

Українська медична стоматологічна академія

КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ХІРУРГІЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ
- ФУНКЦІОНАЛЬНА АНАТОМІЯ СНЩС
- ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ПАТОЛОГІЇ СНЩС
- МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ
- ПАТОГЕНЕЗ ЗАХВОРЮВАНЬ СНЩС
- ПЛАН ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ДИСФУНКЦІЄЮ СНЩС

ЗАХВОРЮВАННЯ

СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА
ТА ПРИНЦИПИ ЇХ ЛІКУВАННЯ



НОВІКОВ

Вадим Михайлович

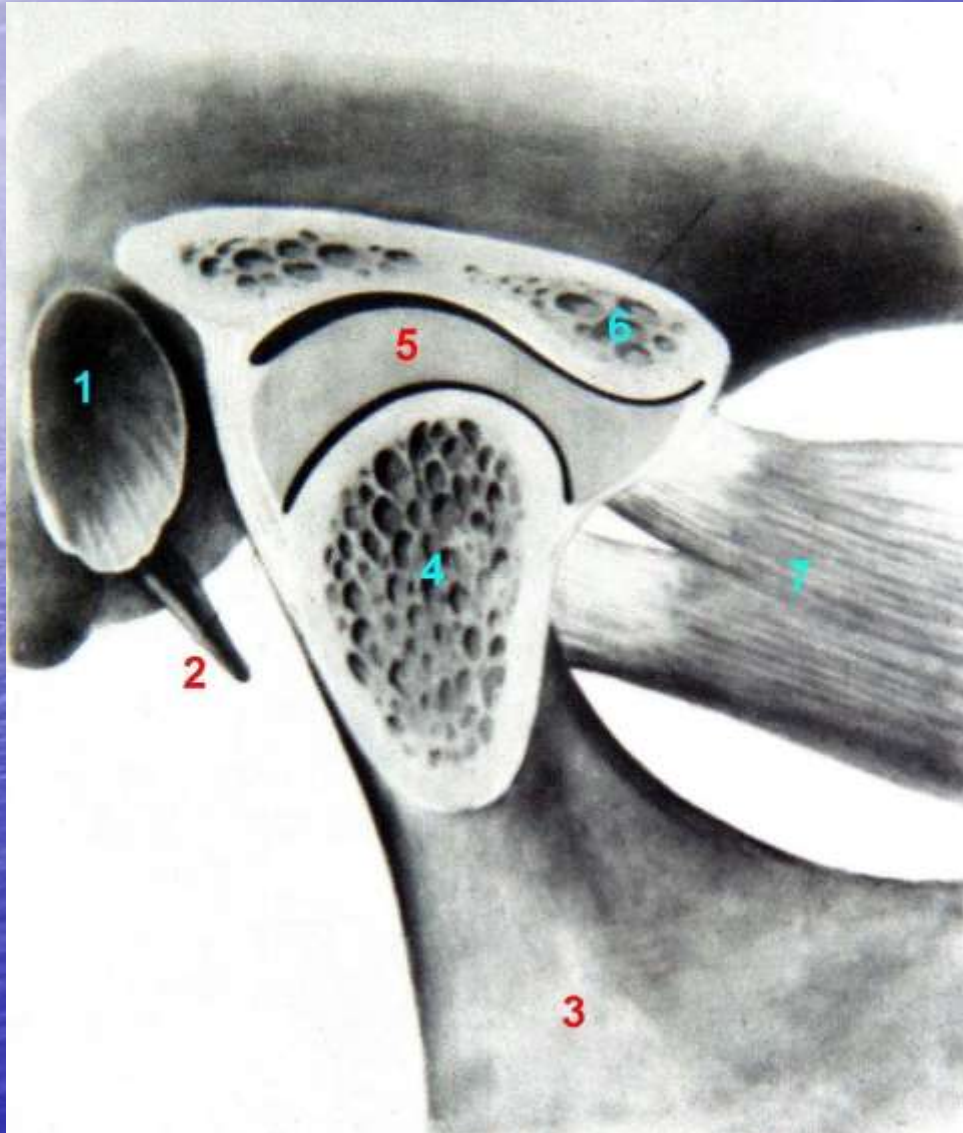
Професор, д.мед.наук,
завідувач кафедри пропедевтики
хірургічної стоматології
тел. 380503040502

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

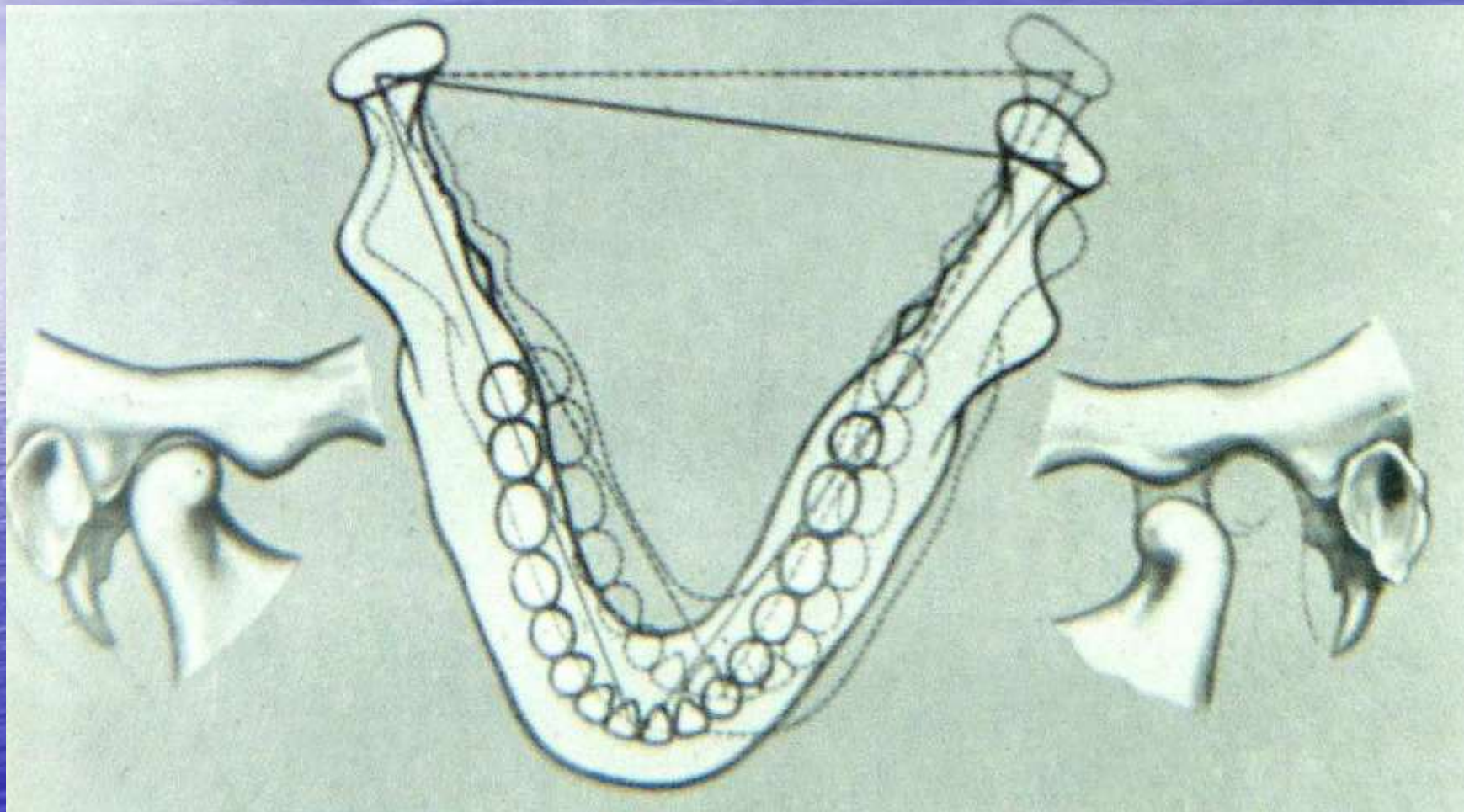
- Складнощі у діагностиці
- Складнощі у лікуванні
- Різноманітність та складнощі клінічної картини
- Міждисциплінарна інтеграція

«Вашингтон Пост» 7 мая 1996 г. в отделе «Новости здоровья» сообщает:
«...медицинская наука не уверена в том, как лечить боль в нижней челюсти, потому что нарушение не было точно диагностировано или описано. И никто не уверен, нужно ли с этим обращаться к дантистам или к другим врачам, или и к тем, и к другим».

