

УДК 616.724:615.273

© С. І. Черкашин, Л. В. Ребуха

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Історичні та сучасні погляди на класифікацію, клініку, діагностику хронічних артритів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС)

Резюме. Погляди на класифікацію, клініку, діагностику хронічного артриту СНЩС не є досконалими, так як не враховують показники стану мінеральної щільності кісткової тканини, морфометричні особливості мікроциркуляторного русла у хворих на запально-деструктивні захворювання СНЩС.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС), хронічний артрит СНЩС, симптомокомплекс, біль, склерозуюча терапія, клацання в суглобі, симптоми.

С. І. Черкашин, Л. В. Ребуха

Тернопольский государственный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского

Исторические и современные взгляды на классификацию, клинику, диагностику хронических артритов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)

Резюме. Взгляды на классификацию, клинику, диагностику хронического артрита ВНЧС не являются совершенными, так как не учитывают показатели состояния минеральной плотности костной ткани, морфометрические особенности микроциркуляторного русла у больных на воспалительно-деструктивные заболевания ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), хронический артрит ВНЧС, симптомокомплекс, боль, склерозирующая терапия, щелканье в суставе, симптомы.

S. I. Cherkashyn, L. V. Rebukha

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

Historical and modern views on the classification, clinic, diagnostics of chronic arthritis of temporomandibular joint (TMJ)

Summary. Views on classification, clinical picture, diagnosis of chronic arthritis of TMJ are not perfect, as they do not include indicators of bone mineral density, morpho-metric characteristics of microcirculation in patients with inflammatory - destructive diseases of temporomandibular joint.

Key words: temporomandibular joint TMJ, chronic arthritis of TMJ, symptom, pain, sclerosing therapy, clicking in the joint, symptoms.

Захворювання скронево – нижньощелепного суглобу (СНЩС) у людини спостерігається з давніх давен. Але на цю проблему почали звертати увагу не в останні 40 – 50 років. З'явилось багато різних, нерідко суперечливих, поглядів на клініку, патогенез і методи лікування захворювань СНЩС. В 1934 році J. Costen описав симптомокомплекс, який потім стали називати синдромом Костена. У беззубих пацієнтів і в людей з пониженим прикусом J. Costen часто спостерігав постійне, або періодичне погіршення слуху, шум у вухах, клацання в суглобі під час прийому їжі, тупу болючість всередині, або ззовні вуха, головокружіння, різкий періодичний головний біль. Також відмічалась болючість, що виникала в ділянці хребта, потилиці, позаду вушної раковини, яка посилювалась до кінця дня та почуття печії в горлі і в носі. В подальших працях J. Costen додав в цей симптомокомплекс багато інших симптомів: глосоденію і герпес (1935 р.), невралгію язикоглоткового нерва (1936 р.), зведення щелеп (1938 р.). Крім того, він писав різні методи вираження і різне поєднання цих симптомів під час захворювання. Іноді, він підкреслював особливе значення болю і виділяв невралгію нижньощелепного суглобу.

Однак Л.Р. Рубин і Л.Є. Шаргородский (1965 р.), прийшли до висновку, що J. Costen описав не всі симптоми, які спостерігаються при порушенні прикусу. J. Costen не згадував про нестерпний біль, де, в одному випадку, локалізується в різних зубах, а в іншому – в певній групі зубів (частіше за все у фронтальній). Крім того, у таких пацієнтів спостерігались нестерпного характеру парестезії, секреторні розлади у вигляді ксеростомії і порушення трофіки. Виходячи з цього, автори вважають, що при патології прикусу вірніше говорити не про синдром Костена, а про синдром патологічного прикусу.

На думку В.А. Хватової під синдромом Костена розуміють артрозоартрит СНЩС, пов'язаний із зниженням оклюзійної висоти. Після ортопедичного лікування синдрому Костена В.А. Хватова відмічала зменшення, або ліквідацію відповідних симптомів. Якщо після ортопедичного лікування синдрому Костена біль і хруст в суглобі не зникли, то автор рекомендувала застосовувати гальванізацію або електрофорез з новокаїном на суглоб та внутрішньосуглобові ін'єкції гідрокортизону. При

синдромі Костена введення гідрокортизону в суглоб протипоказане, так як може сприяти деструкції хрящового покриття елементів суглобу [7].

В подальшому В.А. Хватова (1982 р.) виділила м'язово – суглобові дисфункції, які, на її думку, обумовлені, як патологічними процесами (запальні, дегенеративні та інші) в самих м'язах, так і змінами в зубощелепній системі. Майже кожна людина багаторазово переносить карієс, пульпіт, періодонтит та інші стоматологічні захворювання. У багатьох людей відмічається зниження висоти прикусу, різні деформації зубних рядів та щелеп, але м'язово – суглобова дисфункція виникає не у всіх.

