

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ПРИНЦИПІВ ЛІКУВАННЯ ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ПРИНЦИПІВ ЛІКУВАННЯ ДИСТРОФІЧНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ СУГЛОБІВ – У статті представлено морфофункціональний аналіз елементів скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) при захворюванні на артрозо-артрит. Встановлено наявність грубих дегенеративних та запальних процесів у всіх елементах суглоба і залежність виникнення даної патології від віку, статі, соціальних чинників та перенесених супутніх захворювань. Визначено особливості діагностики та принципи лікування дистрофічно-запальних захворювань СНЩС.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИ-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ – В статье представлен морфофункциональный анализ элементов височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) при заболевании артрозо-артритом. Установлено наличие грубых дегенерирующих и воспалительных процессов у всех элементах суглоба и зависимость данных патологий от возраста, пола, социальных факторов и перенесенных сопутствующих заболеваний. Определены особенности диагностики и принципы лечения дегенеративно-воспалительных заболеваний ВНЧС.

PECULIARITIES OF CLINIC, DIAGNOSTICS AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF THE DYSTROPHIC- INFLAMMATORY DISEASES OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS – The morphofunctional analysis of temporomandibular joints' (TMJ) elements at a disease on arthroso-arthritis is presented in this article. The presence of rough degenerative and inflammatory processes in all elements of a joint and dependence of these pathologies is set on age, sex, social factors, carried and concomitant diseases. The features of diagnostics and principles of treatment of the dystrophic-inflammatory diseases of temporomandibular joints were determined.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС), артрозо-артрит СНЩС, суглобова капсула, суглобовий диск, суглобовий хрящ, кортикальні пластинки, суглобова щілина.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), артрозо-артрит ВНЧС, суставная капсула, суставной диск, суставной хрящ, кортикальные пластинки, суставная щель.

Key words: temporomandibular joint (TMJ), arthroso-arthritis of TMJ, articular capsule, articular disk, articular cartilage, cortical plates, articular crack.

ВСТУП На сьогодні існує багато суперечок щодо правильності постановки діагнозу артрозо-артриту. Так, при зверненні пацієнта зі скаргами на біль у СНЩС і наявності дегенеративних змін в рентгенологічній картині стоматолог, як правило, ставить діагноз загострення хронічного артрозу або артрозо-артриту СНЩС [1]. Таке формулювання діагнозу багато лікарів вважає не правильним. Зокрема, за твердженням П. І. Іващенко (2007) постановка такого діагнозу невірна, оскільки вона суперечить принципам його постановки. По-перше, за словами автора, артроз як дегенеративне захворювання не може давати загострень. По-друге, при постановці діагнозу на перше місце при наявності дегенеративних і запальних змін ставлять запалення,

а тому термін “артрозо-артрит” не правосильний. Правильніше, на його думку, було б сказати “артрит на фоні остеоартрозу СНЩС” [6].

Слід врахувати і думку інших авторів Ю. І. Бернадський (1970), Б.К. Костур и соавт. (1981), П. М. Егоров, И. С. Карапетян (1982), Ю. А. Петросов (1985), П. Г. Сысолятин и соавт., В. А. Миняева (1989), Т. А. Сергеева (1997), А. Я. Вязьмин (1999) та інші, які виділяли артрозо-артрит як окремий діагноз. Зокрема, за пропозицією В. І. Бургонської і Ю. І. Бернадського, ще в 1968 році при вираженому больовому синдромі й наявності дистрофічних процесів в елементах СНЩС слід ставити діагноз артрит-артрозу. За їх словами, виникнення болю у пацієнтів з артритом-артрозом пов'язане з перенесеним грипом, ангіною, простудними захворюваннями або з гострою травмою, втратою зубів, зміною прикусу тощо. Спочатку захворювання перебігає за типом гострого артрити, потім набуває затяжного характеру з періодичними загостреннями, частіше весною чи осінню. У результаті цих змін на рентгенограмах СНЩС в таких хворих виявляють деструктивні та реактивні зміни. Зважаючи на таку послідовність процесів, В. І. Бургонська та Ю. І. Бернадський вважали правильною постановку діагнозу артрит-артрозу СНЩС [2, 7–10].

