ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. СВЕДЕНИЕ ЧЕЛЮСТЕЙ

По Международной классификации болезней ВОЗ (1978) забо­левания суставов относятся к группе болезней скелетно-мышечной системы и соединительной ткани, в которую включают артропатии и другие поражения суставов.

Среди заболеваний височно-нижнечелюстного сустава наиболее распространены следующие:

1. Артриты инфекионные: гнойный; специфические — ревмато­идный; синдром Фелти; юношеский хронический полиартрит — болезнь Шталля.

2. Остеоартроз.

3. Анкилоз.

4. Контрактура.

*5.* Синдром болевой дисфункции.

6. Травматические и другие поражения.

7. Вывихи нижней челюсти.

Височно-нижнечелюстной сустав включает головку нижней че­люсти, нижечелюстную ямку, суставной бугорок височной кости и суставной диск. Все эти элементы находятся в суставной капсуле.

Суставной диск имеет двояковогнутую форму, изолирует сустав­ную головку от нижней челюстной ямки и по краям сращен с капсулой, в результате чего полость сустава делится на верхний и нижний отделы.

Суставная капсула имеет два слоя: наружный — фиброзный и внутренний — синовиальный; последний продуцирует синовиальную жидкость, которая обусловливает уменьшение трения при скольже­нии суставных поверхностей.

Элементы сустава соединены между собой внутрикапсулярными и внекапсулярными связками.

Движение сустава осуществляется за счет жевательной группы мышц, но при этом нельзя не учитывать функцию мышц языка и мимической мускулатуры. Кровоснабжение височно-нижнечелюст­ного сустава осуществляется ветвями наружной сонной артерии.

Иннервируется височно-нижнечелюстной сустав в основном вет­вями ушно-височного нерва, а также с участием большого ушного, малого затылочного, блуждающего нерва и др.

Височно-нижнечелюстной сустав является комбинированным, в нем сочетаются практически два сустава (справа и слева), симмет­ричных по отношению друг к другу, тесно взаимосвязанных и представляющих собой единую кинематическую систему. В физиологически нормальном суставе возможна комбинация двух видов движения — шарнирных (в нижнем отделе) и возвратно-поступа­тельных (в верхнем отделе).

Комбинация видов движения позволяет при относительно не­больших смещениях внутри сустава достигать значительной ампли­туды смещения нижней челюсти между режущими краями цент­ральных резцов верхней и нижней челюстей.

Существуют большие индивидуальные различия в функциональ­ных возможностях височно-нижнечелюстного сустава, зависящие от анатомического строения отдельных элементов сустава. В норме различают три типа височно-нижнечелюстного сустава:

1. Уплощенный сустав. Суставная ямка мелкая, но широкая. Головка нижней челюсти не выпуклая, уплощена. Суставной бугорок невысокий. Этому типу сустава соответствует прямой прикус, в нем преобладают возвратно-поступательные движения.

2. Умеренно выпукло-вогнутый сустав. Суставная ямка хорошо выражена. Головка нижней челюсти выпуклая. Суставной бугорок также хорошо выражен. Этому типу сустава соответствует ортогнатический прикус. В таком суставе одинаково хорошо выражены как возвратно-поступательные, так и шарнирные движения.

3. Подчеркнуто выпукло-вогнутый сустав. Суставная ямка глу­бокая, но узкая. Головка нижней челюсти выпуклая. Суставной бугорок высокий, задний скат его крутой. Этому типу сустава соответствует глубокое резцовое перекрытие. В нем преобладают шарнирные движения.

Индивидуальные различия в функциональных возможностях ви­сочно-нижнечелюстного сустава обусловлены не только анатомиче­ским строением отдельных его элементов, но и состоянием зубочелюстного аппарата, тонуса жевательной мускулатуры, высотой при­куса. При изменении функции сустава возможно изменение формы лица, и, наоборот, изменения анатомической формы органов лица приводят к изменению функции сустава. Все это обусловливает сложность патогнеза при разнообразных по происхождению и ха­рактеру поражениях височно-нижнечелюстного сустава.

Диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, оп­ределение характера анатомических и функциональных отклонений основываются на общеклинических данных - жалобах больного, анамнезе, объективном исследовании - осмотре, пальпация, оценке зубочелюстной системы в целом (состояние зубов, зубных протезов, прикуса и т.д.). При обследовании бального с жалобами на нару­шения или боль в нижнечелюстном суставе следует изучить состо­яние суставных щелей, форму и размеры суставных головок, их соотношение с суставной впадиной и суставным бугорком. При открывании рта определяются траектория, синхронность, амплитуда и равномерность движения суставных головок, а также характер смещения нижней челюсти. Проводят специальные исследования (рентгенография, мастикоциография, аудиометрия и т.д.). Рентге­нологически исследуют два сустава (для сравнения), желательно при открытом и закрытом рте. Этот метод включает обзорнуюрентгенографию, томографию на глубине 2—2,5 см при профильных снимках, а при фронтальных проекциях — на глубине 11—13 см, контрастную рентгенографию, рентгенокинотомографию, рентгенотелекинематографию.

Обычный рентгенологический метод позволяет определить лишь грубые деструктивные изменения в суставе. Томография обладает большей разрешающей способностью, так как она дает изолирован­ное изображение сочленения без теневых наслоений.

При инфекционных заболеваниях (специфических и неспецифи­ческих) требуются лабораторные исследования периферической кро­ви, белковых фракций, консультации ревматолога, дерматовенеро­лога и др.

АРТРИТЫ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Гнойный артрит височно-нижнечелюстного сустава возникает в результате проникновения в сустав инфекции. Артриты могут быть следствием общих инфекционных заболеваний, распростране­ния инфекции гематоген но-метастатическим и контактным путями.

Гематоген нометастатические артриты височно-нижнечелюстного сустава чаще наблюдаются в раннем детском возрасте при заболе­ваниях среднего уха и наружного слухового прохода, когда воспа­лительный процесс сопровождается костными разрушениями. Вна­чале воспалительный процесс переходит на периартикулярные ткани по каменисто-барабанной (глазеровой) щели, через которую прохо­дит барабанная струна, а затем на сустав. Несколько реже артриты возникают в результате распространения остеомиелитического про­цесса ветви нижней челюсти, а также при абсцессах и флегмонах окружающих мягких тканей.

Клиническая картина. В стадии серозного воспаления клинические симптомы слабо выражены, появляется боль в области височно-нижнечелюстного сустава, особенно при движении челюсти. Отек и инфильтрация мягких тканей в области пораженного сустава могут отсутствовать. При неадекватном лечении процесс прогрес­сирует и переходит в стадию гнойного воспаления.

При гнойном артрите отмечаются слабость, головная боль, потеря аппетита, плохой сон, температура тела может повышаться до 38°С, иногда остается субфебрильной. Наблюдаются ограничение подвижности нижней челюсти, гиперемия, отек и болезненный инфильтрат тканей впереди козелка уха, чувство распирания и пульсирующая боль в этой области, усиливающаяся при движении нижней челюсти, с иррадиацией в ухо, висок. При осмотре наружного слухового прохода выявляется сужение его переднего отдела, нередко прощу­пываются увеличенные болезненные регионарные лимфатические узлы. Рентгенологически определяется расширение суставной щели без других органических изменений.

Для контактных артритов характерно одностороннее поражение Кчастым абсцедированием в суставе в отличие от других артритов. Хроническое течение характеризуется разнообразной симптоматикой, сопровождается обычно незначительными болями. Боли усиливаются в период обострения. Интенсивность боли раз­личная. Она бывает ноющей, стреляющей. Боли часто иррадиируют в ухо, висок, затылок.

При исследовании внсочно-нижнечелюстного сустава характерны вынужденное положение нижней челюсти и наличие хруста при ее движении.

Лечение. При лечении артритов в любой этиологии важно прежде всего создать покой в суставе, ограничив функцию нижней челюсти. С этой целью для разобщения суставных поверхностей применяют межзубную прокладку между молярами в сочетании с пращевидной повязкой на подбородочный отдел. Назначают внут­римышечно антибиотики, внутрь салицнлаты, антигистаминные пре­параты; местно проводят блокады мягких тканей по типу ползучего инфильтрата в области сустава 0,5% раствором новокаина, триме-каина, лидокаина 2 раза в неделю <4—5 раз).

При контактных и гематогенно-метастатических гнойных артри­тах в целях профилактики распространения процесса и деструктив­ных изменений необходимо произвести вскрытие и дренирование гнойных очагов в суставе.

Кроме противовоспалительных лекарственных средств, назнача­ют физические методы лечения (сухое тепло, УВЧ, диатермия, электрофорез йодида калия, консервированной медицинской желчи, гидрокортизона, грязелечение и т.д.).

