

ЛЕЧЕНИЕ АРТРОЗОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кубанский государственный медицинский университет,

Кубанский медицинский институт

Многолетние клинические наблюдения 188 больных с различной формой артрозов показали, что артрозы в большинстве случаев можно лечить консервативно с применением различных ортопедических аппаратов в комплексе с медикаментозными физиотерапевтическими методами.

Лечение постинфекционных артрозов

Лечение следует проводить комплексно. При сужении суставной щели и резорбции кости суставных элементов необходимо прежде всего разгрузить сустав от чрезмерной нагрузки. В подобных случаях больным необходимо изготовлять повышающие прикус каппы. Прикус повышается на 2,5–3,0 мм в области моляров. А при чрезмерной подвижности мышечков и дискоординации мышечных сокращений следует применять несъемную ограничивающую шину Ю. А. Петросова (1996) и аппарат для лечения дисфункций ВНЧС с привычными вывихами нижней челюсти А. Н. Сидоренко (2006), ограничив открывание рта до 23–24 мм.

Ортопедическим аппаратом больные пользуются 4–6 месяцев.

Внутрь назначаются аспирин, реопирин, бутозолин, метиндол, бруфен. При остром и подостром воспалении ВНЧС хороший эффект дает введение антибиотиков широкого спектра действия (ципрофлоксацин, цифран и др.) внутримышечно, внутрисуставное введение гидрокортизона, гиалуронидазы, лидазы, а при хроническом течении гормональные препараты противопоказаны.

Местно в область суставов назначается электрофо-

рез с 10%-ным раствором салицилового натрия, лидазой, медицинской желчью.

При хроническом течении подобного артрита можно назначить грязелечение, сероводородные, мацестинские ванны.

При ограничении открывания рта после снятия острых воспалительных явлений необходимо назначить озокеритотерапию с миогимнастикой, а при необходимости и с механотерапией. Не следует рекомендовать жидкую пищу и полный покой в суставе во избежание перехода в стойкую контрактуру и возникновения аркилозирования в суставе.

Лечение посттравматического и деформирующего остеоартрозов бывает ортопедическое либо комплексное с хирургическим. В тех случаях, когда больные жалуются на боль, хруст, щёлканье в суставе и атипичные движения нижней челюсти, при пальпации отмечаются либо асинхронные движения суставных головок, либо односторонний, двусторонний вывих, подвывих нижней челюсти. При этом необходимо пользоваться несъемной ограничивающей шиной. В результате ограничения вертикальных, трансвензальных и сагиттальных движений и нормализации состояния зубных рядов создаётся функциональный покой в суставе, устраняются травмирующие факторы, восстанавливается физиологическая функция сустава. После лечения патологические симптомы в суставе устраняются, восстанавливается синхронность сокращения парных жевательных мышц, укрепляется мышечно-связочный аппарат сустава и восстанавливается функция сустава в целом, приостанавливается рост остеофита или деформированной части мышечка.

При смещениях нижней челюсти в сторону, т. е. при односторонних спазмах мышц и деформации головки следует применять миогимнастику с последующим лечением несъемной коронковой шиной с наклонной плоскостью или модифицированной шиной Вебера с наклонной плоскостью.

При снижающемся прикусе, отсутствии дистальной опоры, деформации прикуса для разгрузки суставов по показаниям необходимо изготовить каппу на весь зубной ряд нижней челюсти с повышением высоты нижнего отдела лица до физиологической нормы либо изготовить базисную пластинку на верхнюю челюсть с накусочной площадкой во фронтальном отделе. При дистальных сдвигах нижней челюсти и наличии деформирующего артроза вначале следует изготовить базисную пластинку с наклонной плоскостью во фронтальном отделе под контролем рентгенограмм ВНЧС, установив мышечки в срединное или несколько переднее положение в суставных ямках, т. е. в оптимально удобное для пациента и для нормальной деятельности суставов.

Кроме ортопедического и ортодонтического лечения необходимо выравнивать окклюзию протетическим путём.