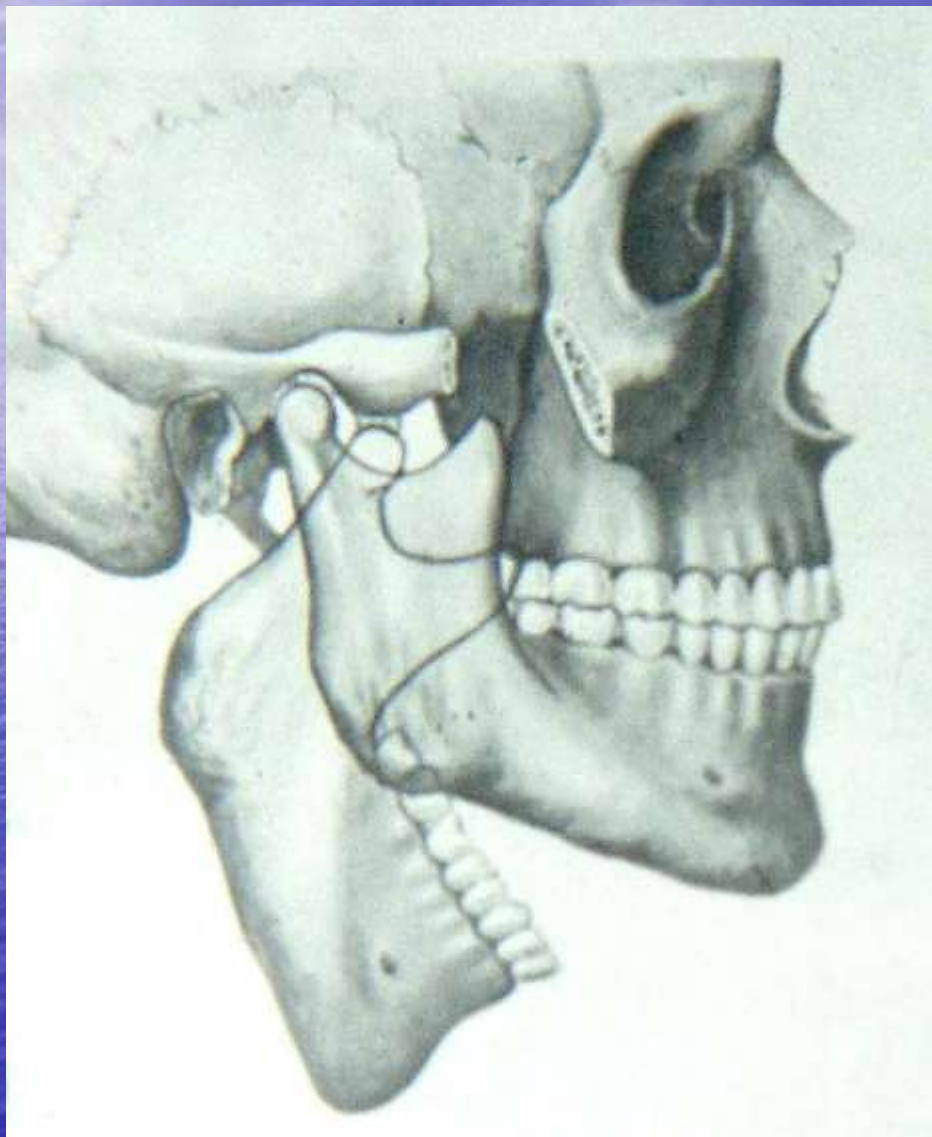
ФУНКЦІОНАЛЬНА АНАТОМІЯ



ФУНКЦІОНАЛЬНА АНАТОМІЯ

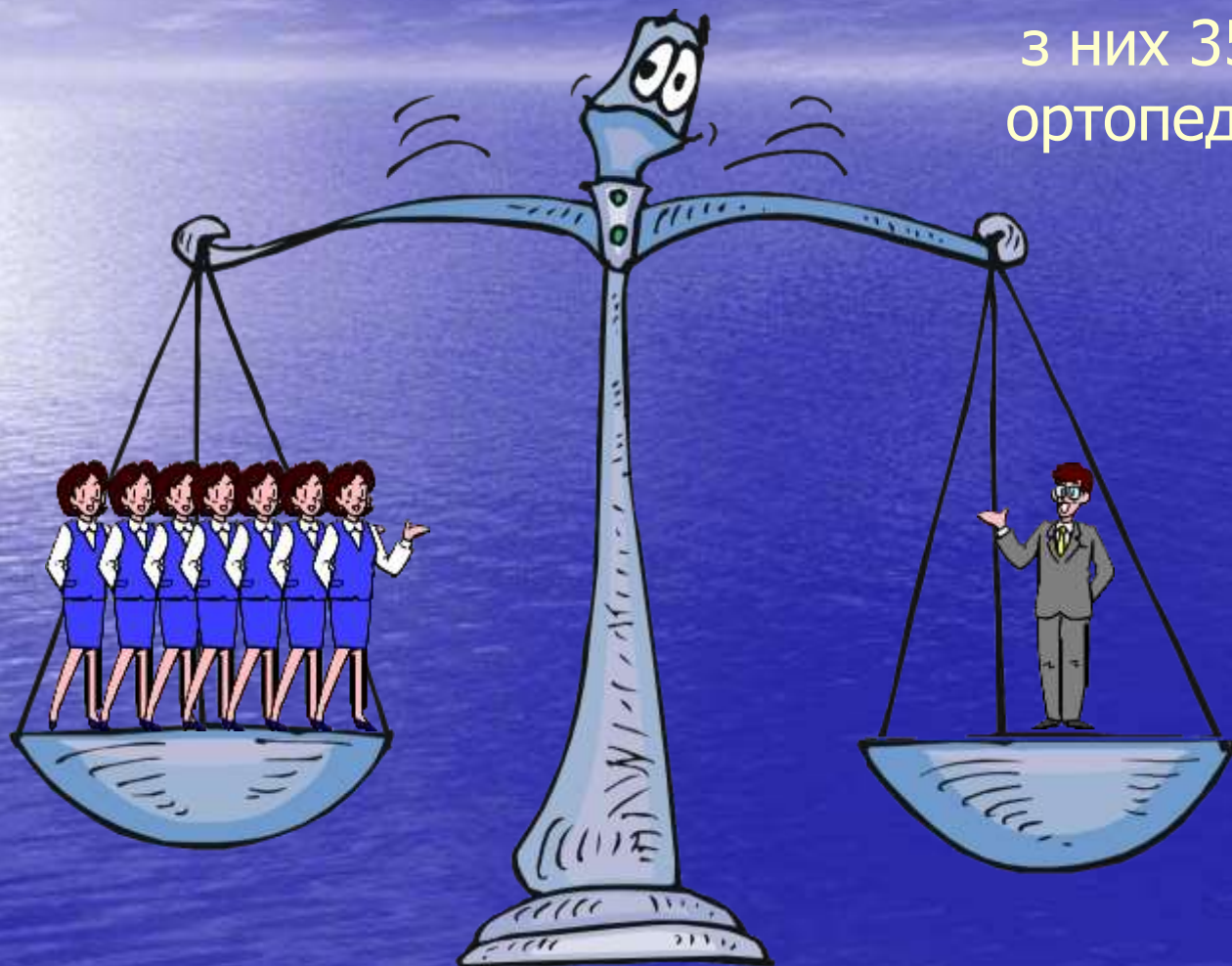


ФУНКЦІОНАЛЬНА АНАТОМІЯ



ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

ЗА НАШИМИ ДАННИМИ-17,1%,
з них 35% потребувало в
ортопедичного лікування



У ЖІНОК ЗУСТРІЧАЄТЬСЯ В 7-8 РАЗІВ ЧАСТІШЕ

КЛАСИФІКАЦІЇ

АРТРИТИ— гострі та хронічні;

АРТОЗИ — склерозуючі та деформуючі;
- в хронічній стадії та стадії загострення

М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВІ ДИСФУНКЦІЇ;

АНКІЛОЗИ;

ПУХЛИНИ.

