

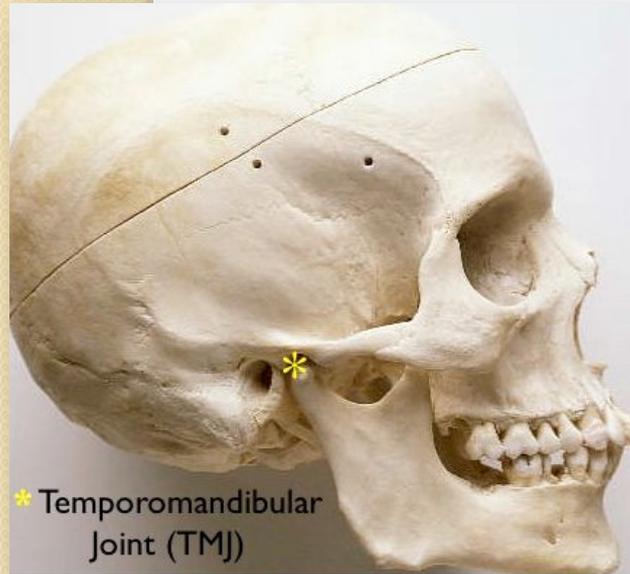
**ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ  
МИНИСТРЛІГІ**

**С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ  
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ**



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК**

**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**



**Выполнила: Жакудаева Д. А  
Курс: 12-504-01  
Проверила: Король Л. У**

# **Реабилитация у подростков с функционально- дистензионными нарушениями ВНЧС**



# План

- Введение
- Функционально-дистензионные заболевания ВНЧС
- Реабилитация

# Введение

- Функционально-дистензионные заболевания ВНЧС представляют собой группу нозологических форм, связанных между собой, которые при несвоевременной коррекции часто могут приводить к развитию органических изменений со стойким нарушением функции ВНЧС и часто сочетаются с аналогичными изменениями опорно-двигательного аппарата.

# К функционально-дистензионным заболеваниям ВНЧС относятся:

- 1. Юношеская дисфункция ВНЧС:
  - привычный вывих;
  - болевой синдром дисфункции;
- 2. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункции сустава:
  - артрит (острый, хронический);
  - деформирующий юношеский артроз.;
- 3. Костный анкилоз;
- 4. Злокачественные опухоли;

# Привычный вывих

- Связочный аппарат ВНЧС у подростков приходит в состояние постоянного перерастяжения в результате быстрого роста скелета. Проявляются смещением суставной головки вперед, боковые смещения или смещения кзади. Декомпенсация функций связочного аппарата сустава ускоряется при кратковременной чрезмерной нагрузке на сустав (откусывание большого куска, твердой пищи) или при длительной перегрузке. А так же могут способствовать инфекционные заболевания, нарушения окклюзии, общая патология соединительной ткани, которые ослабляют связочный аппарат.

- Клиника: Основная жалоба - появление суставного шума в виде «щелчка» и бокового смещения нижней челюсти при максимальном открывании рта.
- При осмотре в момент открывания рта наблюдаются боковые смещения нижней челюсти (девиация), в сторону здорового сустава. При расстройстве функций двух суставов боковые смещения могут отсутствовать при совпадении амплитуды движений обоих суставов. В других случаях при открывании рта отмечаются волнообразные движения, так как челюсть смещается сначала в сторону сустава с наименьшей амплитудой движений, а затем в сторону сустава с полным вывихом. Отмечается увеличение экскурсии суставной головки нижней челюсти при минимальном ее опускании (50 - 70 мм между резцам).
- При пальпации ВНЧС определяется чрезмерная экскурсия суставных головок вперед и вниз, в результате чего указательные пальцы врача проваливаются в пустые суставные впадины.
- **ПРИ рентгенологическом исследовании в состоянии сомкнутых зубных рядов изменений не регистрируется (возможно уменьшение заднего отдела суставной щели). При максимальном открывании рта на томограммах ВНЧС определяется смещение суставной головки кпереди и вверх, в результате чего головка видна на переднем скате бугорка, что свидетельствует о полном вывихе сустава.**
- На электромиограммах регистрируется повышение силовой характеристики жевательных и височных мышц. На фонограммах выявляются отдельные высокоамплитудные и кратковременные колебания, которые соответствуют симптому «щелчка». Аксиографическое исследование позволяет определить величину угла суставного пути и его траекторию.
- Диагноз привычный подвывих или вывих ВНЧС устанавливается на основании двух рентгенологических признаков: уменьшение заднего отдела суставной щели, расположение суставной головки кпереди от вершины суставного бугорка (при максимально опущенной нижней челюсти) и аксиографического исследования - резкое увеличение угла сагиттального суставного пути (в норме 33 градуса).

