

The background features a repeating pattern of light blue hexagons on a white background. Each hexagon contains a simple blue icon representing a medical or scientific concept: a syringe, a plus sign, a pair of hands, a flask and test tube, and a person's head in profile. The icons are arranged in a staggered grid.

# **АРТРИТЫ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

# СТРОЕНИЕ ВЧС

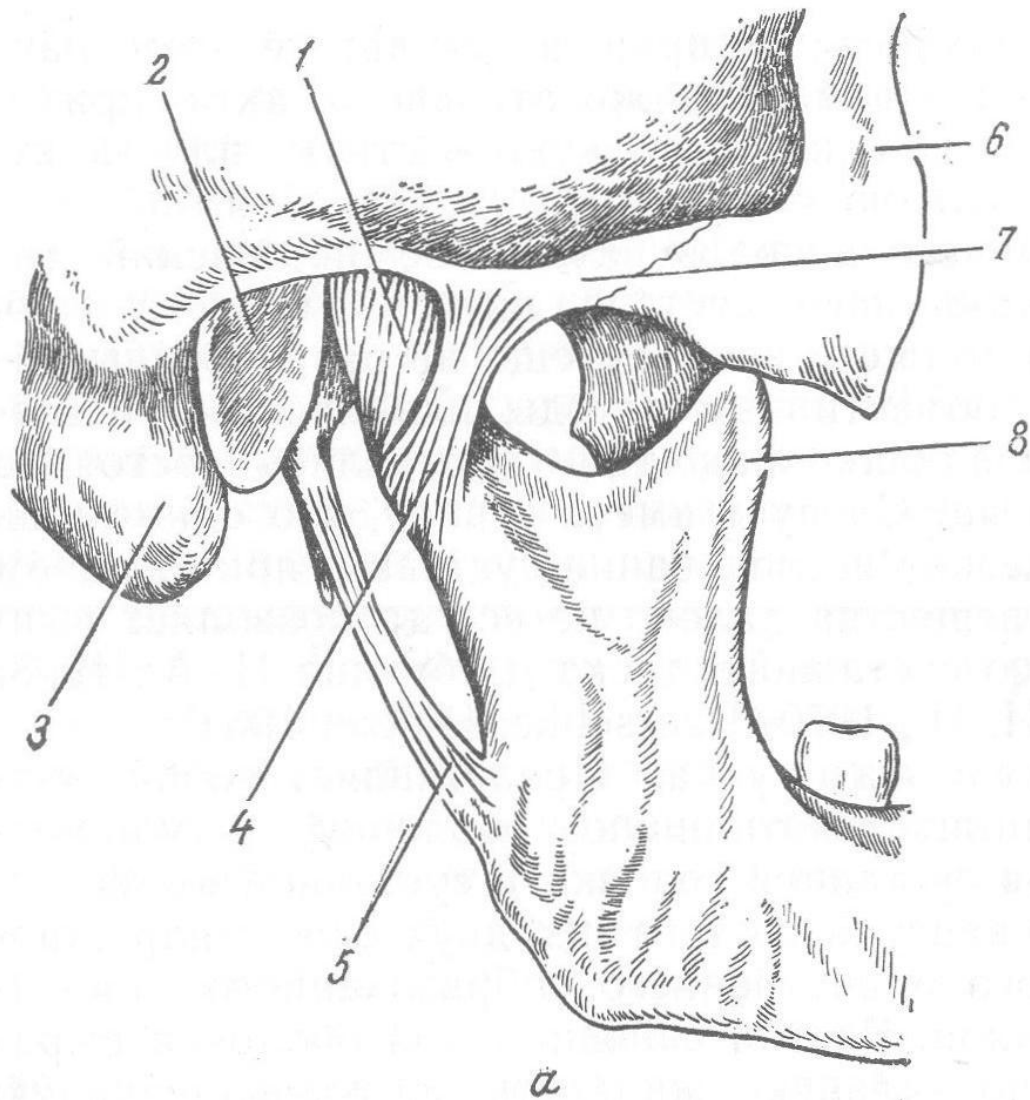
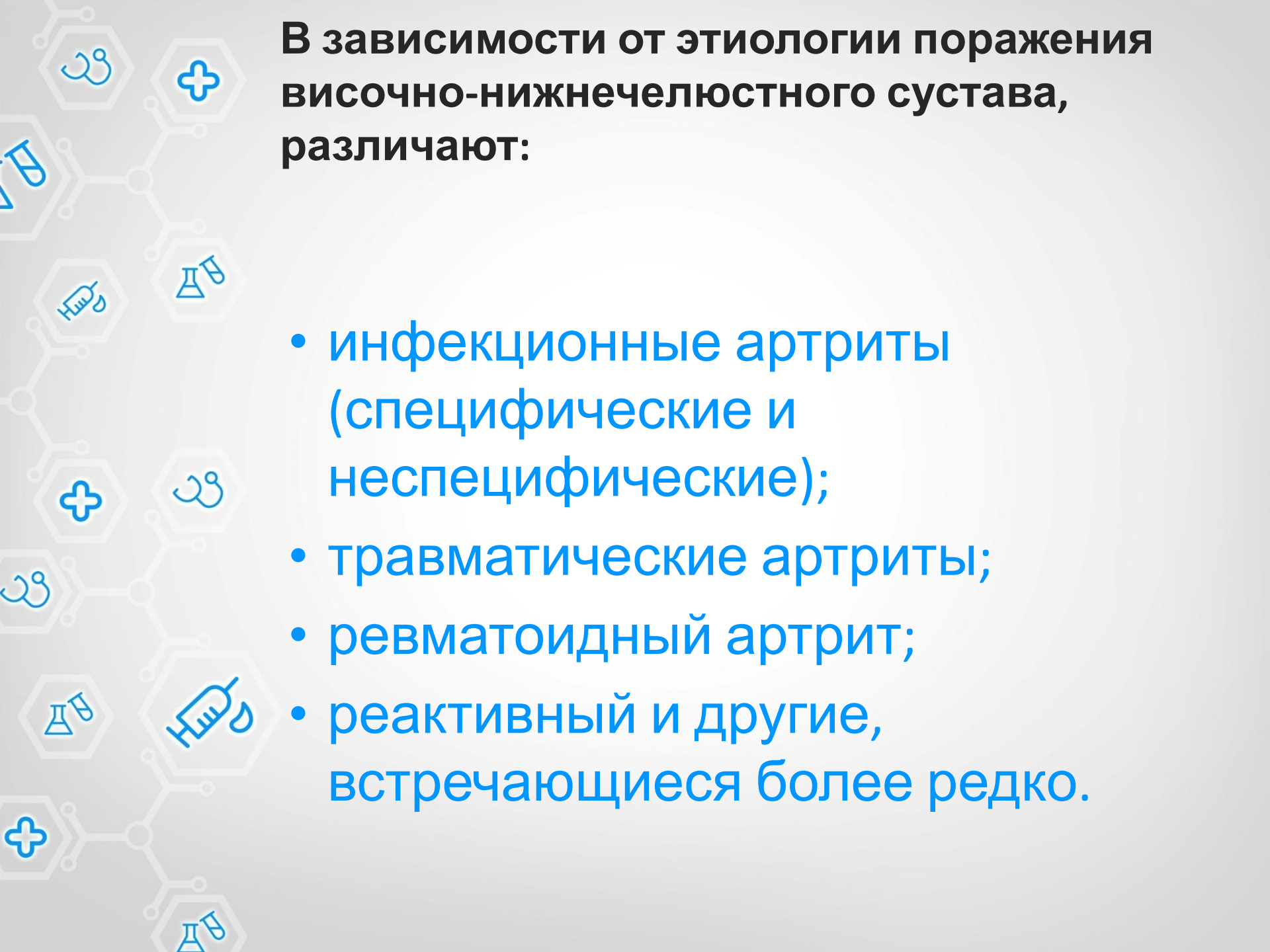


Рис. 1. Анатомия височно-нижнечелюстного сустава.