В цей же час, у деяких пацієнтів з інтактною, або санованою порожниною рота і відсутністю патологічних процесів в самих м'язах виникає м'язово – суглобова дисфункція. Як свідчать дані L. Schwartz (1959, 1969 рр.) провідна роль, в цих випадках, належить психоемоційним порушенням, бруксизму і іншим факторам.

Анатомічні дослідження Н. Sicher показали, що вухо-скроневи нерв, барабанна струна і слухова труба знаходяться далеко від головки нижньої щелепи і не можуть її торкатись. Отже, описане J. Costen, зміщення головки нижньої щелепи і її тиснення на нервові стовбури анатомічно не обґрунтовані.

L.W. Schultz (1943) запевняв, що місцевий або іррадіючий біль, вивих або підвивих, клацання, шум в суглобі пов'язані з надмірною рухливістю головки нижньої щелепи, яка виникає в результаті слабкості та розтягування капсули і зв'язок СНЩС. Для того, щоб їх підкріпити, автор рекомендував вводити в капсулу суглоба склерозуючі речовини. За спостереженнями L.W. Schultz, склерозуюча терапія знімала біль, клацання, зменшувала можливість виникнення випадків підвивиху і звичайного вивиху СНЩС.

На відміну від інших суглобів, рухи в СНЩС визначаються перш за все м'язами, і, в меншій мірі, зв'язками та формою суглобових поверхонь. Спостереження багатьох авторів показали, що порушення функції СНЩС обумовлено не слабкістю зв'язок, а змінами складного нервово – м'язового механізму, що контролює і регулює всі рухи в суглобі.

На думку Н.Н. Михельсона (1951), З.М. Померанцевой – Урбанской (1951), клацання в

суглобі виникає внаслідок згинання з наступним розправленням диску при рухах нижньої щелепи, або при появі нерівності на поверхні диску. Своєрідна анатомічна будова не дозволяє диску, що розміщений між двома кістковими поверхнями, змінити форму, коли він ковзає по суглобовому горбику.

L. Rees (1954) прийшов до висновку, що під час рухів нижньої щелепи диск і головка можуть проходити різний шлях. При відкритті рота головка сповзає з потовщеного переднього краю диска вперед і викликає появу клацання в суглобі.

Зміщення нижньої щелепи в здоровий бік може бути пов'язане з гіперфункцією нижньої головки латерального крилоподібного м'яза на ураженому боці. Аналіз літератури показав, що багато авторів шукають основну причину клацання в суглобі не в деформації диску та інших елементів з'єднання, а в дисфункції, неодноразовому скороченні жувальних м'язів, головним чином латерального крилоподібного м'язу.

Іншим симптомом, що зустрічається дуже часто, є больовий симптом у дисфункції СНЩС. Звичайною причиною болю в СНЩС, на думку Н. Sicher (1954), являється спазм жувальних м'язів.

H.G. Wolff (1948) відмітив, що довготривале скорочення жувальних м'язів може бути пов'язане із запальним процесом та з подразненням будь-якої частини черепа, верхнього шийного сегмента та зубів.

Але, найбільш часто, скорочення м'язів розвивається під дією стресу. При загальному збудженні, напружені жувальні м'язи можуть залишатись довший час у скороченому стані. Ізольоване скорочення тільки жувальних м'язів зустрічається рідко, одночасно з ними в процес втягуються і деякі м'язи шиї.

M.S. Vgod (1969) відмітив, що синдром больової дисфункції СНЩС виникає в результаті порушення гемостазу в цілому організмі.

Синдром больової дисфункції СНЩС часто виникає у людей з нормальним прикусом і інтактними зубними рядами. В цих випадках захворювання розвивається в результаті порушення складного нейром'язового механізму, контролюючих і здійснюючих гармонійні рухи нижньої щелепи. В той же час, у багатьох людей біль повністю відсутня при різкому зниженні прикусу, при повній втраті зубів,

або великій деформації кісткових елементів суглобу, щелеп, зубних рядів, при дефектах значних ділянок щелеп, м'язів, а виникає лише після травми та хірургічних втручань.

Отже, біль в ділянці СНЩС часто не зв'язана із зниженням прикусу і зміщенням головки нижньої щелепи назад. Для появи болю необхідно не один етіологічний фактор. Частіше всього, це спостерігається у неспокійних, запальних, психічно неврівноважених людей. Як правило, біль виникає в результаті спазму жувальних м'язів і носить функціональний м'язово – фаціальний характер. Зняття спазму жувальних м'язів проводиться за допомогою блокади слабким розчином анестетика тільки рухомих гілок трійчастого нерва у ділянці підскроневого гребня.