Ми поділяємо думку щодо коректності діагнозу артрозо-артриту. Це пояснюємо тим, що до будь-яких дегенеративних змін, що відбуваються в СНЩС при артрозі чи дисфункції на різних стадіях, приєднується запальний процес того чи іншого ступеня. А отже, не залежно від назви (артрозо-артрит чи артрит-артроз) в суглобі одночасно перебігає дегенеративний і запальний процеси, що і визначають діагноз і тактику лікування.

Зважаючи на суперечливість думок, серед авторів є необхідність достеменно дослідити морфофункціональний стан елементів СНЩС: суглобової капсули, суглобового диска, кортикальних пластинок суглобових поверхонь і скроневої кістки, суглобової щілини, суглобового хряща при захворюванні на артроз за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД), а також визначити особливості діагностики та принципів лікування дистрофічно-запальних захворювань СНЩС.

Метою дослідження стало встановити морфофункціональний стан капсули, диска, хряща, суглобової щілини і кортикальних пластинок залежно від віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань і дослідити особливості клініки, діагностики та принципів лікування дегенеративно-запальних захворювань СНЩС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз 97 медичних карт (форма 043-о) пацієнтів із артрозо-артритами СНЩС (обстежено 115 суглобів). Вивчали вікові, статеві й професійні особливості, скарги пацієнта та симптоматику, залежність від місця проживання, віку, статі, соціальних чинників, перенесених та

супутніх захворювань. Діагноз встановлювали на підставі анамнезу захворювання, клінічних показників, рентгенологічних та ультразвукових даних системи ESAOTE Megasc VX.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У результаті проведеного аналізу досліджень із 97 хворих на артрозо-артрит СНЩС жінок було 72, чоловіків – 25. Вік хворих коливається від 14 до 74 років. Мешканці міст хворіють в 2,4 раза частіше, ніж сільські жителі, а службовці у 3,7 раза частіше, ніж безробітні. Варто зазначити, що дана патологія була двобічною у 18 пацієнтів, натомість кількість пацієнтів з однією артросами становила 79. Тобто всього обстежено 115 суглобів із захворюванням на артрозо-артрит. Обстежено 64 пацієнти першого зрілого віку (20–35 років) із захворюванням на артрозо-артрит СНЩС, кількість жінок та чоловіків другого зрілого віку (35–55 років) – 28, пацієнтів похилого віку – 5.

У результаті проведених нами досліджень встановлено, що середня тривалість захворювання на артроз СНЩС в обстежуваних пацієнтів становить від 6 місяців до 3 років, при чому у 87 % випадків жодного лікування не проводилось. Лише 13 % хворих звернулися в лікувальний заклад у зв'язку із загостренням. Аналіз медичних карт стоматологічних хворих щодо анамнезу життя та захворювання показав, що серед перенесених захворювань в анамнезі у 59 % пацієнтів були грип та ангіна, у 17 % обмінні, нервові, ендокринні порушення, в 13 % – отит та гайморит, у 8 % – травми щелеп, у 3 % – інші соматичні захворювання. Супутніми захворюваннями, поряд з патологією СНЩС, у обстежених пацієнтів в анамнезі були ревматоїдний артрит та ревматичний поліартрит (у 13 %), ендокринні, нервові та обмінні порушення (в 15 %), інша соматична патологія – 3,5 %. Також у 42 % обстежених пацієнтів виявлено патологічний прикус, у 3,5 % – бруксизм, у 21 % – порушена цілість зубних рядів, у 6,5 % – невдало виготовлений протез і лише у 27 пацієнтів не спостерігали порушень з боку зубощелепної системи.

Аналіз функціональних показників зубощелепної системи показав, що в більшості пацієнтів із захворюваннями СНЩС відзначають обмежене відкриття рота, зміщення середньої лінії у бік ураженого суглоба, що, очевидно, свідчить про міогенне, нейрогенне й артрогенне їх походження. При відкритті рота нижня щелепа зміщується в бік, здійснюючи S-подібний рух. Наявний обмежений об'єм руху на ураженому боці. Суглобовий шум у обстежених хворих мав характер хрусту, в 14 % хворих прослуховується клацання, що свідчить про порушення координації рухів диска і головки. У 90 % пацієнтів пальпаторно відзначається біль попереду козелка вуха, а також у ділянці слухового проходу.