КЛАСИФІКАЦІЇ

ДИСФУНКЦІЇ – нейро-мускулярні;

- оклюзійно-артикуляційні;
- звичні вивихи.

АРТРИТИ – гострі (інфекційні, алергічні, травматичні)

- хронічні (лише системні і інфекційно-алергічні)

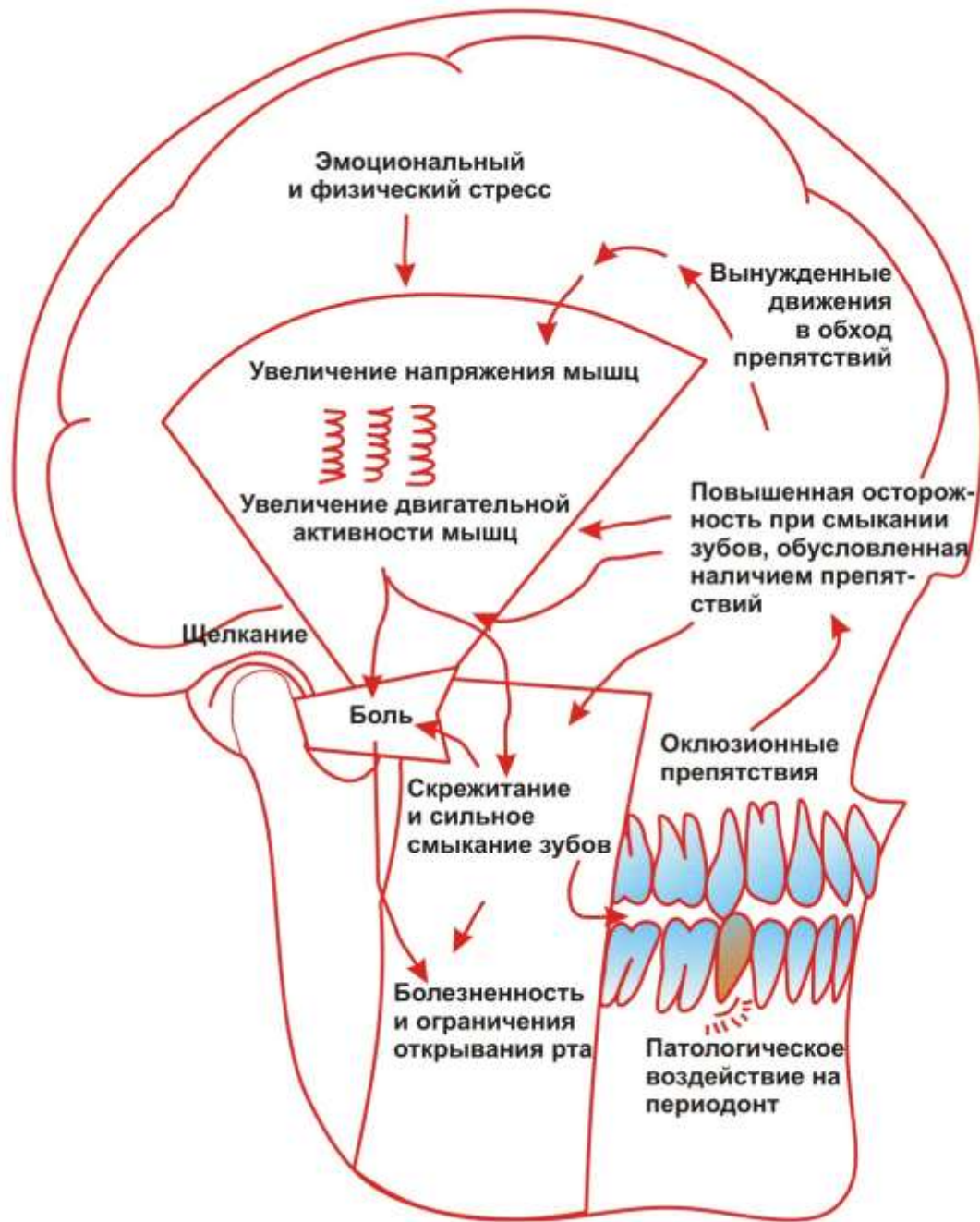
АРТРОЗИ – постінфекційні, посттравматичні, обміну)

АНКІЛОЗИ

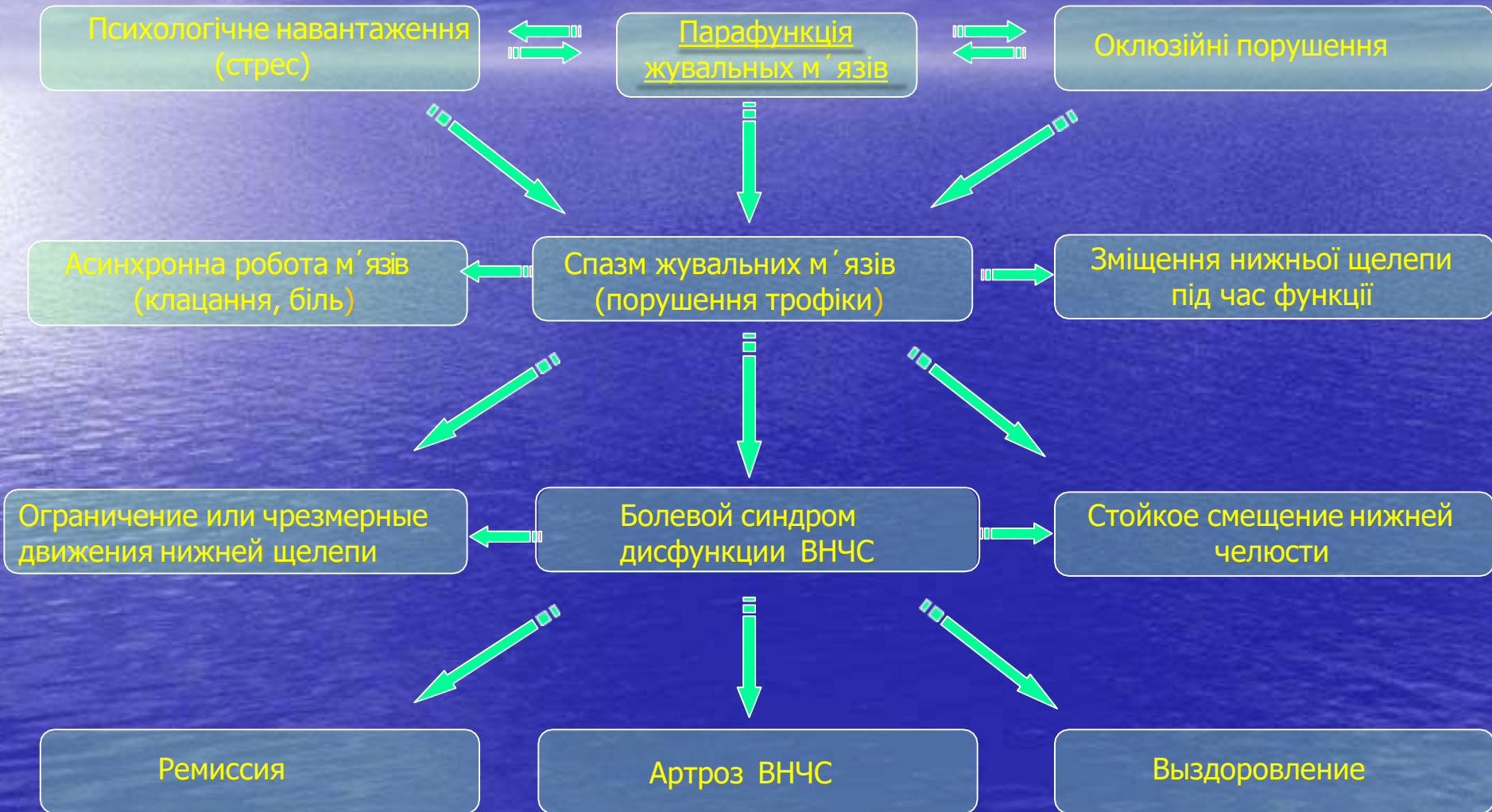
СПОЛУЧЕНІ ФОРМИ ЗАХВОРЮВАНЬ

НОВОУТВОРЕННЯ І ДИСПЛАЗІЇ

ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС



ПАТОГЕНЕЗ ДИСФУНКЦІЇ СНЩС





КЛИНИЧЕСКИЙ ИНДЕКС ДИСФУНКЦИИ (Helkimo, 1974)