- Лечение.

- Лечение свежих вывихов производят под местной анестезией, при застарелых вывихах применяют общее обезболивание. Вправление свежего вывиха обычно происходит легко. Больного усаживают на низкий табурет, прислонив затылочную часть головы к стене с таким расчетом, чтобы нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Врач, находясь спереди от больного, укладывает I пальцы, обернутые салфетками, на жевательные поверхности моляров, а остальными снаружи и снизу захватывает тело челюсти. Надавливая I пальцем книзу, а остальными - приподняв подбородочный отдел кверху, он смещает челюсть назад. В результате головка челюсти перемещается книзу по переднему скату и, достигнув бугорка, соскальзывает по заднему скату в суставную впадину, что сопровождается характерным щелчком и рефлекторным плотным смыканием зубов. Во избежание прикусывания пальцев врачу следует в момент вправления челюсти быстро переместить их с жевательной поверхности зубов кнаружи. После вправления вывиха нижнюю челюсть фиксируют пращевидной повязкой на 10-12 дней.

- В комплексе лечения привычного вывиха так же рекомендуется:

1. Ограничение открывания рта: щадящая диета; шапочка Померанцевой- Урбанской на ночь; аппарат Петросова; изотонические упражнения для улучшения координации движений нижней челюсти.

2. Физиолечение: магнито-терапия, электрофорез с 3-6% раствором калия йодида, компрессы с 10% ДМСО, атак же полуспиртовые).

3. Противовоспалительная лекарственная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты (нимулид, найз, мовалис: 100 мг 2 раза в день после еды в течение 5-7 дней).

4. Хондропротекторы (хондроксид, структум по 250 мг 2 раза в день длительное время).

- Обязательно лечение курсами через три месяца в течение года.

- При привычном вывихе показано оперативное лечение больного (ушивание капсулы сустава)

# Болевой синдром дисфункции

- встречается почти у 70 % населения и связан с суставными, мышечными проблемами и нарушениями связочного аппарата. Частота нарушений нарастает с 15 до 50 лет жизни.
- **Суставные нарушения, приводящие к болевому синдрому:**
  1. Смещение диска (с восстановлением или без восстановления положения диска).
  2. Компрессия диска.
- Диск выполняет функцию амортизатора между суставной головкой и впадиной во время функции ВНЧС. Этиология смещений диска: травма сустава, приводящая к резкому смещению суставной головки кзади; потеря резцового пути.
- Клиника: наблюдается гиперподвижность нижней челюсти (в норме расстояние между резцами при открывании рта 40-50 мм); увеличивается объем латеральных движений нижней челюсти (в норме смещение средней линии на 10-15 мм).
- При смещении диска с восстановлением положения наблюдается: щелчок при открывании и закрывании рта на одной и той же стадии; смещение нижней челюсти в большую сторону. После щелчка нижняя челюсть устанавливается в центральную позицию зигзагообразно; болевой синдром при этой патологии не характерен; ограничения объема движений нижней челюсти нет; деформация диска - в 30% случаев.
- При смещении диска без восстановления положения: щелчка нет; отмечается боль, когда при открывании; ограничено открывание рта.
- Выделяют две стадии смещения диска без восстановления положения:
  1. Острая стадия: сильная боль при движении; заметное ограничение открывания рта; шумы в суставе отсутствуют; прямая линия отклонения нижней челюсти в большую сторону; ограничение движения нижней челюсти в здоровую сторону.
  2. Хроническая стадия: шумов в суставе нет; легкое ограничение открывания рта со смещением нижней челюсти в большую сторону; легкое ограничение движения нижней челюсти в здоровую сторону; в анамнезе шумы в суставе; деформации диска в 77% случаев.