Рис. 1. Несъемная ограничивающая шина
Ю. А. Петросова в полости рта



Рис. 2. Ограничивающий аппарат
А. Н. Сидоренко в полости рта

Местно в область суставов при данной патологии назначается электрофорез с 5%-ным раствором йодистого калия, с 2%-ным раствором новокаина, фонофорез с пиланом, с 10%-ным раствором салицилового натрия, втирание анальгезирующей смеси, випротокса, апиэатрона, массаж.

При росте остеофита в сторону суставной полости или при чрезмерном экспансивном росте мышелка или его отростка, резкой деформации мышелка с резким ограничением движения, деформации внешнего вида больного необходимо проводить комплексное (хирургическое и ортопедическое) лечение. Производится операция кондилэктомия с последующим ортопедическим лечением шинами с боковой наклонной плоскостью с последующим выравниванием окклюзионных взаимоотношений зубных рядов ортопедическим и протетическим путём.

Лечение миогенных остеоартрозов

Миогенные остеоартрозы, как указывалось ранее, характерны клювовидным разрастанием на передне-внутренней поверхности мышелка, т. е. на месте прикрепления средних пучков латеральной крыловидной мышцы в результате длительных спастических сокращений.

Целью лечения являются нормализация положения мышелков в суставных ямках, снятие спазма, восстановление синхронности сокращения мышц и нормализация плавности и сочетанности движения мышелков, восстановление функции нейромышечного комплекса. В тех случаях, когда миогенные остеоартрозы протекают на фоне нейромышечного дисфункционального синдрома либо в сочетании с вывихами и подвывихами нижней челюсти, лечение проводится несъёмной ограничивающей шиной или ограничивающим аппаратом. В этих случаях показано ограничение движений в трёх взаимно перпендикулярных плоскостях. При смещениях в сторону следует применять ортопедические шины с наклонной плоскостью в области жевательных зубов.

Для расслабления жевательной мускулатуры и снятия спазма кроме ограничения движений нижней челюсти ортопедическими аппаратами следует назначать миодаккал, сипазон и малые транквилизаторы (тазипам, назипам). Исследования показали, что после снятия спазма и ограничения челюсти приостанавливается рост остеофитов и все симптомы исчезают.



Рис. 3. Модифицированная шина Вебера
с наклонной плоскостью

Мы наблюдали больных с чрезмерными клювовидными разрастаниями одного мышелка и вывихом или подвывихом другого мышелка. При применении ограничивающего аппарата удалось добиться положительного эффекта. Все больные с миогенным остеоартрозом вылечены консервативно независимо от размеров остеофитов.

Лечение больных с обменными артрозами

Лечение больных с обменными артрозами следует начинать с механотерапии с предварительной озокеритотерапии, с миогимнастики, а при резком смещении нижней челюсти необходимо применять шину с наклонной плоскостью. Уместно при обменном артрозе проводить солевыводящую терапию. Назначается далагил или настой комплекса солевыводящих трав (мята – 100 г, крушина – 100 г, трава цикория – 100 г, одуванчик – 100 г, репешок – 100 г, листья шалфея – 100 г, тысячелистник – 100 г, плоды можжевельника – 100 г, чистотел – 100 г, бессмертник – 100 г). Все травы следует пропустить через мясорубку и по 1,5 столовой ложки смеси травы заваривать в полутора стаканах кипятка и настаивать. Полученный настой больные принимают по 0,5 стакана 3 раза в день до еды. Местно на область сустава можно назначить фонофорез с пиланом (состав: пилоидин – 40 г, ланолин – 40 г, анальгин – 10 г, вазелин – 10 г), грязелечение, массаж.



Рис. 4. Коронковая шина с металлической
наклонной плоскостью

При резкой деформации суставной головки, деформации прикуса и асимметрии лица показано хирургическое лечение (кондилэктомия), затем применяется шина с боковой наклонной плоскостью для установления челюсти в срединно-сагиттальной плоскости во время функции. Шиной больные должны пользоваться 5–8 месяцев.

В тех случаях, когда возникает перекрестный прикус и ортодонтическое лечение заведомо не даст положительного результата, а хирургическое противопоказано, следует производить протезирование зубов с двойным (дублирующим) рядом.

Резюмируя данные наших многолетних исследований и лечения больных с артрозами, можем заключить, что даже при значительных деформациях мышц можно обойтись без оперативных вмешательств.