*a* — наружная поверхность нижней челюсти: 1 — суставная капсула; 2 — наружный слуховой проход; 3 — сосцевидный отросток; 4 — височно-нижнечелюстная связка; 5 — шилонижнечелюстная связка; 6 — скуловая кость; 7 — скуловая дуга; 8 — венечный отросток;

# Особенности строения ВНЧС


- внутрисуставной диск делит сустав на два этажа – верхний и нижний
- инконгруэнтность суставных поверхностей – S – образная и мышцелковая. Головка челюсти неглубоко расположена в ямке.
- наличие внутрисуставного диска
- наличие внутрисуставного бугорка
- суставные поверхности покрыты не гиалиновым, грубоволокнистой соединительной тканью – фиброзным хрящем.
- капсула сустава свободна, очень растяжима, неравномерна по величине и толщине – истончена спереди.
- связки укрепляют сустав только с боков
- пассивность движения в суставе (когда жевательное движение на зубы не оказывается на сустав давление не передается- он играет пассивную роль)



**В зависимости от этиологии поражения височно-нижнечелюстного сустава, различают:**

- инфекционные артриты (специфические и неспецифические);
- травматические артриты;
- ревматоидный артрит;
- реактивный и другие, встречающиеся более редко.





## Артриты височно-нижнечелюстного сустава по характеру течения могут быть:

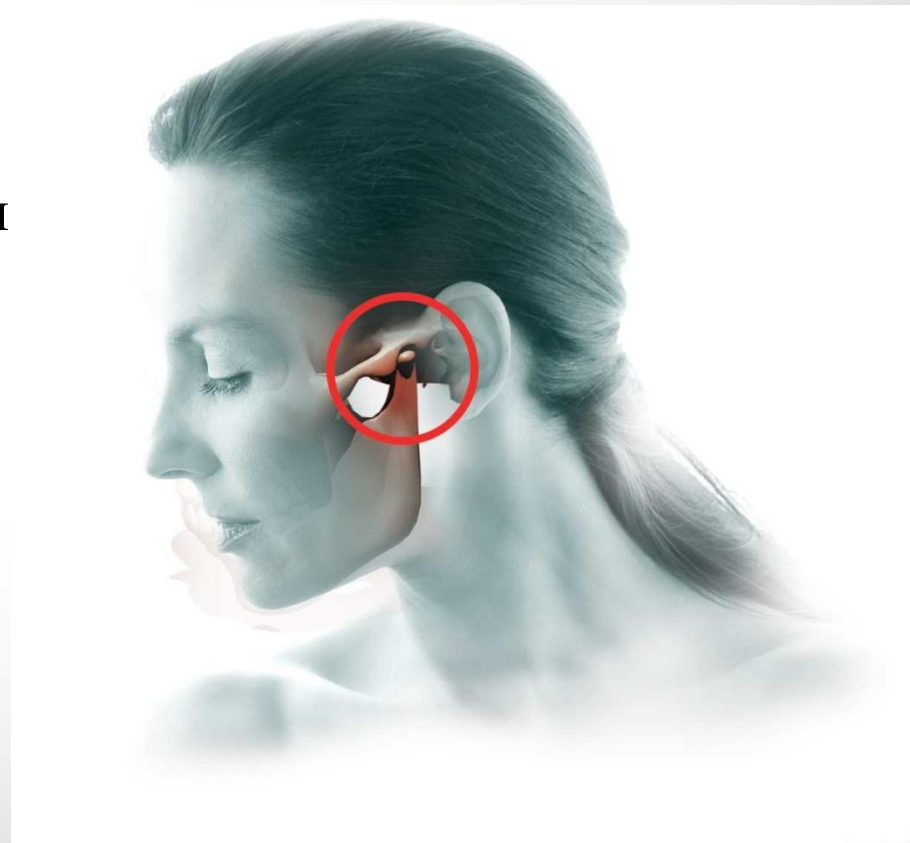
- острыми (преимущественно инфекционные и посттравматические);
- хроническими (преимущественно ревматоидные).



Существует две основных причины развития воспаления височно-нижнечелюстного сустава – травма или проникновение инфекции в сустав.

Травма может возникнуть при внешнем воздействии: при ударе или чрезмерном открывании рта. А инфекция в полость сустава может проникнуть различными способами: с током крови, лимфатической жидкости, при переходе рядом расположенного инфекционного очага, при непосредственном заносе инфекции во время травмы (при ранении).