H. Sicher (1954) підкреслював, що не можна перебільшувати роль жувальних м'язів у формуванні болю в ділянці СНЩС. Оклюзія, опірний апарат зубів, жувальні м'язи і СНЩС утворюють взаємопов'язану функціональну єдність, яка регулюється центральною нервовою системою і має стабільну саморегуляцію всіх функціонуючих частин.

Фундаментальною працею цього періоду виявилась монографія L. Schwartz (1959). В ній автор узагальнив особливі багаторічні клінічні спостереження, які стосуються патології СНЩС у 2500 пацієнтів, і дані літератури по цьому питанні.

В 1969 р. вийшла друга книга L. Schwartz і С. Chaves. В ній автори провели аналіз СНЩС у 5000 пацієнтів. Отримані результати ще раз підтвердили попередні висновки L. Schwartz. Він винайшов ряд симптомів, на які С. Costen не звернув увагу. Там, де він спостерігав окремі симптоми синдрому Костена, автор не зміг їх пов'язати із зниженням прикусу. L. Schwartz також не виявив зв'язок патології суглобу з надмірною рухливістю головки нижньої щелепи. З анамнезу він встановив від'ємну реакцію багатьох пацієнтів на введення склерозуючих речовин в періартрикулярні тканини, або в суглоб. L. Schwartz часто спостерігав хрускіт в СНЩС. За цим нерідко наступало обмеження закриття рота, з'являлись постійні ниючі болі в жувальних м'язах, іррадіюючи при цьому в скроневу ділянку, вухо, шию ураженої сторони. Як правило, болью збільшувалась при рухах нижньої щелепи. Після зникнення болю і обмеженого

відкриття рота нерідко знову виникав хрускіт в суглобі. Автор запропонував назвати цей симптомокомплекс синдромом больової дисфункції СНЩС. Така назва наводиться в класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (1973), як синонім синдрому Костена.

До кінця 50-х років багато іноземних авторів пов'язують розвиток різних патологічних процесів в СНЩС зі станом жувальних м'язів. В той самий час, ймовірно, що різні види оклюзійної дисгармонії можуть порушувати нервово-м'язову функцію і, в окремих людей, викликати перевтомлення та спазм жувальних м'язів. Зуби є не тільки кінцевим робочим органом жувальної системи, але і чутливим сенсорним органом на початку нейром'язової рефлекторної дуги, тому будь-яке порушення оклюзії може привести до порушення рефлекторної рівноваги.

A.S. Franks (1965) запропонував компромісну точку зору. На його розсуд, оклюзійні зміни викликають мінімальні порушення в суглобі.

G. Christensen і D. Moesmann (1967) на підставі експериментальних даних досліджень прийшли до висновку, що причиною „м'язового фіброзиту“ може бути гіперфункція м'язів, при якій виникає механічне пошкодження міжфібрилярної сполучної тканини. Це виявляється у розвитку асептичного серозного запалення. набряк виникає разом з дегенерацією м'язових волокон.

Висновок цих авторів не можна вважати достатньо обґрунтованим. Зате вони продемонстрували зв'язок патологічного процесу у суглобі з підвищеною функцією м'язів.

Одною із причин хронічного артрити являється порушення метаболізму суглобового хряща внаслідок зовнішніх і внутрішніх факторів. До зовнішніх факторів відносяться дефекти зубних рядів, зміна висоти прикусу (частіше його пониження). Все це сприяє перевантаженню, що перебільшує фізіологічну витривалість хряща. До внутрішніх факторів відносять порушення мікроциркуляції в тканинах суглобу, зменшення резистентності хряща до звичайних фізіологічних навантажень.

Ю.Й. Бернадский підкреслював, що при хронічних артритих в патологічний процес втягаються внутрішньосуглобовий диск і хрящеві суглобові поверхні.

В останні роки багато дослідників враховували велике значення емоційного компонента, дотримувались психофізіологічної теорії походження синдрому больової дисфункції СНЩС.

Отже, підвищена активність жувальних м'язів часто виникає під дією напруження центральної нервової системи. На периферії її дії проявляються у вигляді парафункції і бруксизму, що приводить до появи почуття втоми жувальних м'язів, до їх спазму і розвитку симптомів синдрому больової дисфункції.