Специфические артриты внсочно-нижнечелюстного сустава. К этой группе относятся туберкулезный, сифилитический, лепрозный и бруцеллезный артриты. Они встречаются весьма редко и могут развиваться на фоне специфического поражения других ор­ганов при распространении процесса на сустав контактным или гематогенным путем. Процесс обычно протекает вяло, длительно, с периодическими обострениями. Диагноз устанавливается с учетом специфического заболевания.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного процесса. Применяют специфические средства, проводят местное лечение.

Ревматоидный артрит — инфекционно-аллергическое заболева­ние, относящееся к группе коллагеновых процессов, при которых поражается соединительная ткань суставов в виде полиартрита. Последнее является одним из дифференциально-диагностических признаков заболевания.

При ревматоидном артрите наиболее ранние и глубокие изме­нения в виде пролиферативного воспаления наблюдаются в сино­виальном слое суставной капсулы. Происходит ее утолщение. Экс­судат в полости сустава плохо рассасывается и замещается соеди­нительной тканью. Хрящевые и костные элементы изменяются, в более поздние сроки. С течением времени обнаруживаются смещение суставной головки и деформация сустава.

Заболевание начинается, как правило, с мелких суставов конечностей и, постепенно распространяясь на более крупные суставы, приобретает длительное хроническое течение.

При вовлечении в процесс височно-нижнечелюстного сустава больной может обратиться к стоматологу. Однако после обследования и выявления заболевания требуется консультация ревматолога.

Клинически при поражении височно-нижнечелюстного сус­тава наблюдаются нерезкие боли в области сустава, чувство скованно­сти движения челюсти, особенно при приеме пищи, разговоре, открывании и закрывании рта. При осмотре видимых изменений в области сустава не выявляется. Пальпаторно определяются боль в суставной головке, некоторое ограничение экскурсий последней по сравнению с височно-нижнечелюстным суставом противоположной стороны.

Периодически возникают обострения процесса с картиной острого воспаления. В последующем развиваются органические изменения в суставе: деформация сустава, фиброзные спайки.

При рентгенологическом исследовании изменения суставов вы­являются лишь в поздние сроки заболевания в виде остеопороза, атрофии кости, сужения суставной щели.

Лечение и диспансерное наблюдение за больными осуществ­ляет ревматолог. Рекомендуются ограничение открывания рта, прием размельченной пищи. В период обострения процесса лечебная так­тика идентична лечению гнойного артрита. В стоматологической практике проводят местное лечение, используя физические методы (электрофорез новокаина, йодида калия, гидрокортизона, лидазы и др.), при скованности движений в суставе — лечебную гимнастику. Внутрисуставные инъекции гидрокортизона и других препаратов не показаны, так как нередко при этом наблюдается рассасывание суставной головки.

К полиартритам воспалительного характера относят синдром Фелти и юношеский хронический полиартрит — болезнь Штилля.

ОСТЕОАРТРОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Остеоартроз — хроническое заболевание сустава дистрофического характера, причинами которого могут быть обменные, нейродист-рофические нарушения, хронические артриты, синдром болевой дис­функции, хроническая травма сустава, неправильное зубопротезирование, изменение состояния жевательной мускулатуры и др. При этом в результате вяло протекающих деструктивных и воспалитель­ных изменений в хрящевой и костной ткани возникают явления остеосклероза костных суставных элементов, часто сопровождаю­щиеся их деформацией.

Одной из основных причин остеоартроза считается длительное несоответствие между нагрузкой и выносливостью хрящевой ткани сустава.

В норме сустав освобожден от перегрузки, так как сила мышечных сокращений, развиваемая при жевании, распространяется в основном на все зубы и их периодонт. Потеря зубов, особенно моляров, приводит к продвижению мыщелковых отростков в суставную ямку несколько глубже, чем в норме. Возникает излишнее давление на суставные поверхности. Вследствие этого происходят углубление суставной ямки, атрофия ее костной пластинки, снижение прикуса. Потеря боковых зубов может привести к «разбалтыванию» сустава и подвывихам. Постоянные травмы хрящевых суставных поверхно­стей и мениска вызывают их дегенеративно-воспалительные изме­нения. Снижение эластичности хрящевых поверхностей приводит к повышению нагрузки на суставные отделы костей. Следовательно, деструктивные процессы в височно-нижнечелюстном суставе разви­ваются тогда, когда нарушается равновесие между нагрузкой на сустав и физиологической выносливостью его тканей. Костная ткань приспосабливается к возрастанию нагрузки: либо происходит уве­личение суставных поверхностей за счет краевых разрастаний, либо склерозируется субхондральный отдел кости.

