

лений в области языка включает в себя комплекс местного и общего лечения с учетом заболеваний внутренних органов и проводится совместно со специалистами общего профиля [1,4-5]. Полученные нами результаты, указывающие на активное участие слюнных желез в механизме развития глоссалгии и глоссодинии, позволяют рекомендовать слюностимулирующую терапию и лечение заболеваний слюнных желез [1,5].

Проведенное исследование говорит о необходимости дифференцированного подхода к лечению болевых синдромов в области языка.

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ АРТРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В УРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

*Л.П. Мальчикова, В.П. Журавлев, С.Е. Жолудев,
С.И. Цвиренко, И.А. Мальчиков*
УГМА

В отечественной и иностранной литературе имеется достаточное количество публикаций, посвященных различным болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани. В международной классификации болезней (МКБ-10, класс XIII. 1996) выделены артриты и артропатии:

Инфекционные: пиогенные, менингококковые, туберкулезные, микозные, сифилитические, реактивные;

Воспалительные: ревматоидные, псориазические, энтеропатические, подагрические, кристаллические, хондрокальцинозные, диабетические, амилоидозные;

Артрозы: первичные генерализованные, вторичные множественные.

Несмотря на то, что указанные заболевания (их более ста разновидностей в приведенной классификации) могут быть в любом из суставов, в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС), в основном, выделяются синдром болевой дисфункции, артрит и артроз. Среди указанных нозологических форм преобладают дисфункциональные синдромы с довольно четкими клиническими проявлениями [1-3]. Ряд авторов [1-3] считают, что от функционального состояния ВНЧС зависит участие зубочелюстной системы в акте жевания, дыхания, речеобразования, мимики. Однако подобные проявления могут быть и при невралгии тройничного нерва, и при окклюзионно-артикуляционном синдроме, и

Литература

1. Епишев Е.А., Юркова С.П. Глоссодиния. Ташкент, 1979.
2. Карлов В.А. Неврология лица. М., 1991.
3. Пузин М.Н. Лицевая боль. М., 1992.
4. Яковлева В.И. Диагностика и лечение нейроргенных заболеваний челюстно-лицевой области. Минск, 1989.
5. Ронь Г.И. Хронические заболевания слюнных желез (эпидемиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение сиалозов и сиалоаденитов): Дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1992.

при психогенной патологии.

Специалисты, занимающиеся изучением патогенеза заболеваний ВНЧС, имеют разные точки зрения на причины развития данных изменений. Одни придерживаются механистических взглядов [4], другие уделяют внимание изменениям сложного нервно-мышечного механизма, контролирующего все движения в суставе [2-3, 5]. Третьи отводят большую роль различным деформациям элементов сустава [6].

За рубежом выдвинута концепция о внутренних нарушениях (ВН) ВНЧС [7-9]. По данной концепции ограничение открывания рта происходит в результате прекращения скольжения диска в независимости от его формы и положения, а также возраста больного. Причину ограничения движения диска они видят в прилипании его поверхности к суставной впадине из-за образовавшегося вакуума в суставе или в изменении вязкости, объема синовиальной жидкости. На основании проведенных артрографических и клинических исследований они выделяют 4 стадии ВН:

- I – смещение мыщелка кпереди от диска с щелкающим шумом во время жевательных движений;
- II – эпизодическое ограничение открывания рта с исчезновением щелкающих шумов;
- III – смещение и деформация диска кпереди от скользящего мыщелка во время откры-

вания рта;

IV – перфорация самого диска или его заднего прикрепления, появление крепитирующих звуков.

По их мнению, диск становится двояковыпуклым, действует как механическое препятствие, позволяющее делать только перемещение мышелка по скату суставного бугорка, что приводит к ограничению открывания рта менее чем на 35 мм. При продолжающемся движении мышелка происходит вытягивание заднего прикрепления диска, которое соответственно теряет эластичность.

При приведенных нарушениях в любой стадии могут внезапно появляться упорные сильные боли, ограничения открывания рта даже тогда, когда диск принимает нормальную форму и локализацию. Эти изменения могут происходить за счет увеличения вязкости синовиальной жидкости или возможного вакуумного эффекта в верхнем пространстве (в норме внутрисуставное давление ниже атмосферного, при патологических изменениях в суставе оно может повышаться). При повышении внутрисуставного давления в нижнем пространстве увеличивается поглощаемость синовиальной жидкости через ее оболочку, возможно ее перемещение из верхнего в нижнее суставное пространство. В результате центральная часть диска отделяется от суставной впадины и создается вакуум. Появлению вакуума, наблюдаемого у 83% пациентов, может способствовать сжатие зубов, скрежетание, зевота, дутье. Указанные изменения могут исчезнуть без хирургических вмешательств, если больным поставить межприкусные приспособления, провести седативную терапию, промывания.

