

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВИСОЧНО—НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

К. А. Семенов

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

ALGORITHM OF THE PATIENTS' MANAGEMENT IN CHRONIC TRAUMATIC ARTHRITIS OF A TEMPORO—MANDIBULAR JOINT

K. A. Semenov

Dnepropetrovsk Medical Academy

Реферат

На основании анализа результатов клинических наблюдений предложен алгоритм ведения пациентов при хроническом травматическом артрите височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Лечебные мероприятия включали несколько этапов: симптоматическую медикаментозную терапию, реконструктивную хирургическую санацию полости рта, терапевтическую подготовку зубов, протезирование дефектов зубных рядов, стабилизацию пространственных взаимоотношений челюстей. Лечебные мероприятия направлены на нормализацию функциональной активности зубочелюстного аппарата путем восстановления равномерного распределения окклюзионной нагрузки.

Ключевые слова: хронический травматический артрит височно-нижнечелюстного сустава; лечение; алгоритм.

Abstract

Algorithm of the patients management in chronic traumatic arthritis of temporo-mandibular joint was proposed on the base of analysis of the clinical observations results. The treatment measures have included several stages: symptomatic medicinal therapy, reconstructive surgical sanation of oral cavity, therapeutic preparation of teeth, prosthesis of the teeth rows defects, stabilization of the space interrelations of the jaws. The treatment measures are directed towards normalization of the dentoalveolar apparatus functional activity, using restoration of uniform distribution of the occlusion load.

Keywords: chronic traumatic arthritis of temporo-mandibular joint; treatment; algorithm.

Терапия артрита ВНЧС — междисциплинарная задача, в решении которой должны участвовать не только стоматологи, но и невропатологи, терапевты, психологи, врачи других специальностей.

Эмоциональное и физическое напряжение, окклюзионная дисгармония — основные причины, от которых зависит функциональный баланс жевательной системы и адаптационных способностей организма.

Они обуславливают появление таких клинических симптомов, как приступы боли в околоушной области, напряженность и усталость мышц, зубочелюстного аппарата, пощелкивание и ограничение подвижности ВНЧС, прогрессирующую патологическую стираемость твердых тканей зубов с разрушением их анатомической целостности, выраженную нагрузку на периодонт [1 — 3].

Нарушения в ВНЧС редко возникают внезапно, за исключением острой травмы (удар в околоушную область, падение на подбородок, резкое максимальное открытие рта). Установлена определенная зависимость хронической перегрузки группы мышц при вынужденном одностороннем жевании, патологическом прикусе, частичной вторичной адентии, длительном прорезывании зубов мудрости. Вследствие этого на рабочей стороне возникает гипертрофия мышц, что обуславливает стойкую дисфункцию сустава. Основными симптомами при этом могут быть: щелканье и заклинивание ВНЧС при движениях нижней челюсти, усталость мышц при жевании, невозможность откусывания, нарушение смыкания зубов, артралгия [4 — 7]. ВНЧС является парным, синхронно работающим. Неравномерная нагрузка двигательной час-

ти жевательного аппарата — один из основных факторов его дисфункции.

В последние годы отмечено увеличение частоты выявления заболеваний ВНЧС. Многие аспекты проблемы спорны и недостаточно изучены. Наиболее частыми заболеваниями ВНЧС являются артрит, артроз, мышечно—суставная дисфункция [5, 6].

Лечение заболеваний ВНЧС и жевательных мышц подразделяют на симптоматическое (начальное), этиологическое (устранение причины возникновения заболевания) и реконструктивное (восстановление окклюзии хирургическими и ортопедическими методами) [1, 3 — 6].

Целью исследования была разработка алгоритма ведения пациентов при хроническом травматическом артрите ВНЧС.

Пациентка Г., 33 лет, обратилась с жалобами на боль в правом ВНЧС, усиливающуюся при пережевывании пищи, затруднение при открытии рта. Симптомы возникли 6 мес назад, вначале были периодическими. В настоящее время ограничение движений нижней челюсти и дискомфорт во время еды стали постоянными.