Артрит может развиваться как осложнение ангины, остеомиелита челюсти, воспалениях уха, гнойном воспалении околоушной слюнной железы, ревматической болезни. При травматическом и инфекционном артрите поражается чаще один сустав. При ревматической болезни возможно двустороннее воспаление, причём могут воспаляться не только височно-нижнечелюстные суставы, но и любые другие(чаще мелкие на кистях и стопах).





# Симптомы

- боль, которая иногда иррадирует в область виска, уха, языка;
- скованность, чувство неловкости, ограничение объема движений в суставе (особенно после сна и отдыха);
- суставной шум (хруст, щелчки, шуршание, трение, крепитация);
- дискомфорт при пальпации сустава;
- нарушение речи и пережевывания;
- смещение подбородка в пораженную в сторону;
- отек, гиперемия мягких тканей над пораженным суставом;
- инфильтрат в области сустава, снижение слуха, повышение температуры, озноб – в основном при гнойном процессе;
- недомогание, головокружение, бессонница.

# Острый травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава

Возникает в результате интенсивного механического повреждения: ушиб, удар, чрезмерное открывание рта и другие, особенно если травма сочетается с кровоизлиянием в полость сустава.

## Симптомы острого травматического артрита

- резкая боль в области сустава во время действия травмирующего действия;
- боли при открывании рта;
- смещение подбородка в сторону пораженного сустава во время открывания рта;
- отек;
- болезненность при пальпации;
- по результатам рентгенографии: может не быть изменений или признаки сопутствующих переломов, разрыва связок (расширение суставной щели).

# Острый инфекционный артрит височно-нижнечелюстного сустава

Возникает на фоне инфекционного заболевания: обострения хронического тонзиллита, острой респираторной вирусной инфекции, отита, флегмоны, мастоидита, паротита, кори, скарлатины, остеомиелита верхней челюсти и других. Распространение инфекции происходит гематогенным путем, как правило, ее источник расположен недалеко от сустава.

## Симптомы острого инфекционного артрита

- сильные боли в суставе, обычно пульсирующие и локальные, усиливающиеся при открывании рта, иррадиирующие в язык, ухо, затылок, висок, по ходу нервов;
- ограничение открывания рта (до 3-5 мм);
- отек спереди от ушного козелка, болезненный при пальпации;
- гиперемия кожи над суставом.

# Хронический ревматоидный

## артрит височно-

## нижнечелюстного сустава

Симптомами хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава являются:

- постоянные боли в суставе ноющего характера, самопроизвольные, которые усиливаются при возобновлении нагрузки на сустав и при пальпации;
- поражение обычно двустороннее;
- тугоподвижность;
- хруст при движениях;
- скованность по утрам или после отдыха;
- открывание рта затруднено (открывается до 2,5-3 см), сопровождается крепитирующим хрустом;
- смещение подбородка в сторону больного сустава при открывании рта.

# Методика обследования больных с заболеванием ВНЧС.

## I. Жалобы пациента.

Выясняются главные жалобы, симптомы, их продолжительность, интенсивность, локализация, обстоятельства, способствующие их возникновению; сезонность, время дня.

## II. Анамнез заболевания.

- 1) начало заболевания (год, месяц),
- 2) предполагаемая причина заболевания (травма, переохлаждение, грипп, отит, частые ангины, широкое открывание рта, жевание жесткого, стресс и т.д.),
- 3) начальные симптомы (ограничение открывания рта, хруст, щелканье, боль),
- 4) проводимые ранее методы лечения,
- 5) результаты лечения,
- 6) общее состояние,
- 7) эмоциональное состояние больного.





### III. Анамнез жизни.

После опроса приступают к осмотру пациента, который включает осмотр лица, пальпацию и аускультацию ВНЧС, определение тонуса жевательных мышц, болевых точек, измерение расстояния между режущими краями центральных резцов при максимальном открывании рта; пальпацию лимфоузлов и слюнных желез.

# Специальные методы обследования ВНЧС.

- Рентгенография и томография с использованием специальных укладок.
- Компьютерная томография.
- Рентгенцефалометрия.
- Рентгенокинофлюорография.
- Артрография.
- Артроскопия.
- Ядерно-магнитный резонанс.
- Методы регистрации движений нижней челюсти.