Аналіз даних ультразвукової діагностики показав, що у всіх пацієнтів з артрозо-артритом СНЩС візуалізація суглоба задовільна. Суглобова капсула збільшена у розмірах, її стінки потовщені, неоднорідно підвищеної ехоструктури, з однорідно гіпоехогенним вмістом, капсула цілісна у 36 пацієнтів. У 31 пацієнта виявлено збільшення в розмірах суглобової капсули, її стінки не визначаються одним цілим, не потовщені, капсула на рівні проекції суглобової щілини має дуго-

подібне випинання. У 13 пацієнтів суглобова капсула невизначеної форми, просвіт капсули однорідно гіпогенний, без включень, стінка капсули неоднорідна, нерівномірної товщини, з нечіткими розмитими контурами. Суглобова капсула деформована, здебільшого дугоподібної потовщеної форми, спостерігалась у 17 пацієнтів. Стінки капсули неоднорідні, переважно щільні, нерівномірної товщини за рахунок сегментарного потовщення, з нечіткими розмитими контурами. Просвіт капсули в даному випадку містив помірні паракапсулярні дисперснорідні включення, що свідчить про приєднання синовііту. Отже, можна зробити висновок, що у пацієнтів з артрозо-артритом у суглобовій капсулі наявні виражені як дегенеративні зміни, що призводять до порушення метаболічної, локомоторної, трофічної та бар'єрної функцій, так і запальні явища, що призводять до загострення процесу.

Суглобовий диск у 10 пацієнтів з артрозо-артритом СНЩС не візуалізується, суглобова щілина диференціюється, кальцинації не виявлено, суглобова щілина диференціюється. У 6 хворих суглобовий диск візуалізується чітко, має неоднорідну ехоструктуру та незмінену свою локалізацію. У 76 обстежених суглобовий диск візуалізується, має деформовану форму, структура ущільнена, зовнішній контур нечіткий, фрагментований з дугоподібним пролабуванням зовнішнього контура диска до 1,3–1,8 мм над лінією, яка умовно з'єднує скроневу кістку та нижню щелепу. В 5 пацієнтів суглобовий диск візуалізується частково, структура неоднорідна за рахунок чергування гіпо- та ізоехогенних ділянок, контури нечіткі, кальцинації не виявлено, пролабування зовнішнього контура диска відсутнє.

Кортикальні пластинки суглобових поверхонь головки нижньої щелепи та скроневої кістки при артрозо-артритах нерівномірної товщини та неоднорідної гіперехогенної ехоструктури за рахунок ділянок осифікацій, чітко відмежовані від хряща спостерігали у 63 пацієнтів. У 34 хворих кортикальні пластинки суглобових поверхонь нижньої щелепи та скроневої кістки рівномірної товщини, однорідної гіперехогенної структури, нечітко відмежовуються від хряща, що свідчить про склерозуючі зміни в кортикальних пластинках.

Хрящ має однорідну чи неоднорідну гіпоехогенну ехоструктуру в 44 пацієнтів. У 35 пацієнтів хрящ має неоднорідну чи однорідну гіперехогенну ехоструктуру. Лише у 18 випадках ехоструктура хряща однорідна, нечітка. У 30 випадках хрящ нерівномірно потовщений (до 1,5–2,4 мм), в 23 осіб нерівномірно стоншений (0,8–0,9 мм), що проявлялось тупим ниючим болем, у 44 пацієнтів хрящ нерівномірний за товщиною: ділянки стоншення до 0,8 мм чергуються з ділянками потовщення до 1,8–2,0 мм з нечіткими контурами.

Враховуючи результати проведеного дослідження, можна зробити висновки щодо функціональних змін у суглобі при артрозі СНЩС. Оскільки при артрозі суглобова капсула зазнає дегенеративних змін, то при цьому порушується перш за все захисна функція суглоба. Також зважаючи, що це найбільш іннервована частина суглоба, тому і виникають в пацієнтів больові дисфункції. Крім того, внутрішній шар капсули та біламінарна зона забезпечує секретування синовіальної

рідини, тому порушується метаболічна (видалення продуктів розпаду клітин синовіальної оболонки і частинок хряща), локомоторна (порушення ковзання суглобових елементів), трофічна (забезпечення енергетичними речовинами безсудинного хряща) та бар'єрна (фагоциткування чужорідних або власних білків та їх переварювання) функції. У результаті змін в структурі та товщині хряща порушується буферна функція. Гіперхромність кортикальних пластинок свідчить про склерозуючі процеси, а гіпоехогенність суглобових структур – про наявність остеопорозних процесів, які й призводять до деформуючих артрозів СНЩС. При цьому наявність запального процесу унеможлиблює встановити стадію дегенеративних змін, так як контури елементів суглобів стають нечіткими, розмитими.