Остеоартроз чаще встречается в пожилом и старческом возрасте и является следствием возрастных и инволютивных изменений.

Различают склерозирующие и деформирующие остеоартрозы. При *склерозирующем остеоартрозе* иногда отмечается склероз в поверхностных и глубжележащих слоях губчатой кости элементов сустава. При *деформирующем остеоартрозе* происходит деформа­ция кости, которая часто сопровождается образованием на головке нижней челюсти костных разрастаний в виде шипов (экзостозы и остеофиты).

Клиническая картина склерозирующего остеоартрита ха­рактеризуется весьма скудной симптоматикой, что нередко является причиной позднего обращения больных к врачу. Больного иногда беспокоят нерезкие боли.

Клинические проявления деформирующего остеоартроза зависят от степени деформации сустава. Больные жалуются на постоянную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, ограничение открывания рта, скованность движений нижней челюсти, смещение нижней челюсти в пораженую сторону при открывании рта может сопровождаться щелканием и хрустом в области сустава.

При рентгенологическом обследовании больных склерозирующим остеоартритом определяются уплотнение костных краев суставных поверхностей головки сустава, суставной ямки, нередко суставного бугорка, а также уменьшение головки отростка нижней челюсти. При деформирующем остеоартрозе наблюдаются деформация либо увеличение головки мыщелкового отростка, изменение ее формы с рассасыванием кортикальной пластинки головки или остеофитами. Лечение остеоартроза остается сложной проблемой. Примене­ние различных методов терапии дает временное улучшение. Пока­заны физиотерапия — электрофорез йодида калия, лидазы, гидро­кортизона, медицинской консервированной желчи; ультразвук; гидрокортизонотерапия путем внутрисуставной инъекции. При нару­шении прикуса необходимо рациональное протезирование. В случае скованности движений челюсти — лечебная гимнастика, а при болевых ощущениях — ограничение открывания рта, прием измельченной пиши. Некоторым больным указанное лечение проводят не менее 2 раз в год. При выраженной деформации головки и нарушений функции сустава применяют хирургическое лечение: нивелировку и моделирование суставной головки, удаление мениска, резекцию мыщелкового отростка нижней челюсти. Хирургические методы не дают должного эффекта.

**АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Анкилоз — сведение челюстей, связанное со стойкими измене­ниями внутри сустава. При этом происходит срастание поверхностей суставной головки нижней челюсти с суставной впадиной височной кости фиброзной или костной спайкой.

Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте. Причинами его могут быть травма, послеродовые травма­тические повреждения, воспалительные процессы вблизи мыщелко­вого отростка (отит, мастоидит, остеомиелит ветви нижней челюсти).

В начале патологического процесса (артрит) хрящевые поверх­ности мутнеют. Мениск расщепляется на волокна. Суставная капсула сморщивается. Синовиальная оболочка перерождается. Хрящ посте­пенно исчезает. Обе суставные поверхности превращаются в плотную рубцовую соединительную ткань (фиброзный анкилоз), которая за­тем окостеневает, т. е. возникает костный анкилоз.

Фиброзный анкилоз развивается в период законченного форми­рования лицевого скелета. Деформация нижней челюсти при этом отсутствует. В начальной стадии заболевания отмечается ограниче­ние открывания рта. Амплитуда движений нижней челюсти посте­пенно сокращается. В поздней стадии могут сохраниться эти дви­жения лишь в горизонтальном направлении. При пальпации сус­тавные головки в большей или меньшей степени подвижны. -». Фиброзный анкилоз рентгенологически характеризуется нерав­номерностью ширины суставной щели, последняя местами трудно прослеживается вследствие образования фиброзных спаек.

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава может быть односто­ронним и двусторонним, а также полным или частичным. При частичном костном анкилозе сохраняются остатки суставного хряща и участки поверхности суставной головки, при полном — развивается неподвижность нижней челюсти. Характерна деформация нижнего отдела лица, обусловленная нарушением (одно- или двусторонним) зон роста. Выраженность деформации челюсти зависит от времени возникновения анкилоза. При одностороннем анкилозе наблюдается смещение средней линии лица в сторону поражения, определяются уплощение тканей по ходу тела нижней челюсти на неповрежденной стороне и выбухание — на стороне поражения за счет укорочения ветви и тела нижней челюсти. При пальпации суставных головок движения в пораженном суставе не определяются, а в суставе противоположной стороны — ограничены. Отмечаются множественное разрушение зубов, обильные зубные отложения с явлениями гингивита; прикус перекрестный. При двустороннем ан­килозе резко выражено западение подбородочного отдела нижней челюсти вследствие укорочения с обеих сторон основания тела и ветвей ее, что приводит к смещению языка и нарушению функции дыхания. Передний отдел верхней челюсти как бы нависает над нижним. Нарушается прикус. Часто передние нижние зубы контак­тируют со слизистой оболочкой неба. Наблюдается их дистопия (веерообразность расположения фронтальных зубов). Санация по­лости рта невозможна. Прием пищи затруднен.