При осмотре выявлена асимметрия лица вследствие увеличения объема жевательных мышц слева. Осмотр полости рта затруднен из-за ограничения движений нижней челюсти — амплитуда открывания рта составляла около 1,5 см. При пальпации области ВНЧС справа у больной возникали дискомфорт в покое и болезненные явления при движениях нижней челюсти.

Пациентке рекомендовано проведение 2D исследования зубочелюстной области — панорамная рентгенография.

По данным панорамной рентгенографии обнаружен концевой дефект нижней челюсти справа, ограничен 44 зубом, скученность зубов фронтального участка нижней челюсти, адентия 13 зуба, нарушение окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей, сужение суставной щели справа, несимметричное расположение головок суставов слева и справа, разница анатомического объема головок ВНЧС.

На основании анализа жалоб и данных панорамной рентгенографии установлен диагноз: хронический травматический (окклюзионный) артрит ВНЧС справа.

Для устранения болевого синдрома и восстановления амплитуды движений нижней челюсти проведена симптоматическая терапия, предусматривающая улучшение состояния хрящевой ткани, устранение гипертонуса мышечно—связочного аппарата ВНЧС.

Для восстановления и нормализации работы хрящевых элементов суставов применяли хондропротекторы: Синарта или Дона — препараты, влияющие на фосфатно—кальциевый обмен в хрящевой ткани, уменьшающие процессы ее дегенерации.

Для устранения болевых ощущений применяли препарат Инцена, содержащий гомеопатические разведения активных веществ, оказывающих выраженное противовоспалительное, иммуномодулирующее, десенсибилизирующее, репаративное и анальгетическое действие. Также препарат способствовал снижению проницаемости стенок сосудов, устранению отечности вследствие влияния на синтез медиаторов воспаления, замедлению накопления макрофагов и лейкоцитов в очаге воспаления, уменьшению выраженности болевого синдрома, улучшению состояния пациентов при различных заболеваниях опорно—двигательного аппарата и ранах (в том числе послеоперационных).

Для усиления диффузии лекарственных препаратов в структуры ВНЧС применен метод пассивной кумуляции путем использования Хондроксид—геля — препарата для местного использования в зоне воспаления, обладающего противовоспалительным действием и улучшающего регенераторные процессы в хрящевой ткани суставов. Он также замедляет прогрессирование остеохондроза и остеоартроза, оказывает противовоспалительный и обезболивающий эффект, активизирует восстановление (регенерацию) хрящевой ткани, нормализует обменные процессы гиалиновых структур хряща.

Для устранения психоэмоционального напряжения и побочных реакций пищеварительного канала, обусловленных применением Дона или Синарты, использовали Персен — седативный препарат, изготовленный на основе растительных экстрактов, обладающий мягким эффектом: а) экстракт валерианы содержит монотерпены, валериановые кислоты, сесквитерпены, γ -аминобутировую кислоту, аргинин и глутамин; успокаивает, улучшает настроение, устраняет раздражительность и беспокойство; эффективен при психоэмоциональном напряжении и возбуждении; улучшает засыпание при бессоннице; не вызывает сонливости днем; б) экстракт мелиссы — успокаивает и об-

ладает спазмолитическим эффектом благодаря действию флавоноидов, танинов (розмариновая кислота), гераниевого, неролиевого и цедратного масел, монотерпенов, кислот тритерпеновых; в) экстракт перечной мяты — потенцирует действие валерианы и мелиссы.

Схема медикаментозного лечения пациентов по поводу хронического артрита ВНЧС.

1. Синарта или Дона по 1 ампуле (внутримышечно), 3 раза в неделю на протяжении 4 нед, утром после еды.

2. Инцена по 10 капель 3 раза в день, через 1 ч после еды, 30 дней.

3. Хондроксид (гель) — смазывать кожу в области суставов 2 раза в день, 30 дней.

4. Персен по 1 таблетке 2 раза в день, 30 дней.