СИМПТОМ	БАЛЛ
Подвижность нижней челюсти	
Без ограничений (открывание рта 50 мм, боковые и передние движения (7 мм))	0
Немного ограничена (открывание рта 30-39 мм, боковые и передние движения (4-6 мм))	1
Сильно ограничена (открывание рта 30 мм, боковые и передние движения (0-3 мм))	5
Открывание и закрывание рта по средней линии (допустимо в конце открывания рта боковое смещение на 2 мм) без суставного шума, определяемого пальпаторно	0
Суставной шум определяемый пальпаторно, и/или боковое смещение нижней челюсти на 2 мм в конце открывания рта	1
Вывих суставной головки или кратковременное блокирование движений суставной головки	5

Суставная боль	
Сустав безболезненный при пальпации	0
Сустав болезненный при пальпации снаружи или сзади (с одной или двух сторон)	1
Сустав болезненный при пальпации снаружи или сзади (пальпация через переднюю стенку наружного слухового прохода)	5
Боль при движении нижней челюсти	
Отсутствует	0
Боль при одном движении (при открывании рта, смещены челюсти в сторону или вперед)	1
Боль при 2 и более движениях	5
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ДИСФУНКЦИИ	
0 баллов	Нет
1-4 балла	Легкая
5-9 баллов	Средняя
10-25 баллов	Тяжелая

ШИРИНА І ТРАЕКТОРІЯ ВІДКРИВАННЯ РОТА

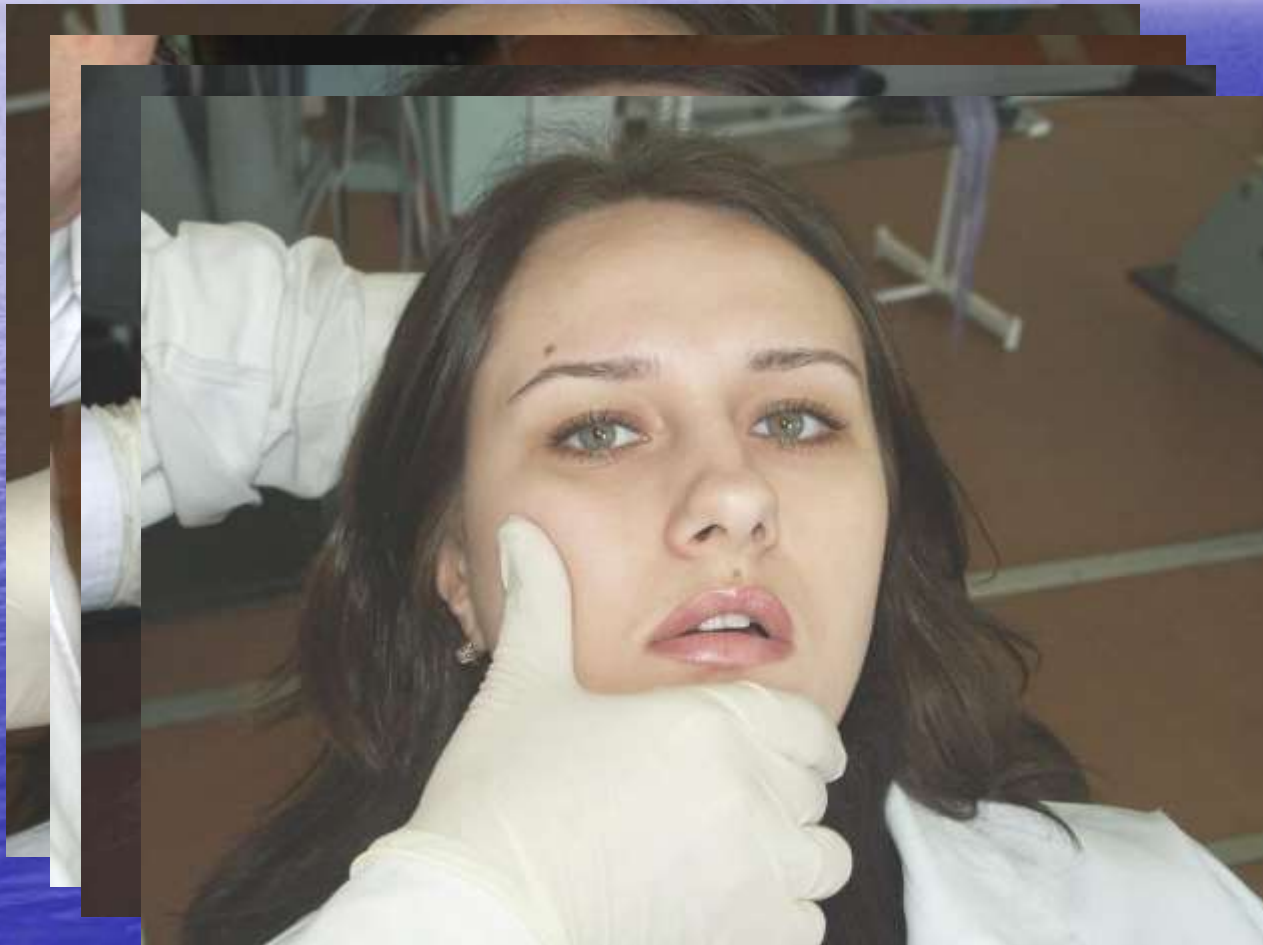


девіація
дефлексія

ПАЛЬПАЦІЯ СНЩС ТА ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ



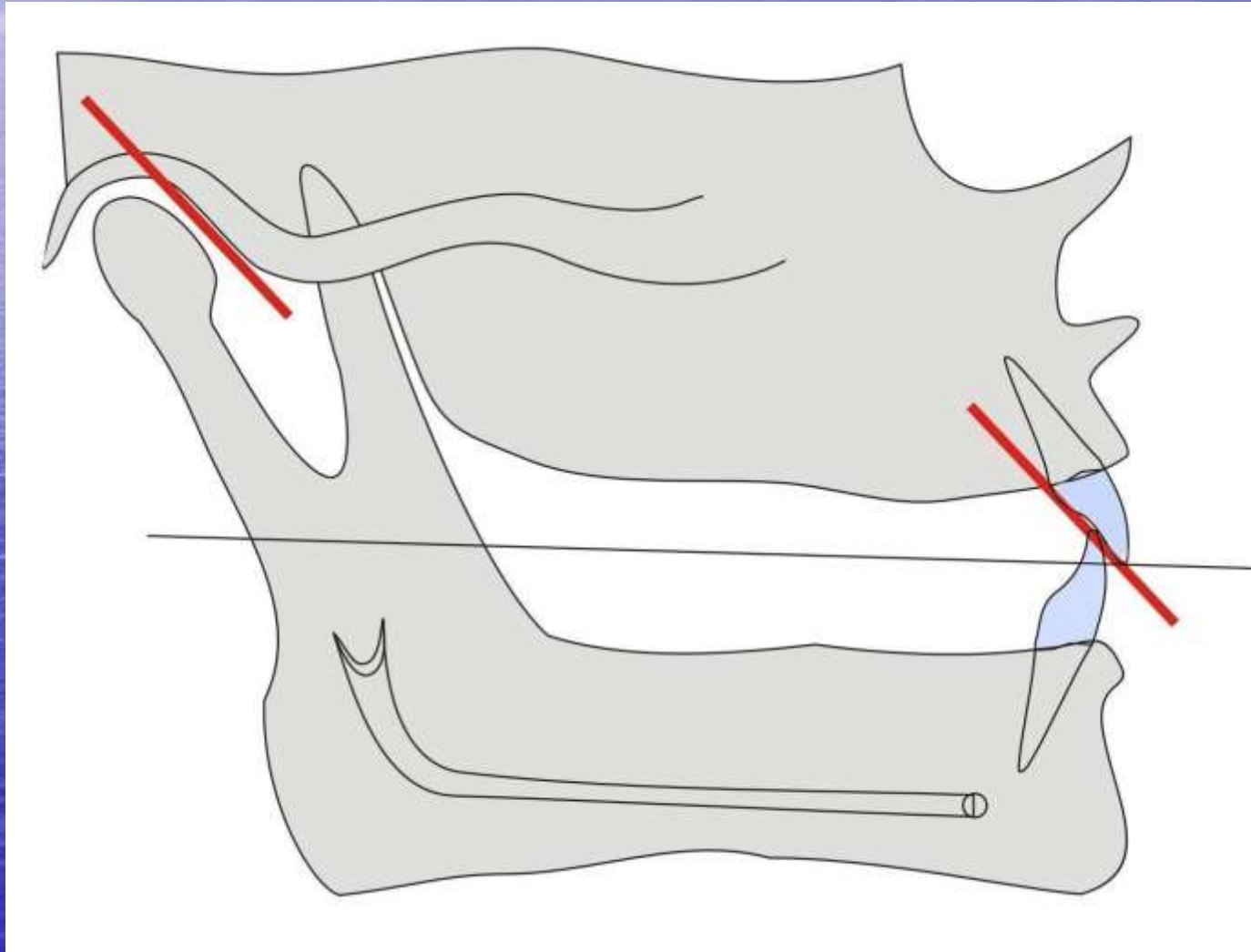
ПАЛЬПАЦІЯ СНЩС ТА ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ



ОЦІНКА ПРИКУСА ТА ОКЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ



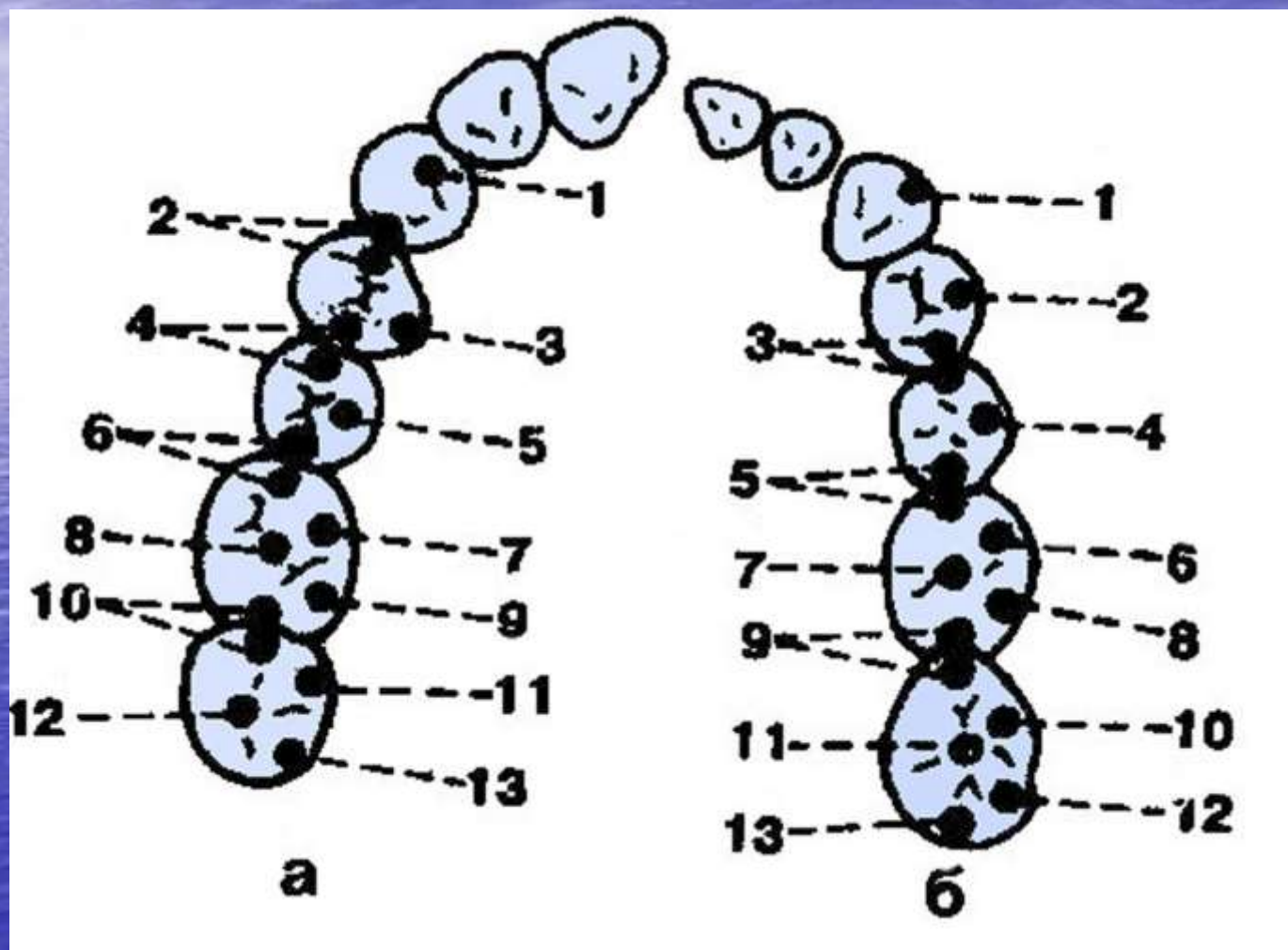
ОЦІНКА ПРИКУСА ТА ОКЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ



ОЦІНКА ПРИКУСА ТА ОКЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ



ОЦІНКА ПРИКУСА І ОККЛЮЗІЙНИХ КОНТАКТІВ



Усунення суперконтактів

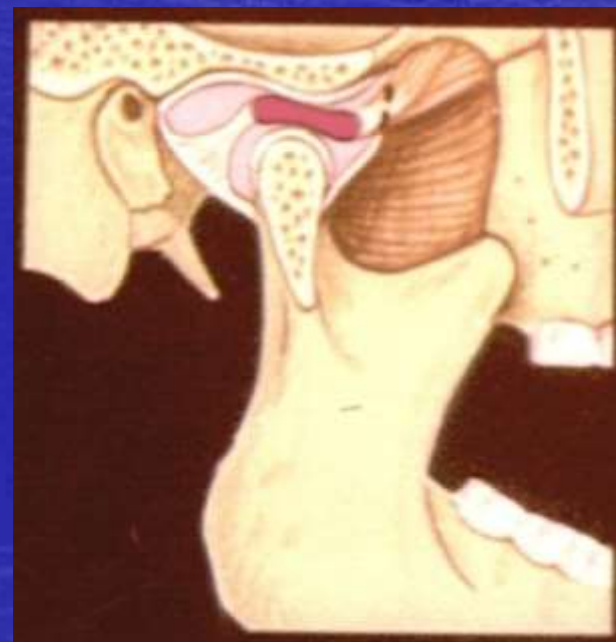
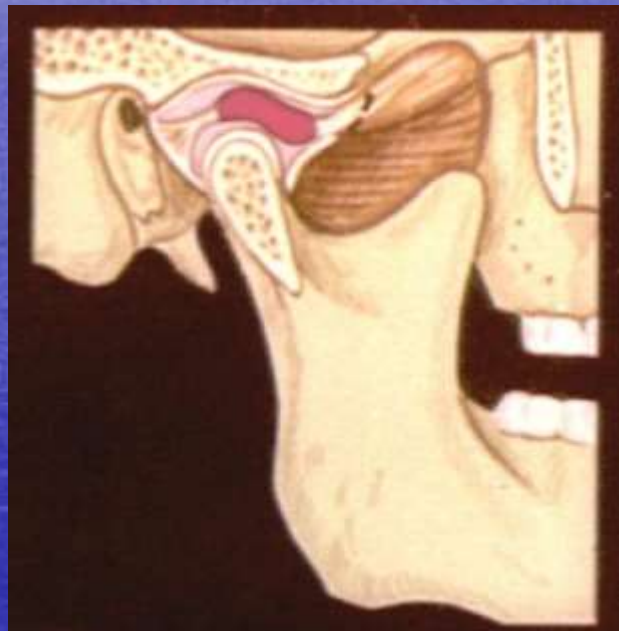
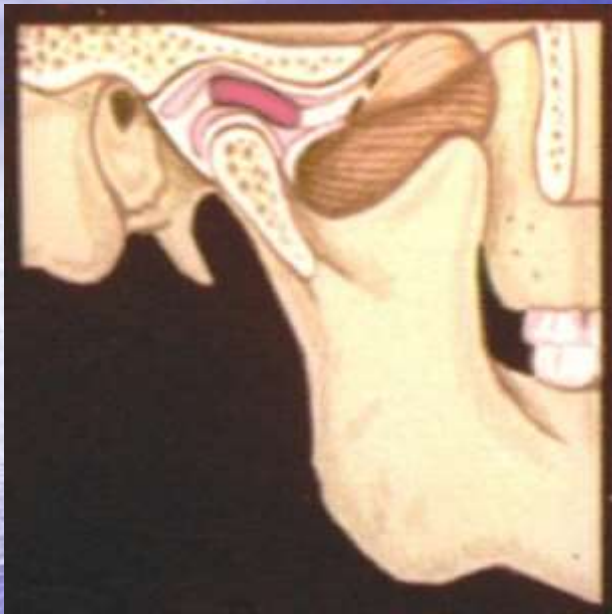
СУПЕРКОНТАКТИ