Рентгенологически при полном костном анкилозе отмечается уко­рочение ветви и мы шелкового отростка нижней челюсти, последний расширен, в виде костного разрастания соединяется с суставной впадиной височной кости. Суставная щель не определяется. Угол челюсти деформирован, на нем образуется шпора. Если в процесс вовлекается венечный отросток, то он с суставным составляет единый костный массив. При неполном костном анкилозе выявляется на большем или меньшем протяжении сустава щель с частично сохра­ненной формой суставной головки.

Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консерватив­ных мероприятий. В начальной стадии заболевания следует использо­вать физиотерапевтические методы (фонофорез, ультразвук), расса­сывающие медикаментозные средства (раствор йодида калия, лидаза, гиалуронидаза, гидрокортизон и т. д.). Иногда больному внутрь суста­ва путем инъекции вводят по 25 мг гидрокортизона 2 раза в неделю, всего 5—6 инъекций. Под влиянием гидрокортизона рассасываются (особенно молодые) фиброзные спайки внутри сустава.

При недостаточном эффекте терапии возможно проведение на­сильственного открывания рта (редрессации) в сочетании с указан­ными методами лечения и механотерапией. Лечение костного и стойких форм фиброзного анкилоза хирур­гическое. Оно направлено на восстановление функции нижней че­люсти и устранение деформации путем создания ложного сустава. Наиболее рациональным местом остеотомии является граница между верхней и средней третью ветви нижней челюсти, т. е. над нижнечелюстным отверстием. При осуществлении только линейной остеотомии часто возникают рецидивы. В результате за­медленного образования замыхательной костной пластинки на остеотомированных поверхностях происходит срастание этих поверх­ностей.

Для избежания срастания костных фрагментов применяют ин­терпозицию различными тканями и материалами, создают широкий диапазон между костными фрагментами путем их скелетирования; используют метод ранней и эффективной механотерапии челюстей, лучше специальными аппаратами.

Наиболее эффективно использование в качестве трансплантата аутокости (ребро, гребешок подвздошной кости и т.д.), формализированных, замороженных, лиофнлизировакных, (гамма) облучен­ных костей, а также имплантатов из углеродистых композитов (углеродная синтетическая пена, материал «Остек») и металлов, индифферентных для тканей организма (титан, тантал и другие биоматериалы).

КОНТРАКТУРА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Контрактура височно-нижнечелюстного сустава — это сведение челюстей различной этиологии, вплоть до полной неподвижности нижней челюсти.

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосред­ственном и рефлекторном раздражении аппаратов, связанных с ин­нервацией жевательных мышц (болевое раздражение из очага вос­паления).

Различают три степени воспалительной контрактуры. При первой степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3—4 см между режущими поверхностями верхних и нижних цен­тральных зубов; при второй — отмечается ограничение открывания рта в пределах 1—1,5 см; при третьей — рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности доступа к вскры­тию гнойного очага в полости рта необходимо снять спазм жева­тельных мышц путем проведения блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Верше—Дубову. При длитель­ности воспалительного процесса со сведением челюстей более 2 нед показаны физиотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура возникает вследствие рубцовых измене­ний тканей, окружающих нижнюю челюсть. Это происходит приязвен но-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа, сердечно-сосудистой декомпенсации), хро­нических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после операций удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Заживление ран вторичным натяжением ведет к обра­зованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов.

Различают дерматогенную, десмогенную (соединительноткан­ную), миогенную, мукозогенную и костную контрактуры.

Клиническая картина характеризуется сведением челю­стей I, II, III степени. Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визу­ально, глубокие — пальпаторно. Движения суставных головок со­храняются (небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти).

Лечение рубцовых контрактур может быть консервативным, с применением парафина, пирогенала, тканевой терапии по В. П. Филатову, лндазы, репидазы, гидрокортизона, вакуумтера­пии, ультразвука, гелий-неонового лазера и т. д. Главная цель кон­сервативного лечения — предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при свежих, «молодых» рубцах давностью не более 12 мес. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство за­ключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и заме­щении ее другой тканью.