Для устранения напряжения мышечного и связочного компонентов ВНЧС пациентов обучали технике приема пищи; пациенту разрешали употреблять привычную для него еду, но закладывать ее в полость рта небольшими равномерными кусочками, чтобы не перенапрягать связочный аппарат сустава при открытии рта. Обязательное условие — пользоваться не рабочей рукой, к примеру, если человек "правша", то левой рукой, если "левша" — правой рукой. При поднесении вилки не рабочей рукой к полости рта срабатывает безусловный рефлекс, благодаря которому рот открывается параллельно срединной линии тела, происходит более равномерное распределение нагрузки на мышечный и связочный компоненты ВНЧС. Координация движений осуществляется за счет согласованной деятельности коры полушарий большого мозга, мозжечка, вестибулярного аппарата. Ведущим органом координации движений является мозжечок, который регулирует и тонус мышц [8]. При поднесении кусочка пищи не рабочей рукой происходит синхронизация мышечного компонента зубочелюстного аппарата, поскольку рука стремится к кончику носа (пальце—носовая проба) [8]. При приеме жидкой пищи необходимо использовать десертную лож-

ку, при этом стараются не сильно открывать рот. При употреблении пищи, вносимой в рот руками (хлеб, фрукты, кусочки овощей, семечки, орехи и т.д.), необходимо создавать небольшие комфортные кусочки и вносить не рабочей рукой, стараясь равномерно распределять их при пережевывании по левой и правой сторонам зубочелюстного аппарата.

Через 1 мес симптоматического лечения и выполнения рекомендаций по способу употребления пищи пациентке рекомендован повторный осмотр для изготовления диагностической модели и планирования стоматологического лечения по поводу восстановления целостности зубного ряда и создания условий для равномерного распределения жевательного давления в зубочелюстном аппарате.

Состояние пациентки нормализовалось, приступы боли в области ВНЧС стали возникать реже и были менее интенсивными, амплитуда открывания рта составляла 3 см, исчез страх перед употреблением жесткой пищи.

Для анализа окклюзионных взаимоотношений зубов верхней и нижней челюстей изготовлена диагностическая модель.

Пациентке рекомендовано провести стоматологическую санацию полости рта, включающую хирургические, терапевтические и ортопедические аспекты, направленные на восстановление целостности зубных рядов и стабилизацию высоты прикуса, с последующим проведением панорамной рентгенографии и планового осмотра 2 раза в год.

Пациентка чувствует себя удовлетворительно, жалоб нет, приём пищи и движения нижней челюсти при разговоре и жевании не вызывают болевых ощущений и дискомфорта.

Пациентка предупреждена, что при максимальном раскрытии полости рта могут появиться болевые ощущения с нарушением функции ВНЧС.

При возникновении обострения в виде болевых ощущений в области ВНЧС и ограничении двигательной активности нижней челюсти рекомендовано использовать стандарт-

ную суставную шину ТМЈ, что позволяет корректировать миофункциональные нарушения и парафункции зубочелюстной области, а также препятствует прогрессированию повреждений вследствие бруксизма. Миофункциональный эффект достигается благодаря правильной позиции языка (ограничивается его прокладывание между зубами при реверсивном глотании) и коррекции других парафункций, провоцирующих дисфункцию ВНЧС.

Мягкая шина ТМЈ имеет утолщенное основание крыловидной формы с целью создания декомпрессии в области ВНЧС, предназначена для использования по 1 ч ежедневно для адаптации, а также в ночное время.

Эффективность основного лечения зависит от взаимоотношения врач — пациент, обстановки в лечебном учреждении, эффективности и последовательности лечения. Пациент действует строго по составленному плану, только если он четко осознает причины происходящих изменений в организме. Работа врача при первой встрече с пациентом должна быть направлена на то, чтобы успокоить пациента, устранить тревогу, объяснить дальнейшее течение патологического процесса и пути выхода из сложившейся ситуации, назначить обследование.

