

ткани на течение репаративных процессов в области нёба и о перспективе ее использования при реконструктивной уранопластике.

Трудности диагностики заболеваний височно-нижнечелюстных суставов

И. Н. Костина, Л. П. Мальчикова, Е. Н. Печкина
Уральский медицинский институт
г. Екатеринбург

При проведении консультативных приемов на базе кафедры хирургической стоматологии Уральского ГМИ было обращено внимание на неоднократные посещения больных с различными заболеваниями ВНЧС [1, 3, 4, 6]. Были отмечены трудности, возникающие у врачей-стоматологов при определении характера заболеваний ВНЧС из-за недостаточной осведомленности в вопросах клиники и лечения ревматоидного артрита (РА), ревматизма с мигрирующими поражениями суставов, подагры, системной красной волчанки (СКВ), синдрома Бехчета, болезни Шегрена и др. [2, 5].

За период с апреля по декабрь 1993 г. под наблюдением находилось 30 пациентов (6 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 20 до 60 лет, причем наибольшее число больных (16) было в возрасте 30—40 лет. Давность проявления суставного синдрома составляла от 2 нед. до 5 лет. Больные предъявляли жалобы на боль, шелкание, хруст, дискомфорт, скованность в ВНЧС, ограничение при движениях НЧ.

Всем больным проводили комплексное обследование, включающее объективный осмотр, тщательный сбор медицинского анамнеза, функциональную томографию ВНЧС (с закрытым и открытым ртом).

В результате целенаправленного сбора анамнеза у 50 % больных были выявлены жалобы на изменения или нарушения функций коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных, межфаланговых и других суставов. Поэтому все указанные больные были проконсультированы в областном кардиоревматологическом центре, где проводились: общий анализ крови и мочи, определение содержания общего белка в сыворотке крови, белковых фракций, фибриногена, серомукоида,

мочевой кислоты, сахара, определение уровня АСЖ—0, криоглобулинов, циркулирующих иммунных комплексов, титра РПГА, латекс-теста, иммуноглобулинов, СРБ.

По показаниям проводили рентгенологическое исследование коленных, локтевых, лучезапястных и других суставов. В областном кожно-венерологическом диспансере (ОКВД) исключали урогенную инфекцию.

При расспросе пациентов уточняли интенсивность, продолжительность, характер, изменчивость, симметричность, время суток максимальных болевых ощущений, характер шумовых эффектов при движениях НЧ, наличие лихорадки, ознобов, слабости. Выяснялось, не было ли припухлости в области ВНЧС, болей в жевательных, грудинно-ключично-сосцевидных мышцах.

Для определения этиологического фактора уточняли наличие предшествующих инфекций, заболеваний в травм челюстно-лицевой области, переохлаждения, не-солянии, употребления алкоголя, неумеренного количества жирной, мясной, острой пищи, лекарств. При сборе анамнеза выясняли также наличие характерных симптомов для подагры, СКВ, болезни Шегрена, синдрома Бехчета, деформирующего остеоартроза (ДОА).

В результате обследования были выявлены воспалительные, дегенеративно-дистрофические поражения ВНЧС, синдром болевой дисфункции (СБД) ВНЧС. Из них у 63 % пациентов обнаружено двустороннее поражение ВНЧС, у 37 % — одностороннее.

У больных с моноартритами ВНЧС патогномичными клиническими симптомами поражения выявлено не было.

Наличие тенденции к прогрессированию дегенеративных изменений отмечали у пациентов с моноартрозом ВНЧС.

У больных с явлениями полиартрита поражение ВНЧС проявлялось на фоне РА, ревматизма с врожденной недостаточностью митрального клапана, подагры, ДОА, реактивного артрита коленного сустава. При РА и ДОА наблюдали патологические изменения ВНЧС с различными стадиями процесса и степенью деструктивных изменений.

Анализируя томограммы больных с моноартритами ВНЧС в ранних стадиях заболевания, не удалось отметить специфических изменений. В более поздний период заболевания выявлено сужение суставной щели, кистовидная перестройка, подвывихи, что свидетельство-

вало о развитии вторичных дегенеративных процессов. Рентгенологическая картина артрозоартритов ВНЧС характеризовалась склерозом кортикального слоя суставных головок.

При РА и ДОА рентгенологические изменения определялись наличием сужения суставной щели, кортикального склероза, эрозированием суставных поверхностей с наличием псевдокист, ограничением экскурсий головок НЧ, подвывихами. Характерных рентгенологических признаков суставных поражений при СКВ, синдромов Шегрена, Бехтеча, подагры не обнаружено.

У большинства обследованных больных выраженных изменений общеклинических, биохимических, иммунологических показателей не выявлено. Однако у больных с РА наблюдалось умеренное повышение титра ревматоидного фактора, ЦИК, иммуноглобулинов классов М, G, крнглобулинов.

Обследование в ОКВД прошли 6 пациентов. У 4 больных было подтверждено наличие урогенной инфекции, которая явилась фоном для прогрессирования имеющихся изменений в суставах, в том числе и в ВНЧС.

На основании результатов данного исследования установлена необходимость проведения тщательного обследования больных с заболеваниями ВНЧС у стоматолога и ревматолога для верификации процесса. Больные с выявленными ранними стадиями дегенеративно-дистрофических изменений ВНЧС при нехарактерных клинических и рентгенологических проявлениях в других суставах должны находиться на диспансерном наблюдении у стоматолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов А. С. Артриты и артрозы височно-нижнечелюстных суставов.— Л., 1984.
2. Клиническая ревматология / Под ред. Каррея Х. Л. Ф.; Пер. с англ.— М., 1990.
3. Насонова В. А., Остапенко М. Г. Клиническая ревматология.— М., 1989.
4. Практические навыки терапевта / Пособие под ред. Матвейкова Г. П.— Минск, 1993.
5. Ревматоидный артрит: Сборник статей под ред. Насоновой В. А.— М., 1983.