- Лечение:

- 1. Снятие болевого синдрома (найз 100 мг 2 раза в день после еды; 5-10 дней);

- 2. Фиксация высоты прикуса до реципрокного щелчка в суставе с помощью репонирующей каппы (в случае смещения диска с восстановлением положения). Изготавливается гладкая каппа на нижнюю челюсть, каждый зуб верхней челюсти должен иметь контакт с каппой. Каппу носят в течение 2 недель по 24 часа в сутки, зубы чистят не закрывая рта. Каппу не назначают, если щелчок определяется далеко от окклюзии.

- 3. Если имеется болевой синдром, то показано хирургическое удаление диска или пластика связок.

- Компрессия диска (сдавление диска в верхнем суставном пространстве-синдром Костена) связана со снижением высоты прикуса вследствие удаления зубов, множественных реставраций, неправильного протезирования, ортодонтического лечения

- Наблюдается болевой синдром (100% случаев); головные боли и шум в ушах; пациенты, как правило, связывают ухудшение состояния с определенным моментом. На томограмме сустава - сужение заднего суставного пространства.

- Лечение: снятие болевого синдрома (нимесулид, найз); изготовление декомпрессионной шины (1 нед); восстановление высоты прикуса ортодонтическим или ортопедическим методом.

# Острый артрит

- развивается обычно при однократной кратковременной перегрузке сустава: откусывание большого куска, раскусывание твердой пищи.
- Клиника. Жалобы на ограничение открывания рта, иногда припухлость и покраснение кожных покровов в области сустава, боль, иррадиирующую в ухо, височную область и шею.
- Осмотр: конфигурация лица не изменяется, припухлость и гиперемия области ВНЧС наблюдается редко. Открывание рта болезненно, затруднено, отмечается девиация нижней челюсти в сторону пораженного сустава.
- Пальпация области ВНЧС через кожу, впереди от козелка уха - болезненна. Из анамнеза можно выявить наличие «щелчков» при открывании рта, на которые ребенок ранее не обращал внимание.
- На томограммах ВНЧС при привычном положении нижней челюсти отмечается увеличение суставной щели на всем протяжении.
- На аксиограмме - резкое уменьшение величины угла суставного пути по сравнению с нормой (33 градуса)

## ● Лечение:

● 1. Ограничение движения нижней челюсти

● 2. Назначение щадящей диеты.

● 3. Противовоспалительная терапия: негормональные противовоспалительные вещества, антибиотики.

● 4. Гипосенсибилизирующая (антигистаминная) терапия

● 5. Физиотерапевтическое лечение.

● При гнойных артритах показано безотлагательное оперативное лечение больного: вскрытие капсулы и дренирование очага воспаления, которые производят в стационаре. На этапе долечивания больным назначают физиотерапевтическое лечение:

● - сухое тепло,

● - УВЧ-терапия,

● - электрофорез,

● - диатермия,

● - лазеротерапия,

● - компрессы.

● При несвоевременном и недостаточно полном лечении острый гнойный и травматический артриты могут осложняться анкилозом, особенно у детей.

# Хронический артрит

- Впервые это заболевание у детей чаще диагностируются в возрасте 14-15 лет. Из-за отсутствия болевого синдрома дети обращаются за помощью уже с возникшими деструктивными изменениями в суставе, что затрудняет проведение лечения.
- Клиника. Жалобы на ограниченное открывание рта, чувство скованности в области сустава. При обследовании пациента выявляется ограничение открывания рта до 2 см, движения нижней челюсти теряют плавность, становятся «ступенчатыми», при максимальном опускании нижней челюсти отмечается суставной шум в виде «хруста».
- На томограммах ВНЧС определяется:
  - при максимальном опускании нижней челюсти ограничение экскурсии суставной головки нижней челюсти;
  - при привычном положении нижней челюсти уменьшение размера суставной челюсти;
  - порозность суставной головки и нарушение целостности компактной пластинки в отдельных участках.
- На электромиограммах: увеличение амплитуды над- и подъязычных мышц; снижение амплитуды жевательных и височных мышц.
- На Фонограммах - низкоамплитудные колебания большой длительности, характеризующие шумовые явления в виде «хруста» при открывании рта.
- На аксиограмме выявляется уменьшение угла суставного пути по сравнению с нормой.