Прежде всего, необходимо внимательно выслушать жалобы пациента, доброжелательно и мягко направляя его рассказ в нужное русло. Тревожно настроенным пациентам внушить оптимизм, уверенность в излечении заболевания, но не давать необоснованных обещаний. Необходимо объяснить рациональный план лечения, учитывая особенности течения патологического процесса в конкретной ситуации, показав на моделях, рентгенограммах, рисунках, а также убедить в необходимости проведения лечебных мероприятий. Для всех пациентов подходит ровный, спокойный, эмоциональный настрой врача, его желание помочь пациенту. Пациент должен постоянно чувствовать, что врач относится к нему с симпатией и заинтересованностью.

Необходимо убедить пациента в необходимости самонаблюдения. Он должен понять ответственность за совместную работу с врачом при лечении заболевания.

Следует избегать оптимистических обещаний и фиксации внимания пациента на каком—либо одном причинном факторе. Не обещать, что переделка ортопедической конструкции приведет к излечению. Окклюзия (любой контакт между зубами верхней и нижней челюсти) подвержена постоянным изменениям. Любая терапия с замещением твердых тканей зуба искусственными материалами, удаление зуба (изменение положения зуба), стоматологическое ортопедическое лечение, а также оперативные вмешательства в челюстно—лицевой области всегда сопровождаются изменением окклюзионных соотношений. Постоянный контроль окклюзионных соотношений и четкое представление обо всех, зависящих от окклюзии факторах, являются первичными предпосылками качественного стоматологического лечения.

Алгоритм ведения пациентов при хроническом травматическом артрите ВНЧС.

1. Анализ жалоб и анамнеза заболевания.
2. Предварительное рентгенографическое 2D исследование.
3. Психологическая подготовка пациента к предстоящим лечебным мероприятиям.
4. Симптоматическое лечение для устранения болезненных ощущений и восстановления двигательной активности нижней челюсти.
5. Дополнительное обследование пациента для дальнейшего планирования стоматологической коррекции зубочелюстного аппарата.
6. Стоматологическая санация полости рта, направленная на восстановление и стабилизацию окклюзионных взаимоотношений зубных рядов.
7. Контрольное обследование пациента.
8. Рекомендации по использованию стандартной суставной шины и технике приема пищи в периоды обострения заболевания.

Универсального метода лечения или идеальной схемы, применяемой при заболеваниях ВНЧС, пока нет. Комплексный подход к проблеме с учетом всех факторов, способствующих нарушению функциональной работы ВНЧС, позволяет достичь стабилизации и облегчения состояния пациента в периоды обострения.

ВЫВОДЫ

1. Разработан алгоритм ведения пациентов при хроническом травматическом артрите ВНЧС, включающий: обследование, психологическую подготовку пациента, симптоматическое лечение, специализированное стоматологическое лечение, стабилизирующие мероприятия в период обострения.

2. Установление точного диагноза и использование предложенного алгоритма лечебных мероприятий у пациентов при хроническом травматическом артрите ВНЧС обеспечивают длительную ремиссию заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гросс МД, Мэтьюс ДжД. Нормализация окклюзии. Москва: Медицина, 1986. 286 с.
2. Корж НА, Хвисьюк АН, Дедух НВ. Остеоартроз. Харьков: Золотые страницы, 2007. 424 с.
3. Кляйнрок М. Функциональные нарушения двигательной части жевательного аппарата. Львов: ГалДент, 2015. 256 с.
4. Мак—Дональд РЕ, Эйвери ДР. Стоматология детей и подростков. Москва: Мед стомат агентство, 2003. 766 с.
5. Тимофеев АА. Руководство по челюстно—лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев: ООО "Червона Рута—Турс", 2004. 1062 с.
6. Тимофеев ОО. Щелепно—лицева хірургія: підручник. Київ: Медицина. 2011. 512 с.
7. Хватова ВА. Клиническая гнатология. Москва: Медицина, 2005. 312 с.
8. Гусев ЕИ, Бурд ГС, Коновалов АН. Учебное пособие по неврологии и нейрохирургии. Ростов—на—Дону: Феникс, 2006. 692 с.