Лечение проводится путём нормализации положения суставных головок в суставных ямках, нормализации деятельности жевательных мышц и соотношения зубных рядов и челюстей. Лишь при чрезмерном разрастании головки, когда консервативное лечение заведомо не может дать положительного результата, следует проводить хирургическое лечение в комплексе с ортопедическим.

Хирургическое лечение заключается в резекции деформированной суставной головки (кондилэктомии), а ортопедическое, направлено на смещение нижней челюсти и удержание её по средней линии лица ортопедическими аппаратами в течение длительного времени (5–6 месяцев), при этом сохраняется движение в суставе.

В результате проведенного лечения артрозов ВНЧС мы рекомендуем при данной патологии устранять этиологический фактор, если он продолжает действовать, нормализовать функцию нейромышечного комплекса ортопедическими аппаратами, выровнять окклюзию и завершить рациональным протезированием зубов с созданием плотного фиссурно-бугоркового контакта в зубных рядах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владыченкова Т. Н. Вопросы патогенеза, клиники и лечения инфекционного неспецифического воспаления височно-нижнечелюстного сустава и его дисфункции. (Клинич. исслед.): Автореф. дис. канд. мед. наук. Смоленск, 1974. 20 с.
2. Максудов М. М., Драновский Т. Е. Лечение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 1981. Т. 60, № 1. С. 44–46.
3. Насибуллин Г. Г., Зизевский С. А. Опыт лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава временной перестройкой прикуса // VIII Всесоюз. съезд стоматологов. Тезисы докладов. М., 1987. С. 205–206.
4. Петросов Ю. А., Калпакьянц М. П., Сеферян К. Г. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Краснодар, 1996. 325 с.
5. Хватова В. А. Диагностика и лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного нарушением функциональной окклюзии // Стоматология. 1985. № 6. С. 63–66.
6. Чердниченко Ю. Б. Ортопедическое лечение дисфункций, артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава // Сборник науч. трудов. Л., 1987. С. 133–138 (рукоп. депон. во ВНИИМИ МЗ СССР № 13874-87, с. 133–138).
7. Poswillo D. Experimental investigation of the effects of intra-articular hydrocortisone and high condylectomy of the mandibular condyle // Oral. Surg. 1970. Vol. 30, № 2. P. 161–173.
8. Yatani H., Minakuchi H., Matsuka Y., Fujisawa T., Yamashita A. The long-term effect of occlusal therapy on self-administered treatment outcomes of TMJ // J.Orfac.Pain. 1998. Vol. 12, № 1. P. 75–88.

**A. N. SIDORENKO, Y. A. PETROSOV,
K. G. SEFERYAN, M. P. KALPAKYANTS**

TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT ARTHROSIS

The article describes orthopedic treatment of 188 patients having various forms of arthroses of temporomandibular joint using the devices of our design.

Key words: arthrosis, orthopedic devices, treatment arthrosis.

А. Н. СИДОРЕНКО

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПРИВЫЧНЫМИ САГИТАЛЬНЫМИ СДВИГАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кафедра ортопедической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета

Заболевания ВНЧС широко распространены среди населения. Результаты многих исследований показывают, что дисфункция встречается в основном у пациентов в возрасте от 18 до 25 лет. По данным А. N. Goss, B. Speculand, пациенты в молодом возрасте страдают в 80%, по данным Ors (1982) – в 75,2%. Женщины болеют в 3 раза чаще, чем мужчины. Некоторые авторы не отмечают различий в распределении этого заболевания по полу [8, 9, 10]. Широкая распространенность отдельных симптомов ВНЧС у населения требует от практикующих врачей-стоматологов определенной целенаправленности на активное выявление больных с

хроническими формами заболевания ВНЧС. Отсутствие общих критериев при обследовании ВНЧС приводит к разноречивым показателям в эпидемиологических работах. Дисфункциональные заболевания составляют самую большую группу в патологии ВНЧС.

Согласно литературным данным дисфункциональные состояния височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются значительно чаще, чем другие заболевания ВНЧС (артриты, артрозы, анкилозы). Частота возникновения дисфункций, по данным ряда авторов, составляет от 27,5% до 43,3%.

Клинические наблюдения показали, что дисфункция