- Лечение проводится курсами каждые 4-6 месяцев в течение 2 лет:
  1. Противовоспалительная терапия;
  2. Антигистаминная терапия;
  3. Назначение щадящей диеты;
  4. Противовоспалительные повязки на область сустава;
  5. Физиотерапевтическое лечение (диаденстерапия на область сустава электрофорез желчи, пчелиного яда, лидазы, препаратов йода, парафино- и озокеритотерапия, грязелечение, инфракрасное облучение и лазерное излучение).
  6. Хороший результат дает миогимнастика: производят дозированное открывание рта без выдвижения нижней челюсти. Для этого больной садится на
    - стул, прислонив затылок к стене, а кулаком надавливает на подбородок при открывании и закрывании рта. Такие упражнения больной делает самостоятельно ежедневно утром и еще 2-3 раза в течение дня по 3-5 мин на протяжении 4-6 нед. Необходимо следить за тем, чтобы давление на подбородок не было чрезмерным и не вызывало болей.
    - 1. Очень важно, чтобы в комплексе лечения была произведена санация полости рта и носоглотки, а при наличии показаний осуществлено рациональное протезирование зубов.

# Юношеский артроз

- является конечной стадией функциональной патологии ВНЧС и выявляется позднее, у молодых лиц - 17-25 лет. Различают склерозирующий и деформирующий остеоартроз.

- **При склерозирующем остеоартрозе наблюдается склероз в поверхностных и глубже лежащих слоях губчатой кости элементов сустава. Клиника его достаточно скудна: больные отмечают нерезко выраженные боли в области сочленения. Чаще заболевание выявляется при рентгенологическом обследовании ВНЧС - изменения в виде уплотнения костных краев суставной поверхности головки, ямки и бугорка.**

- Деформирующий артроз

- Клиническая картина деформирующего артроза зависит от объема и степени деформации костных элементов сустава и проявляется в виде постоянной боли в месте сочленения, усиливающейся при движении челюсти.

- Диагноз устанавливается на основании рентгенологических данных - значительное снижение суставной щели, деформация суставной головки с уплощением суставной поверхности, утолщение субхондральной замыкательной пластинки до 3 мм, наличие костных разрастаний по передней суставной поверхности, уплощение формы суставной ямки и сглаживание суставного бугорка.

- Комплекс консервативного лечения артроза включает:

- 1. Немедикаментозные методы лечения:

- лечебная физкультура для увеличения объема движений, укрепления мышц и связок
- трудотерапия
- средства ортопедической коррекции (зубные протезы, окклюзионные шины)

- 2. Медикаментозная терапия:

- анальгетики (тайленол, парацетамол, эффералган, трамал)
- негормональные противовоспалительные средства (НПВС) - нимесулид, мелоксикам, ксефокам, комбинированный препарат артротек
- внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (дипроспан, кеналог)
- хондропротекторы (румалон, артрон, структум и др.). Важно, что терапия хондропротекторами наиболее эффективна на ранних стадиях заболевания, поэтому целесообразно начинать ее уже в подростковом возрасте при постановке диагноза остеоартроза.

- 3. Физиотерапия:

- СВЧ терапия
- магнитотерапия
- ультрафонофорез гидрокортизона или НПВС
- аппликации лечебных грязей, парафина, озокерита
- бальнеотерапия
- внутритканевая электростимуляция

- В тяжелых случаях деформирующего артроза показано хирургическое лечение, заключающееся в моделировании головки нижней челюсти путем удаления деформирующих частей и пластике диска.

- Дети с функциональными формами поражения ВНЧС должны находиться на диспансерном учете. Средняя продолжительность наблюдения в условиях диспансеризации 4-5 лет.