Існує велика кількість класифікацій захворювань і порушень СНЩС, які на певних етапах відіграли позитивну роль. Але більшість із них застаріли і мають лише історичний інтерес. Так в Радянському Союзі в 1951 році на пленумі Всесоюзного антиревматичного комітету була прийнята номенклатура захворювань суглобів і поза суглобових м'яких тканин опорно-рухового апарату, в основу якої були закладені етіологічні, патогенетичні і клініко-анатомічні прикмети. Тобто, всі артрити поділялися на інфекційні, неінфекційні (або дистрофічні) і травматичні. Перші поділяються на неспецифічні (ревматичні, ревматоїдні) і специфічні (гонорейні, грипоznі, скарлатиноznі, туберкульозні, бруцельозні і т. д.). Неінфекційні артрити (дистрофічні, або артрози) діляться на обмінно-дистрофічні, нейро-дистрофічні, ендокринопатичні і ін. Травматичні артрити виникають на ґрунті хронічної мікротравми (при порушенні функції зубних рядів) або гострої травми.

В зв'язку з успіхами клінічної та теоретичної ревматології ця класифікація була доповнена на I Всесоюзному з'їзді ревматологів у 1971 році [8]. Класифікація включала запальні захворювання суглобів (артрити), дегенеративні (артрози), особливі форми (пухлини, психогенні артропатії), артрити і артрози, зв'язані з іншими захворюваннями, травматичні артрити, позасуглобові захворювання опорно-рухового апарату

Бургонская В.И. вважала за потрібне класифікувати неспецифічні запальні і дистрофічні захворювання СНЩС в три групи: артрити, артрози, артритоартрози .

Ю.Й. Бернадский у 1984 році доповнив дану класифікацію, де артрити розділяє на травматичні, ревматоїдні і ревматичні. В.А. Хватова відмічала, що дана розширена класифікація є

найбільш простою і зручною для практики. Хоча, автор пропонувала у 1982 році слідує розділення нозологічних форм захворювань СНЩС: артрити (гострі і хронічні), артрози (склерозуючі і деформуючі, в хронічній стадії і в стадії загострення), м'язево-суглобові дисфункції, анкілози, пухлини. Артрити можуть бути: травматичні, неінфекційні (при ендокринних та обмінних порушеннях) і інфекційні (специфічні та неспецифічні).

Нові діагностичні можливості дозволяють деталізувати зміни в елементах СНЩС та оточуючих тканинах СНЩС, що дозволило у більшості переглянути значимість та частоту тієї чи іншої патології. Згідно X Міжнародної класифікації, захворювання суглобу віднесені до двох класів [4].

Клас XII. Шелепо-лицеві аномалії (включаючи аномалії прикусу), розділ 6 „Хвороби скронево-нижньощелепного суглобу“:

1. Синдром больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу
2. Клацаюча щелепа.
3. Вивих і підвивих скронево-нижньощелепного суглобу.
4. Біль у СНЩС, не класифікована в інших рубриках.
5. Тугорухомість СНЩС, не класифікована в інших рубриках.
6. Остеофіти скронево-нижньощелепного суглобу.
7. Інші уточнення хвороби СНЩС.
8. Хвороба СНЩС без уточнень.

Клас XIII. Хвороби кістково – м'язової системи і сполучної тканини.

Артропатії:

1. Інфекційні артропатії: біогенний артрит, реактивні артропатії, хвороба Рейтера.
2. Запальні поліартропатії: серопозитивний ревматоїдний артрит, синдром Фелті, інші ревматоїдні артрити, юнацький артрит.
3. Травматичні артропатії.

Артрози:

1. Поліартроз.
2. Остеоартроз.
3. Первинний артоз.

Таким чином, в теперішній час чітко розрізняють дві самосійні групи захворювань СНЩС: 1) захворювання, при яких спостерігається ураження суглобових тканин (XIII

клас); 2) захворювання, обумовлені патологією жувальних м'язів (XII клас) і будовою зубощелепної системи.

Найбільш вдалою вітчизняною класифікацією захворювань СНЩС ми рахуємо класифікацію запропоновану П.З. Сисолятиним, В.М. Безруковим і А.А. Льїним у 1997 році.

Артикулярні захворювання:

1. Запальні (артрити).
2. Незапальні.
- 2.1. Внутрішні порушення.
- 2.2. Остеоартрози:

– не зв'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС, первинні або генералізовані;
– зв'язані з внутрішніми порушеннями СНЩС (вторинні).

- 2.3. Анкілози.
- 2.4. Вроджені аномалії.
- 2.5. Пухлини.

Неартикулярні захворювання:

1. Бруксизм.
2. Больовий синдром дисфункції СНЩС.
3. Контрактури жувальних м'язів.