## По результатам на рентгенографии височно-нижнечелюстного сустава можно обнаружить:

- сужение суставной щели, деструктивные изменения суставного хряща и суставной ямки.

Самочувствие больного может не страдать, температура нормальная или субфебрильная, в крови может быть ускорение СОЭ.

Хронические артриты могут обостряться, на время обострений приобретая черты острых.

При прогрессировании заболевание может приводить к разрушению и укорочению головки нижней челюсти (особенно в молодом возрасте), в результате чего нарушается прикус. Может формироваться анкилоз.

# Клиническая картина:

Ведущая роль в клинической картине принадлежит спазму и нарушению координации сокращений жевательных мышц. Затруднено открывание рта и ограничено до 15-25 мм. Наступает также ограничение движения нижней челюсти вперед и в сторону.



**Общими симптомами  
являются:  
боль в суставе и мышцах**





**Щелканье и хруст (могло возникнуть при незначительном открывании рта и боковых движений нижней челюсти при обычном разговоре, во время приема пищи, при широком открывании рта, вначале закрывания рта, при смыкании челюстей.**



**Боль возникает также при перерастяжении мышечно-связочного аппарата, сдавливании мениска между мышцелком и суставным бугорком при широком открывании рта.**

Довольно часто дисфункция ВНЧС сопровождается явлениями бруксизма и парафункцией жевательных мышц.



Пораженный участок латеральной крыловидной мышцы обычно располагается у переднего края в области прикрепления ее к наружной пластинке крыловидного отростка основной кости. Иногда отмечается боль у заднего края латеральной крыловидной мышцы в области прикрепления ее к крыловидной ямке мышечелкового отростка. В жевательной мышце часто определяют боль при пальпации верхней половины переднего края, непосредственно у места прикрепления ее к скуловой кости. Болезненный участок нередко находят в передненижнем отделе височной мышцы над скуловой костью или вдоль прикрепления височной мышцы к внутренней поверхности венечного отростка и ветви нижней челюсти. Нередко спазм возникает в области нижнего полюса медиальной крыловидной.



Кроме жевательных мышц, часто появляется рефлекторный болезненный спазм в области переднего края верхней трети грудно-ключично-сосцевидной мышцы, в заднем отделе двубрюшной мышцы у места ее прикрепления к сосцевидному отростку и в передненижнем отделе трапецевидной мышцы.

При пальпации прежде всего обращают внимание на состояние тканей в области сустава и жевательной мускулатуры. Болезненность в области проекции головки нижней челюсти кпереди от козелка уха и (или) определяемая через наружный слуховой проход обычно свидетельствует о воспалительных явлениях в суставе. Пальпацию жевательной и височной мышц осуществляют со стороны кожных покровов, латеральной и медиальной крыловидных мышц - со стороны полости рта. Выявленные при этом напряжение и болезненность указывают на наличие мышечного гипертонуса.

Пальпация грудиноключично-сосцевидной мышцы (передняя головка) определяется на всем протяжении от сосцевидного отростка до внутреннего края ключицы при повороте головы в противоположную сторону. Пальпация двубрюшной мышцы (заднее брюшко) осуществляется между ветвью нижней челюсти и грудиноключично-сосцевидной мышцей, ее переднее брюшко - сбоку от срединной линии дна полости рта.

При пальпации области сустава во время открывания и закрывания рта, а также при боковых движениях нижней челюсти можно ощутить кончиками пальцев наличие так называемых реципрокных щелчков, или крепитации, что служит признаком вправляемого смещения суставного диска или артроза соответственно. При пальпации области суставов оценивают также экскурсию головок нижней челюсти, которая может быть нормальной (до вершины суставного бугорка), избыточной (головка смещается кпереди от бугорка, иногда с характерным щелчком) или пониженной, когда движения головки нижней челюсти незначительны и определяются в пределах суставной ямки.

# Дифференциальная диагностика

Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава в первую очередь дифференцирует с невритом тройничного нерва, перикоронаритом и другой стоматологической патологией, отитом, мастоидитом и другими заболеваниями.