# Костный анкилоз

- патологическое костное сращение мыщелкового отростка с височной костью у детей развивается в результате остеоартрита после гибели суставного хряща и разрастания костной ткани.
- Причины остеоартрита, исход которого анкилоз: родовая травма, гематогенный остеомиелит, внутрисуставной перелом.
- Деструктивно - продуктивные процессы в мыщелковом отростке при развитии истинного анкилоза, во многом напоминают картину вторичного деформирующего остеоартроза, но принципиальным отличием является полная гибель суставного хряща, что ведет к костному сращению между поверхностями сустава.
- Костный анкилоз развивается в детском и юношеском возрасте. Фиброзный анкилоз у детей практически не встречается. Это обусловлено тем, что в детском возрасте головки нижней челюсти покрыты тонким гиалиновым хрящом, суставной диск представлен коллагеновой соединительной тканью, а бугорок и суставная ямка выстланы надкостницей и лишены хрящевого покрытия. В результате этого процесс разрушения элементов сустава происходит гораздо быстрее, чем у взрослых, и между соприкасающимися оголенными суставными поверхностями быстро возникает костное сращение.

- Клинические симптомы

- 1) Деформация лицевого скелета
- 2) Задержка роста нижней челюсти на стороне пораженного сустава
- 3) Избыток мягких тканей щеки на больной стороне
- 4) Смещение подбородка в сторону больного сустава
- 5) Здоровая половина тела нижней челюсти уплощена
- 6) Мягкие ткани щеки на здоровой половине нижней челюсти растянуты
- 7) Ротовая щель расположена косо, угол рта на здоровой стороне смещен книзу
- 8) Перекрестный прикус (лингвоокклюзия) при одностороннем поражении, дистальная глубокая резцовая окклюзия при двухстороннем поражении ВНЧС
- 9) Ограничение движения нижней челюсти
- 10) Неподвижность челюсти наступает через 1- 2 года от начала заболевания.

- Рентгенологическая картина

- Полное сращение деформированного суставного отростка и суставной впадины (полное отсутствие суставной щели)
- Резко выраженная деформация мыщелкового отростка
- Укорочение и деформация ветви челюсти

- Диагноз устанавливается на основании клиники и рентгенологических признаков:

- Нарушение движения нижней челюсти,
- Отсутствие суставной щели.

- Лечение анкилоза у детей и подростков аналогично лечению вторичного деформирующего остеоартроза: оперативное вмешательство, ортодонтическое пособие.

Все мероприятия проводятся с момента постановки диагноза и продолжают до завершения роста и формирования зубочелюстной системы.

# Злокачественные опухоли

- Припухлость мягких тканей может свидетельствовать о наличии отека воспалительного или травматического происхождения, запущенной опухоли. Нередкой находкой при осмотре является асимметрия лица, имеющая наследственное или травматическое происхождение.
- При пальпации, прежде всего, обращают внимание на состояние периартикулярных тканей и жевательной мускулатуры. Выявленные при бимануальной пальпации напряжения и болезненность указывают на наличие мышечного гипертонуса.
- Исследование характера окклюзионных нарушений (в том числе изучение контрольно-диагностических моделей), окклюдодография.
  - а) сужение нижней зубной дуги
  - б) аномалия положения зубов
  - в) изменение альвеолярных отростков
  - г) нарушение окклюзии
- Диагностика: КТ, рентгенография
- Лечение: Оперативное

# Использованные литературы

- 1. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: Учебное пособие /В.М.Безруков, В.А.Семкин, Л.А.Григорьянц, Н.А. Рабухина: Российская медицинская академия последипломного образования. - М.:ГЭОТАР -МЕД. - 2002. - 48 с.
- 2. Зеленский В.А., Мухорамой Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учебник - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. - С. 99 - 108.
- 3. Ивасенко П.И., Мискевич М.И., Савченко Р.К., Симахов Р.В. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения. - СПб.: ООО «МЕДИ издательство», 2007. - 80 с.
- 4. Персии Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. - М.: «Издательство «Медицина», 2006 . - С. 411 - 431.