 1) нарушение обмена хондроцитов и матрикса суставного хряща из-за потери протеогликанов; 2) подавление синтеза коллагена и протеогликанов хондроцитами из-за увеличения продукции цитокинов, протеолитических ферментов; 3) появление микропереломов трабекул, внутримедуллярной гипертензии в субхондральной области вследствие чрезмерного давления.

Лечение ОА височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) должно быть комплексным и направлено на снижение прогрессирования заболевания. Комплексное лечение ОА объединяет патогенетические и симптоматические аспекты.

Задачи лечения больных ОА: снижение нагрузки на сустав, устранение/уменьшение боли, синовита, улучшение функции сустава, стимуляция/активация метаболических процессов в хрящевой и костной ткани, нормализация внутрикостного и регионарного кровотока, улучшение качества жизни пациента [5, 6].

Цель исследования – изучить эффективность консервативной терапии ранних стадий ОА ВНЧС.

Материал и методы исследования

Проведено обследование и лечение 20 больных с I–II стадией ОА ВНЧС. Пациенты получали консервативное лечение с использованием традиционных средств. Среди больных преобладали женщины (92,5%) в возрасте от 20 до 70 лет. Средний возраст пациентов составил $46,8 \pm 1,45$ года. Длительность заболевания ОА ВНЧС составляла от 1 года до 20 лет; у большинства больных (52,5%) была до 5 лет. Средняя продолжительность заболевания составила $7,3 \pm 0,88$ года.

Лечение пациентов было комплексным и включало назначение НПВП (диклофенак, ортофен, ксефокам и др.), хондропротекторов (румалон, алфлутоп, структум), витаминов группы В, сосудорасширяющих препаратов (никотиновая кислота, никошпан), внутрисуставного введения кеналогов или дипроспана однократно при наличии вторичного синовита, физиотерапевтического лечения (магнитотерапия, ДДТ, ультразвук, фонофорез с гидрокортизоном), массажа мышц воротниковой зоны, миогимнастики. Курс лечения составлял 21–25 дней.

По окончании курса традиционной терапии при достижении состояния относительной компенсации ОА ВНЧС пациенты с вторичной частичной по-

терей зубов направлялись на лечение к ортопедо-стоматологу.

Осмотр больных проводили по окончании курса терапии и через 1 год от начала лечения. При этом у пациентов оценивали характер боли в ВНЧС в покое и при функции, наличие боли при пальпации ВНЧС, диапазон открывания рта, наличие суставных звуков, симптомов синовита и внутренних нарушений (ВН).

Для оценки боли в ВНЧС использовалась вербальная рейтинговая шкала, в которой отсутствие боли соответствовало 0 баллов, слабая боль – 1 баллу, дискомфорт – 2 баллам, умеренная боль – 3 баллам, сильная боль – 4 баллам.

Оценка эффективности лечения проводилась на основании комплекса критериев: хороший результат – восстановление функции ВНЧС, отсутствие боли, суставного шума; удовлетворительный результат – улучшение функции ВНЧС, слабая непостоянная боль при движениях нижней челюсти, непостоянные суставные шумы; незначительная положительная динамика указанных симптомов или её отсутствие оценивались как неудовлетворительный результат.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета программ «Statistica» for Windows 6.1. Вариационные ряды, составленные из числовых значений клинических, рентгенологических и других показателей, подвергались статистической обработке [3]. Для качественных (номинальных) признаков различия частот проверялись с помощью критериев χ^2 и Фишера, Манна – Уитни. Для количественных признаков рассчитывались средние величины и их стандартные ошибки ($M \pm m$). Достоверными считались отличия, для которых уровень значимости был ниже 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

На начало лечения ОА ВНЧС у 60% пациентов была легкая тяжесть заболевания, в 25% случаев выявлен вторичный синовит ВНЧС и в 15% случаев – ВН. Динамическое наблюдение пациентов позволило оценить клинические симптомы ОА ВНЧС и эффективность назначенной терапии.

Боль в покое перед началом лечения у больных ОА ВНЧС была равна $3,7 \pm 0,39$ балла; по окончании курса лечения уменьшилась по сравнению с исходной величиной и составила $2 \pm 0,10$ балла ($p = 0,086$). Через год от начала лечения боль в покое у больных отсутствовала.

Боль при функции ВНЧС по окончании лечения составила $1,5 \pm 0,10$ балла, что меньше, чем исходная величина ($2,5 \pm 0,32$ балла). Через 1 год от начала лечения боль при функции ВНЧС составила $1 \pm 0,05$ балла ($p < 0,001$).

Ночная боль в ВНЧС до начала лечения была равна в среднем $3 \pm 0,30$ балла и в последующем у больных не отмечалась ($p = 0,067$).

Боль при пальпации суставов до лечения и после лечения изменилась в сторону уменьшения. Через

год от начала лечения обнаружено только $5 \pm 4,87\%$ болезненных суставов ($p = 0,178$).

Объём движений в ВНЧС у 70% больных по окончании лечения восстановился полностью, у 30% больных остался ограниченным. Величина максимального открывания рта (МОР) после лечения (в среднем $38,8 \pm 0,74$ мм) изменилась в сторону увеличения в сравнении с МОР до лечения (в среднем $33,9 \pm 1,67$ мм) ($p < 0,001$). Через 1 год от начала лечения МОР составило $40,3 \pm 0,86$ мм ($p < 0,001$).

Суставной шум в ВНЧС до лечения отмечен в $55 \pm 11,12\%$ случаев, после лечения – в $30 \pm 10,24\%$ случаев. Через один год от начала лечения суставной шум был обнаружен также в $30 \pm 10,24\%$ случаев ($p = 0,663$).