Используют различные методы пластики: встречными треуголь­ными лоскутами, лоскутом на ножке, свободную пересадку тканей (кожа, подкожная клетчатка, фасция и т.д.), при помощи филатовского стебля, лоскутом с применением микрососудистых анасто­мозов (при глубоких рубцах).

Для предотвращения рецидива рубцовых контрактур, после хи­рургических вмешательств необходимо проводить лечебную гимна­стику, в том числе механотерапию.

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Это наиболее часто встречающийся вид патологии. Наблюдается у 95% пациентов, обращающихся с заболеваниями суставов. Нару­шения функции височно-нижнечелюстного сустава обусловлены из­менениями сложного нервно-мышечного механизма, контролирую­щего и регулирующего все движения сустава. Причинами могут быть нарушения прикуса при заболеваниях зубов и слизистой обо­лочки десен (пародонтит, пародонтоз, патологическая стираемость зубов и др.) после пломбирования, удаления или протезирования зубов. Нарушения прикуса вызывают дискоординацию, асинхронность сокращений жевательных мышц. Возникающие асинхронные мышечные сокращения приводят к тому, что суставной диск и головка мыщелкового отростка могут в данный момент проходить различный путь.

К развитию синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава может привести бруксизм (скрежет зубами), при котором вследствие повышенной активности жевательных мышц происходят сжатие и стискивание зубов. Иногда этот синдром на­блюдается при гипертонусе жевательных мышц, связанном с пси­хическими, неврогенными факторами — стрессом. В этих случаях прикус может быть нормальным.

Клиническая картина синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава включает ряд симптомов. Это прежде всего жалобы на боли различной интенсивности в одной из половин лица и головы, с иррадиацией в шею. Отмечаются болезненность и ограничение при открывании рта, S-образное смещение нижней челюсти в сторону при открывании или закры­вании рта. При движении нижней челюсти боль усиливается, увеличивается спазм отдельных участков жевательных мышц, не­редко возникает шум в суставе в виде шороха или трения (хруста), крепитации или щелканья. Крепитация и трение возникают в нижнем, шарнирном этаже сустава, а щелканье — в верхнем скользящем отделе сустава. Реже больные отмечают сухость или, наоборот, гиперсаливацию, чувство жжения в полости рта, иног­да — понижение слуха.

При рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава органических изменений костных элементов сустава не об­наруживается. Иногда определяется неодинаковое положение сус­тавных головок в суставной впадине в состоянии центральной ок­клюзии и при максимальном открывании рта.

Синдром болевой дисфункции следует дифференцировать от различных видов артрита этого сустава, окклюзионно-артикуляционного синдрома, связанного с нарушением прикуса, шейного остеохондроза, невралгии тройничного нерва, болей психогенного характера.

Важным дифференциально-диагностическим критерием служит блокада двигательных путей тройничного нерва по способу П. М. Егорова. Она снимает мышечный спазм, вследствие чего пре­кращается боль и улучшается подвижность нижней челюсти. При наличии артрита или остеоартрита болевые ощущения в области сустава не ликвидируются, так как анестезия жевательных мышц не оказывает влияния непосредственно на измененный височно-нижнечелюстной сустав.

Лечение больных с синдромом болевой дисфункции височ­но-нижнечелюстного сустава должно сводиться к устранению при­чин заболевания и прежде всего к исключению стрессовых ситу­аций, парафункций (таких как бруксизм), приема твердой пищи и других моментов, увеличивающих нагрузку и напряжение или вызывающих проявление чувства усталости, скованности и спазма. Нужно проводить аутогенную тренировку, ЛФК, массаж спазмированных мышц, различные тепловые процедуры, иглотерапию, чрескожную электроаналгезию, блокады путем местного подведе­ния" к сканированным участкам 1% раствора тримекаина и других.

Уменьшения нагрузки на сустав можно достичь и с помощью специальных нижнечелюстных аппаратов. Ограничение подвижности нижней челюсти создает покой для жевательных мышц, связок, капсулы и других элементов сустава.

Пои наличии показаний следует обязательно устранить при­чины, приведшие к нарушению артикуляции зубов (нормализовать прикус).

**Список литературы:**

1. Хирургической стоматологии: Учебник/Под ред.Т.Г. Робустовой; Медицина,1996г.
2. Интернет (<http://www.medlinks.ru/>)
3. Хирургическая стоматология / Баженов.