Це ділянка оклюзійної поверхні, яка перешкоджає:

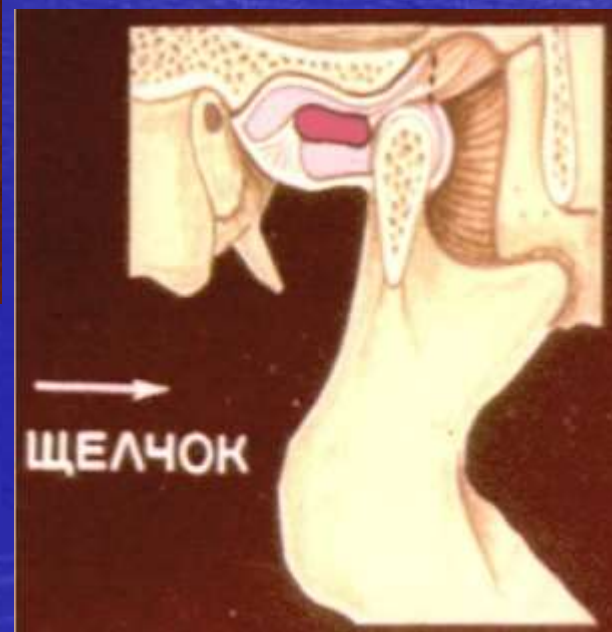
- численним фісурно-бугорковим контактам зубних рядів у центральній оклюзії;
- численним динамічним контактам у передній та бічних оклюзіях;
- симетричним двобічним контактам скатів бугрів жувальних зубів у центральному співвідношенні.

(Класифікація за Джанкельсоном, 1972)

АНАЛІЗ СУГЛОБОВИХ ЗВУКІВ



АНАЛІЗ СУГЛОБОВИХ ЗВУКІВ



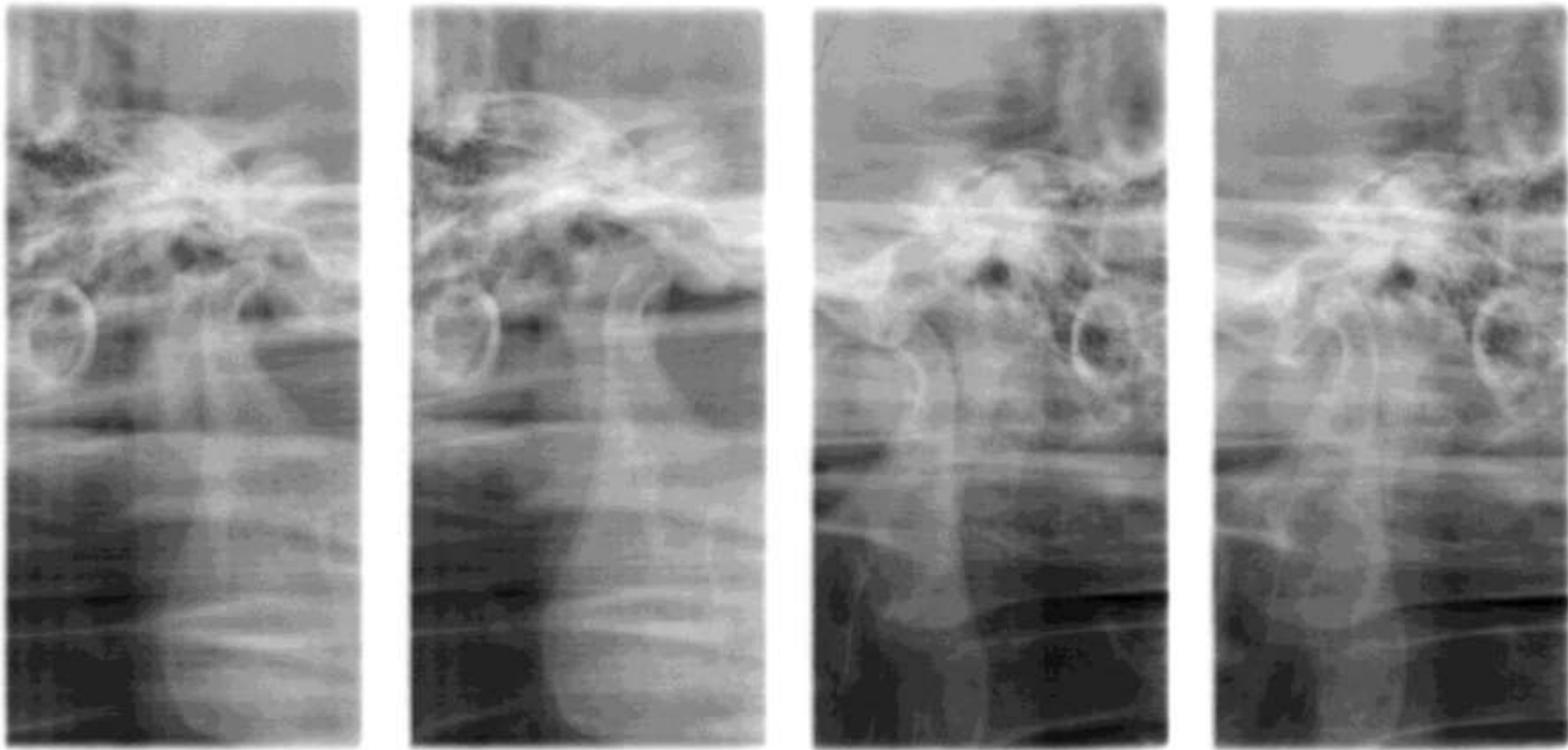
ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Залежать від клінічної картини