Вторичный синовит до начала лечения определялся у $25 \pm 3,74\%$ больных ОА ВНЧС. В процессе лечения и наблюдения признаки синовита сохранились у $5 \pm 4,87\%$ больных ($p = 0,475$). Через 1 год от начала лечения признаков рецидива синовита мы не наблюдали.

У больных ОА было отмечено наличие ВН (смещение диска) в $15 \pm 7,98\%$ случаев. В последующем ВН были отмечены в $10 \pm 6,70\%$ случаев после окончания лечения и в $5 \pm 4,87\%$ случаев через 1 год от начала лечения ($p = 0,789$), что проявлялось у части больных сохранением суставного шума и ограничением открывания рта.

Динамическое наблюдение показывает статистически достоверные изменения боли в ВНЧС при функции ($p < 0,001$) в сторону её уменьшения или исчезновения, увеличение МОР ($p < 0,001$) у больных ОА ВНЧС. Достоверно значимых изменений боли в покое и ночью в ВНЧС у больных в динамике не выявлено ($p > 0,05$), также это относится и к осложнениям ОА ВНЧС (синовит, ВН).

Из 20 больных ОА ВНЧС после проведения традиционной консервативной терапии хорошие результаты лечения получены в $60 \pm 7,40\%$ случаев, удовлетворительные результаты – в $30 \pm 7,06\%$ случаев, неудовлетворительные результаты – в $10 \pm 3,44\%$ случаев.

В зависимости от возраста больных ОА ВНЧС можно отметить, что хороший результат лечения преобладал у больных 40–49 лет. Наибольшее количество больных (35%) с хорошим результатом лечения имели давность ОА ВНЧС от 1 года до 5 лет. Хороший результат лечения преобладал только при лёгкой степени тяжести (40%) ОА ВНЧС.

Неудовлетворительный результат лечения был обусловлен наличием у больных ОА ВНЧС вторичного синовита (5% пациентов) и ВН (10% пациентов).

Учёт особенностей патогенеза, клинических форм, степени тяжести, наличия или отсутствия осложнений у больных ОА ВНЧС позволил назначить комплексное консервативное лечение.

У многих клиницистов не вызывает сомнений комплексный подход к лечению ОА ВНЧС [2, 4, 7]. Однако некоторые специалисты продолжают пропагандировать различные ортопедические способы лечения в качестве основного патогенетического метода лечения ОА ВНЧС [2, 4].

Лечение ОА ВНЧС нельзя ограничить или сосредоточить только на устранении окклюзионных предрасполагающих факторов. Необходимо также улучшить функцию сустава, стимулировать метаболические процессы в хрящевой и костной ткани, нормализовать внутрисуставный и регионарный кровоток, устранить боль [5, 6].

На начальном этапе лечения ОА, когда боль в суставах бывает невыраженной и «чисто механического характера», врачи стран Западной Европы рекомендуют использовать парацетомол, в США – ацетоминофен (тайленол) [8], тогда как отечественные клиницисты к первому ряду анальгетических средств лечения ОА относят НПВП [5].

С патогенетической точки зрения (высокая частота синовита, роль воспаления в прогрессировании болезни) назначение НПВП в начале заболевания представляется оправданным.

Применение глюкокортикоидов пролонгированного действия (метипред, кенолог, дипроспан и др.) позволяет существенно повысить эффективность и безопасность лечения [1].

Хондропротекторы обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов

при ОА, им присуще также ингибирование действия протеолитических ферментов, усиление метаболизма протеогликанов [5]. Лечение этими препаратами позволяет приостановить прогрессирование ОА, снизить количество применяемых НПВП, улучшить качество жизни [5].

Способствуют улучшению метаболизма хряща при I–II стадии ОА экстракт алоэ, АТФ, витамины группы В, никотиновая кислота [6], но специальных контролируемых исследований по изучению их эффективности при ОА не имеется.

Различные физические методы лечения могут быть использованы в лечении больных ОА. Целесообразно сочетать физиотерапию с миогимнастикой, массажем, лечебной гимнастикой, способствующими укреплению мышц, связочного аппарата и улучшающими функцию суставов [5].

В то же время для получения хорошего результата лечения ОА ВНЧС при использовании консервативных методов лечения необходимо учитывать возраст больного, длительность, степень тяжести, стадию заболевания, наличие или отсутствие осложнений. Традиционная консервативная терапия, проводимая на ранних стадиях ОА ВНЧС, позволяет стабилизировать дистрофические изменения в суставе.

Таким образом, хороший результат лечения преобладал у больных в возрасте 30–49 лет при давности заболевания до 5 лет, легкой степени тяжести ОА ВНЧС, отсутствии осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонов Е.Л., Чичасова Н.В., Ковалев В.Ю. Локальная терапия глюкокортикоидами //Рус. мед. журн. – 1999. – Т.7. – № 8. – С. 385-391.
2. Петросов Ю.А., Калпакьянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – Краснодар, 1996. – 352 с.
3. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях – М., 2001. – 256 с.
4. Хватова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Рук. – Н.Новгород, 1996. – 276 с.
5. Цветкова Е.С. Остеоартроз: Метод. рекомендации. – М; 1997.
6. Цурко В.В., Хитров Н.А. Остеоартроз: патогенез, клиника, лечение //Лечащий врач. – 2000. – № 9. – С. 30-38.
7. Boering G., Stegenga G., de Bont L. Temporomandibular joints osteoarthritis and internal derangement. Part I: Clinical course and initial treatment //Int. Dent. J. – 1990. – Vol.40. – № 6. – P. 339-346.
8. Caremer P., Hochberg M. Osteoarthritis //Lancet. – 1997. – Vol. 350. – P. 503-508.