Наявність різноманітної класифікації [1, 4] захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) (артрит, артроз, артритоартроз, больова дисфункція, артропатія і інші), свідчить про недосконалість методів діагностики захворювань СНЩС, основаних на рентгенографії [5] і функціональному аналізу зубощелепної системи.

Однотиповість симптомів при захворюванні СНЩС (самовільна біль, біль при відкритті рота, при пальпації, зміщення середньої лінії обличчя при відкритті рота, хруст в суглобі, туго рухомість), а також рентгенологічні зміни в суглобі, можуть бути характерними ознаками для багатьох форм захворювань СНЩС, в залежності від стадії процесу [1]. Все це обумовлює значні труднощі в діагностиці хронічних артритів СНЩС.

В процесі діагностики необхідно детальне дослідження всього опорно – рухового апарату, включаючи хребет, що сприяє виявленню суттєвих діагностичних прикмет, в тому числі, і стертих симптомів запалення, на яких сам хворий не звертає увагу [2, 3].

Застосування сучасної обчислювальної техніки для кількісної оцінки кісткової структури по рентгенограмах – найбільш перспективний напрямок в рентгенологічній остео-

логії. Введення з допомогою ТУ-камери або сканера в пам'ять комп'ютера рентгенівського зображення надає можливість по створеному алгоритму оцінити наступні параметри кісткових трабекул: кількість, ширину, висоту, площу та щільність. Програма індивідуально оцінює параметри кожної кісткової структури і степінь їх відхилення від фізіологічної вікової норми, що підвищує ефективність клінічної діагностики стану скелету.

Для кількісної оцінки мінеральної щільності кісткової тканини використовуються радіонуклідні методи – одно – або двофотонна абсорбціометрія. Методи ґрунтуються на поглинанні кістковою тканиною енергії фотонів радіонуклідів, що направлені вузьким пучком через каліметр і реєстрації „піків накопичення” сцинтиляційним детектором.

В останній час є дві найбільш відомих компанії по виробництву діагностичного облад-

нання в сфері остеології – LUNAR Corp. і HOLOGIC Inc випускають двофотонні рентгенівські денситометри (Dual Energy X – Ray). На сьогодні рентгенівська денситометрія – це найкращий метод визначення мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ). ДХА – денситометри забезпечують високу швидкість та точність замірювань. Застосування рентгенівських денситометрів зробило можливим оцінити розвиток остеопатій на протязі декількох місяців, що відкрило нові можливості для клінічних спостережень за ефективністю методів лікування.

Лабораторне дослідження суглобової рідини відіграє вирішальну роль у диференціальній діагностиці хронічних артритів СНЩС. Виявлено, що при хронічних артритах СНЩС зміни синовіальної рідини мають запальний характер. Дане дослідження зменшує діагностичні помилки на 20%.

Список літератури

1. Агабабова Э.Р. Артриты / Э.Р.Агабабова // Клиническая медицина. – 1991. – Т.69., №7. – С. 117-119.
2. Алякина В. Структурные изменения костей (по данным гистологического анализа) у больных ревматоидным артритом и остеоартрозом / В. Алякина, З.Мацкявичус, Е. Черемных // Пробл. остеології. – 1999. – Т.2, № 1. – С. 28-31.
3. Башинський Г.П. Вплив галогенного кісткового матрикса на процеси відновлення суглобового хряща / Г.П. Башинський // Вісник стоматології – 1996. – № 2. – С. 31-33.
4. Безруков В.М. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. / В.М. Безруков, Т.Г. Робустова – М: Медицина, 2000. – Т.1. – С. 620-621.
5. Головач І.Ю. Прояви системного та білясуглобово-

- го остеопорозу при ревматоїдному артриті: порівняльна характеристика / І.Ю. Головач // Галицький лікарський вісник. – 1998. – Т.5, № 2. – С. 36-39.
6. Дымкова В.Н. Лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава / В.Н.Дымкова, М.Я. Пичукин // Стоматология. – 1989. – № 6. – С. 56-58.
7. Коваленко В.Н. Влияние гормональной терапии на развитие остеопороза / В.Н Коваленко, О.П. Борткевич, Ю.Ж. Головков // Матер. наук.-пркт. конф. „Актуальні проблеми геріартричної ортопедії”. – Київ, 1996. – С. 36.
8. Рижик В.М. Клініко-рентгенологічна диференціальна діагностика захворювань скронево-нижньощелепних суглобів / В.М. Рижик, П.Ф Дудій, Г.П. Рузін // Вісник стоматології. – 1995. – № 2. – СІ 14-117.

Отримано 22.03.11