Зважаючи на основні симптоми артрозо-артриту СНЩС (больовий, запальний, набряковий, дисциркуляторний, дистрофічний, дисметаболічний), лікування повинно бути направлене на купірування больового синдрому, запального синдрому, нормалізацію метаболічних процесів. З цією метою необхідно призначати протизапальні (траумгель С, гідрокортизон – при склерозуючому артрозі, цель Т), хондропротекторні засоби (алфлутоп, мукоза, цель Т), а враховуючи, що при запальному процесі хондропротектори малоефективні, тому спочатку потрібно проводити протизапальну терапію. За показаннями, після затишення гострих запальних явищ в суглобі, слід проводити фізіотерапевтичне, ортопедичне й ортодонтичне лікування.

ВИСНОВКИ 1. УЗД дозволяє встановити наявність дегенеративних змін (артроз) та запального процесу (артриту) в СНЩС.

2. Діагноз артрозо-артриту чи артрит-артрозу повинен встановлюватись на підставі початкового процесу в суглобі з урахуванням анамнезу.

3. Встановлено пряму залежність виникнення даної патології від віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань.

4. Виявлені дегенеративні ураження елементів СНЩС та запальні процеси в ньому потребують протизапальної та хондропротекторної терапії.

5. Лікування дегенеративно-запальних уражень СНЩС слід починати з протизапальної терапії.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні отриманих даних в практичній діяльності лікаря-стоматолога.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабіна Л. Я. Кортикоїдіндукований остеопороз у хворих на ревматоїдний артрит / Л. Я. Бабіна, Т. М. Бенц / Проблеми остеології. – К. : Здоров'я, 2000. – Т. 3, № 1. – 90 с.
2. Бернадский Ю. И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. – М. : Медицина, 2003. – 201 с.
3. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В. А. Хватова. – М., 1992. – 129 с.
4. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – К. : Здоров'я, 2010. – 108 с.
5. Рубахина Н. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и их рентгенологическое распознавание / Н. А. Рубахина. – М. : Медицина, 1996. – 132 с.
6. Ивасенко П. И. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения / П. И. Ивасенко. – МЕДИ, 2007.
7. Бургонская В. И. Опыт лечения артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава / В. И. Бургонская. – М. : Медицина, 1968. – 98 с.
8. Сысолятин П. Г. Классификация заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава / П. Г. Сысолятин, А. А. Ильин, А. П. Дергилев. – М. : Медицина, 2001. – 52 с.
9. Петросов Ю. А. Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения функционально обусловленных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / Ю. А. Петросов. – М. : Медицина, 1985. – 64–71 с.
10. Вязьмин А. Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / А. Я. Вязьмин. – М. : Медицина, 1999. – 77 с.
11. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / А. А. Ступников, В. А. Хватова, Н. С. Турборов, А. А. Набиев. – М. : Медицина, 2001. – 98 с.
12. Quinn P. D. Color atlas of temporomandibular joint surgery / P. D. Quinn. – Mosby, 2008.
13. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. Jeffrey P. Okeson, 5th edition, Mosby, 2011.
14. Carlsson G. E. Management of Temporomandibular Disorders in the General Dental Practice. – G. E. Carlsson, T. Magnusson. – Mosby, 2012.
15. Стоян О. Ю. Экспериментальное моделирование глюкокортикоидіндукованого деструктивно-дистрофічного процесу в СНЩС / О. Ю. Стоян, А. І. Гуріна. – М. : Медицина, 2000. – Т. 3, № 1. – 87 с.
16. Владиченкова Т. Н. Клинико-морфологические параллели при воспалительных заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и его дисфункции / Т. Н. Владиченкова, В. С. Воронин. – М. : Медицина, 1975. – Т. 4. – С. 84–87.
17. Costen J. B. Neuroglia and ear symptoms associated with distributed function of temporomandibular joint / J. B. Costen // Am. Med. Assoc. J. – 1994. – Vol. 107. – P. 252–255.

Отримано 07.05.13