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ

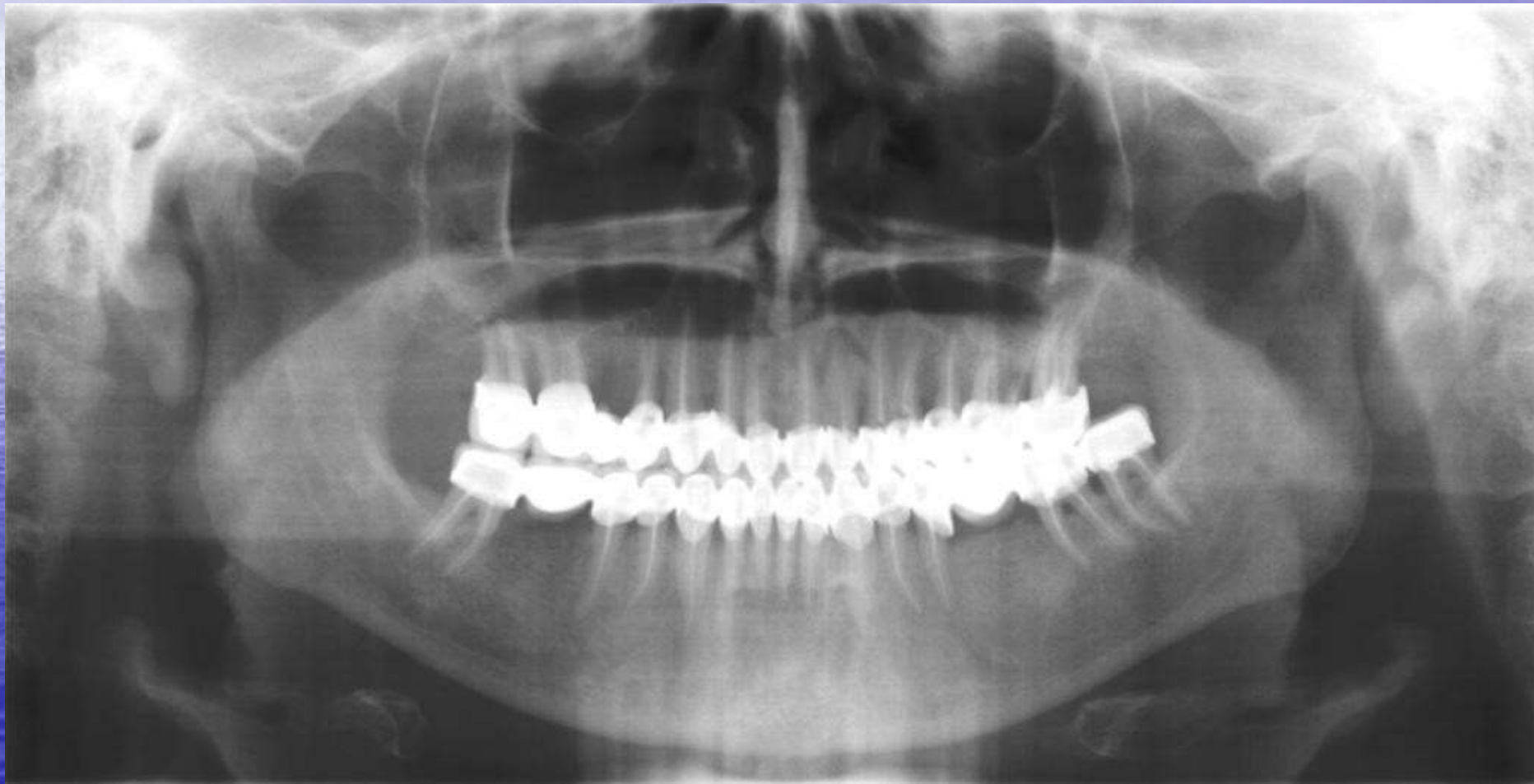


РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ



глибина зрізу 2 – 2,5 см

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ МЕТОДИ



МАГНІТО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ

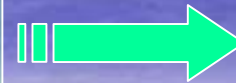
Дозволяє оцінити стан

- не лише кісткових, але й м'якотканинних елементів;
- в 3-х площинах;
- в динаміці;
- відносну рентгенологічну щільність

МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ СНЩС

- Ортопедичний
- Ортодонтичний
- Терапевтичний
- Хірургічний
- Комплексний

Санація ротової порожнини, корекція протезів і оклюзійних контактів зубних рядів, бесіда з хворим з питання парафункцій, дієти, обмеження відкриття рота, масаж жувальних м'язів, міогімнастика, фізіотерапія, медикаментозна підготовка до ортопедичного лікування.
При гострій травмі суглоба - антибіотики всередину суглоба, міжщелепне шинування



Покращення



ортодонтическое
та ортопедичне
лікування
(за показаннями)



Немає покращення



80%

2 етап

15%



Блокада рухових гілок трійчастого нерва (за Єгоровим). У разі анкілозів і деформованих артрозів - суглобові ін'єкції лікарських препаратів - гідрокортизон, лідаза...



Покращення



Ортодонтичне та\або
ортопедичне лікування
(за показаннями)

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

1. Вибір методу хірургічного лікування залежить від характеру патологічного процесу в СНЩС, ступеню функціональних та структурних порушень в кісткових і м'якотканинних елементах суглоба.
2. При хірургічному лікуванні внутрішніх порушень суглоба, пов'язаних з патологією суглобового диска, зв'язково-капсулярного апарату перевагу слід надати малоінвазивним ендоскопічним технологіям у порівнянні з методами відкритого доступу.
3. Резекція суглобового відростку з приводу різних патологічних процесів повинна проводитися одномоментно з артропластикою ауто- або аллотрансплантатами, ендопротезом на основі тривимірної реконструкції за допомогою лазерної стереолітографії.

МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

4. Хірургічне лікування анкілоза СНЩС необхідно проводити у ранні терміни для забезпечення повноцінного психосоматичного розвитку хворого, попередження вторинних деформацій щелеп та оклюзійних порушень.
5. Ендопротезування щелеп має проходити за відповідними показаннями, переважно при анкілозах. При ендопротезуванні суглоба слід використовувати повний ендопротез, що включає ендопротез суглобової ямки й ендопротез напівсуглоба з метою його повноцінного функціонування й виключення зсува елементів суглоба у середню черепну ямку.
6. Кращі результати при хірургічному лікуванні захворювань СНЩС досягаються у комплексному підході та співпраці щелепно-лицьового хірурга з лікарем-ортопедом, ортодонтом, фізіотерапевтом, лікарем ЛФК й за показниками – з іншими спеціалістами.

Проблеми, задачі та методи хірургічного лікування пацієнтів з захворюваннями СНЩС

Проблеми	Задачі	Способи вирішення
1.Артрит (синовіїт: катаральний, гнійний, поліпозний)	Усунення запального процесу	• Дренування абсцесу суглоба. • Артроцентез або лаваж суглоба. • Внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів за методикою А.М. Соколова • Внутрішньосуглобове лазерне опромінення за методикою Н.Г. Кротких, Ю.И. Анникеева • Ендоскопічна санація суглоба за J.P. Mc Cain або M. Ohnishi
2.Відсутність або зменшення продукції синовіальної рідини	Збільшення кількості синовіальної рідини в порожнині суглоба	• Відновлення кількості синовіальної рідини
3. Зміщення суглобового диска, що не вправляється	Репозиція суглобового диска	• Гидравлічний пресинг за методикою K. Muracami • Ендоскопічна репозиція та фіксація суглобового диска за J.P. Mc Cain або A. Holmlund • Відкрита репозиція та фіксація суглобового диска за Ф.Т. Темерхановим

Проблеми, задачі та методи хірургічного лікування пацієнтів з захворюваннями СНЩС

4. Звичний вивих суглоба	Усунення переднього вивиху суглобової головки	- Збільшення висоти суглобового горбка за - А.Э. Рауэром, В.А. Сукачевою, - П.Г. Сисолятиним, А.А. Ильіною.
5. Підвищене розтягнення з'язково-капсулярного апарату	Зміцнення з'язково-капсулярного апарату	- Пластика суглобової капсули за Т. Темерхановою, П.Г. Сисолятиним, А.А. Ильіною, W. Kaduk - Пластика задніх внутришньосуглобових з'язок за П.Г. Сисолятиним.
6. Деформація головки нижньої щелепи	Відновлення головки нижньої щелепи	- Артроскопічна пластика за J. H. Quinn, А.М. Никандровою, Н.А. Плотниковою, А.А. Нікітіною. - Очагова хондропластика за П.Г. Сисолятиним, А.А. Ильіною
7. Зрощення головки нижньої щелепи з основою черепа (анкілоз)	Відновлення рухомості нижньої щелепи	- Ендопротезування за В.А. Съомкиним, И.Н. Ляшевою - Пересадка алогенного суглоба за Н.А. Плотниковою, А.А. Нікітіною - Компресійно-дистракційний остеосинтез за М.Г. Семеновим, А.А. Сафоновою - Відновлення СНЩС з використанням васкуляризованих тканинних трансплантатів

ОРТОПЕДИЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

термін користування апаратами залежить від
ступеня роз'єднання зубних рядів

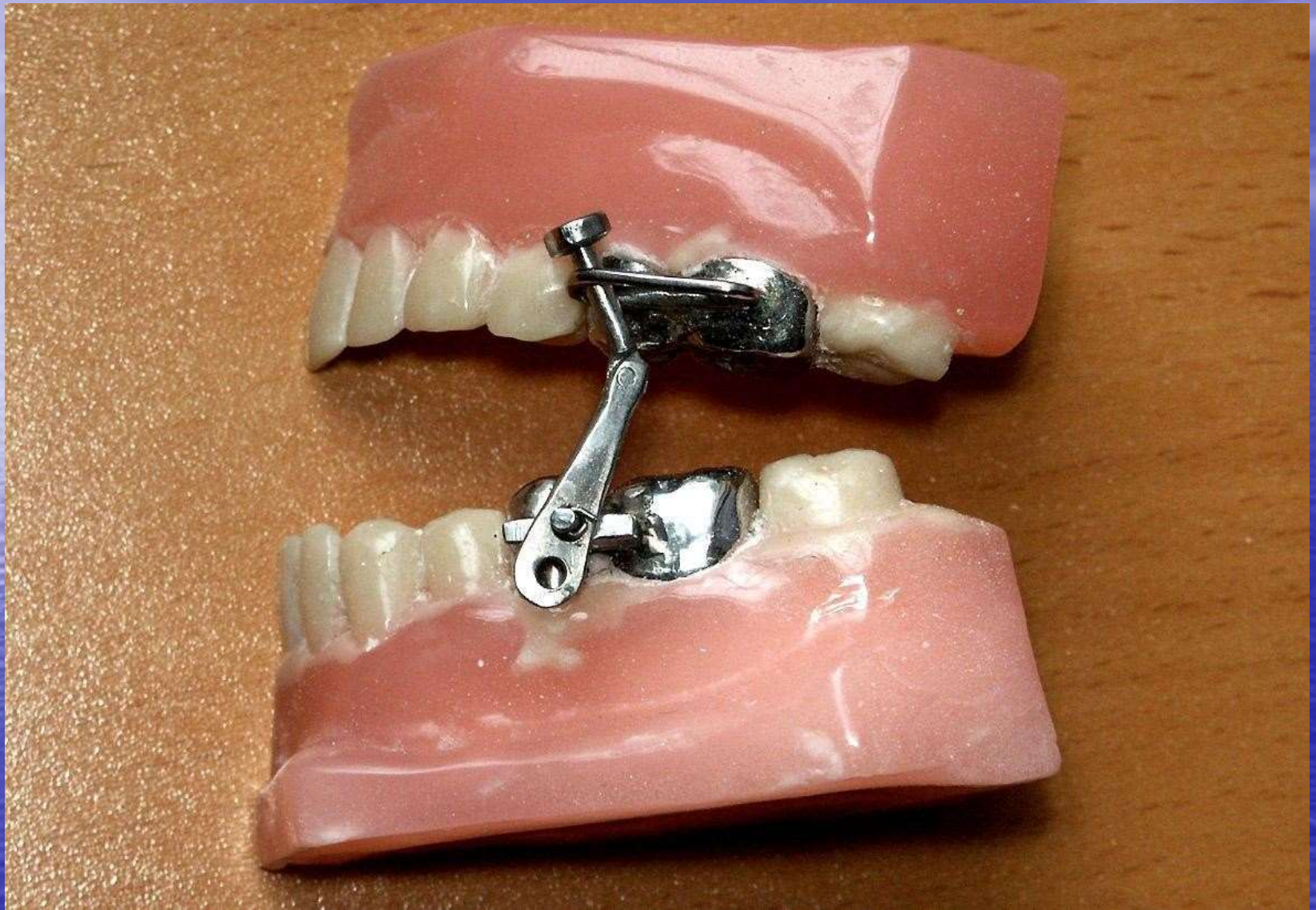














Діагностика м'язово-больової дисфункції

Ступінь тяжкості больового симптому визначали за суб'єктивними даними десятибальної візуально-аналогової шкали (ВАШ): 0 (нема болю); 1-2 (біль незначний); 3-4 (помірний); 5-6 (сильний); 7-8 (дуже сильний); 9-10 (вкрай сильний, неможливий). Згідно зі шкалою ВАШ у пацієнтів з легким ступенем больовий міофасціальний симптом відповідав $4,625 \pm 0,10$ балам (помірний), з середнім - $6,65 \pm 0,24$ балам (сильний), з важким - $8,45 \pm 0,16$ балам (дуже сильний)

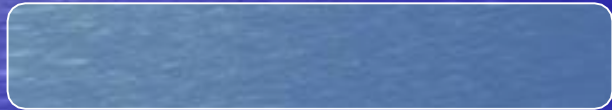
Электромиография жевательных мышц



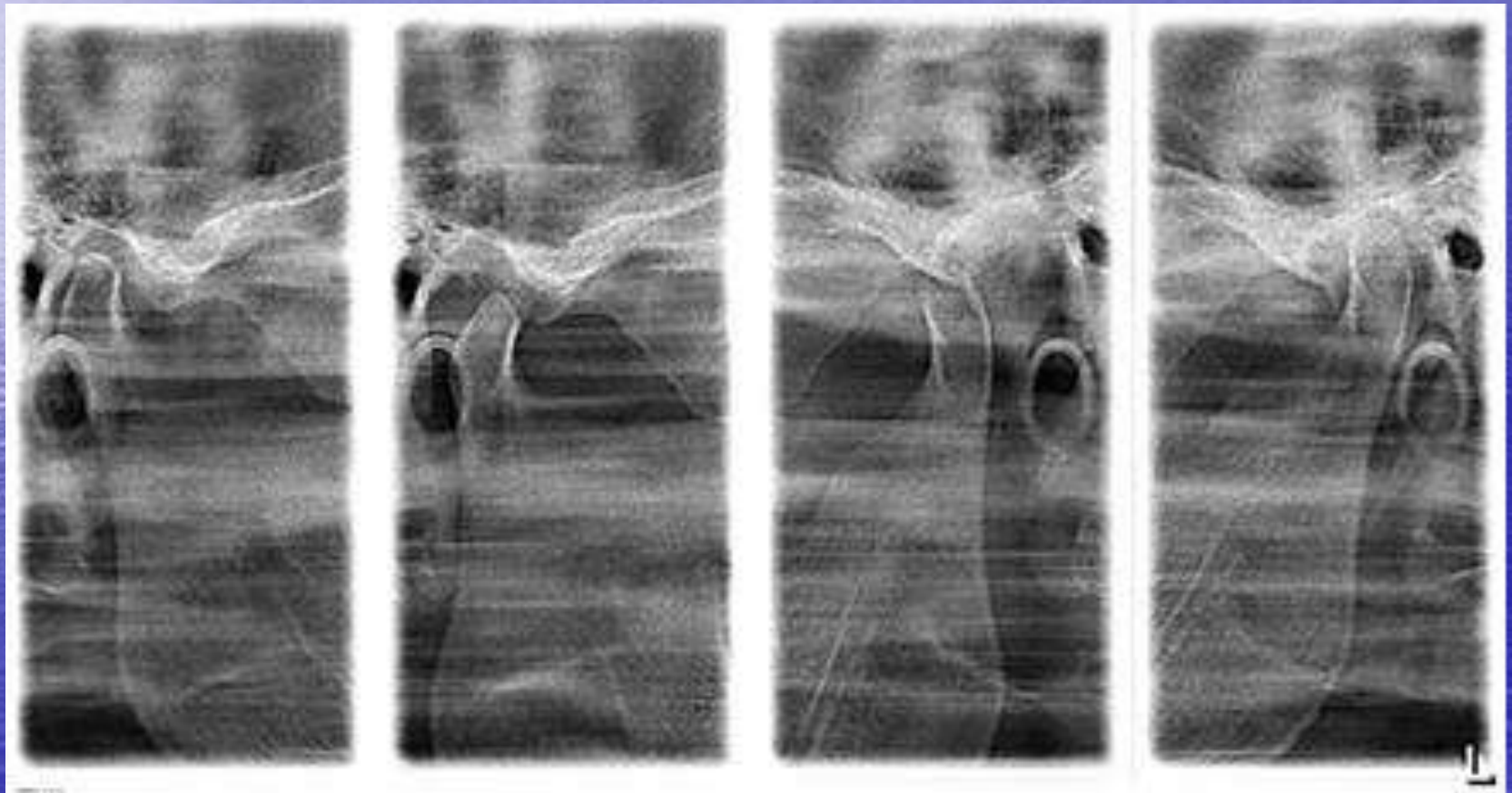
Впроваджено на кафедрі ортопедичної стоматології з імплантологією УМСА.

Джерело інформації:

Электромиографические характеристики височных и жевательных мышц у больных компрессионно-дислокационной дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов различной степени тяжести / Павел И. Яценко, Олег В. Рыбалов, Олег И. Яценко, Вадим М. Новиков и др. // Wiadomosci Lekarskie. том LXXI, 2018, Nr cz.II. S.663-670.



Зонограма СНЩС



МРТ СНЩС



Лікування



Лікування



Лікування





ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!