Из приведенных данных отчетливо видно, что правильно интерпретировать изменения в суставе только сбором анамнеза, определением положения головки, пальпацией жевательных мышц, состоянием прикуса, рентгенологическим исследованием невозможно, тем более, патогенез данного заболевания окончательно не изучен. По словам A.Howard "он крайне сложен и был упрощен в прошлом". Проводимые в последнее время исследования (артроскопия, анализ синовиальной жидкости) показали наличие большого числа случаев раннего остеоартрита, что свидетельствует о роли воспаления в патогенезе многих внутрисуставных нарушений в области ВНЧС [10,8]. Общей особенностью

в данных сложных и взаимодействующих деградиционных и восстановительных процессов в хряще, кости, синовиальной оболочке является нарушение баланса протеаз и концентрации протеазных ингибиторов. Остеоартрит ВНЧС и смещение диска имеют обоюдную связь [7,11], но для доказательства высказанных положений необходима упорная исследовательская инициатива.

В Уральской государственной медицинской академии приступили к реализации этих задач. Прежде всего разработана история болезни для больного с заболеваниями ВНЧС. В нее включены паспортные данные, жалобы, история заболевания, жизни, объективное исследование (в том числе, общий осмотр), состояние кожного покрова, слизистой оболочки полости рта, лимфатических узлов, мышц, суставов, органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевого выделения, нервной и эндокринной систем, а также местные изменения (зубная формула, варианты прикуса, определение максимального открывания рта, шумов в суставе, болезненность жевательных мышц). Кроме того, нами детализирована схема обследования при мышечно-фасциальном болевом синдроме, внутренних нарушениях ВНЧС, артритах, артропатиях различного генеза, внутри- и внесуставных анкилозах. В план обследования включены: исследования крови, мочи, белка, белковых фракций, свертываемости, синовиальной жидкости, томография ВНЧС с открытым, закрытым ртом, артрография, артроскопия, регистрация движений нижней челюсти с компьютерным анализом, изучение индексов биоэлектромагнитной активности, акупунктура по Фоллю. В показанных случаях КТ, МРТ.

Нами разработана также схема лечения с использованием разгрузочной пластинки, импульсных сложно-модулированных магнитных полей с обратной связью, артропрокола, артролизиса в зависимости от выявленной патологии с контролем после проведенных манипуляций.

Учитывая высокую распространенность заболевания, особенно у молодых женщин и детей, многосимптомность клинических проявлений при различных заболеваниях организма, показанность обследования не только вовлеченного в процесс сустава, но и организма в целом, необходимо создание амбулаторного центра по диагностике и лечению больных с заболеваниями ВНЧС (с

привлечением ведущих специалистов УГМА). Только такой совместный подход позволит подойти к решению этой трудной проблемы. Сегодня же на базе стоматологической клиники академии (ул. Бардина, 38а) еженедельно проводят консультации четыре профессора и один кандидат медицинских наук.

Литература

1. Дымкова В.Н. Артропатия височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 1971. №2. С. 37-39; Егоров П.М. О введении лекарственных средств в височно-нижнечелюстной сустав // Там же. 1975. №5. С. 99-100; Петросов Ю.А. Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения функционально обусловленных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Там же. 1982. №3. С. 64-71.
2. Егоров П.М., Карапетян И.С. Лечение болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. 1980. №3. С. 38-40
3. Они же. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава // М., 1986.
4. Costen J.V. Mechanism of trismus and its occurrence in mandibular joint dysfunction // Ann. Otol (st Loues). 1939. Vol. 48. P. 499-500.
5. Миллер Т.Д. Цереброваскулярные проявления и ортопедическая коррекция болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 1991.
6. Ужумецкене И.И. О частоте нарушений функции височно-нижнечелюстного сустава у взрослых // Стоматология. 1972. №4. С. 43-45; Хватова В.А. Диагностика и лечение артроза височно-нижнечелюстного сустава, обусловленного нарушением функциональной окклюзии: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. М., 1986.
7. Alpaslan S. The efficacy of intraarticular injection of sodium hyaluronate on temporomandibular joint disc displacement with reduction // EACMFS. Abstracts. Helsinki Congress. 1998. P. 6.
8. Baldwin A. An evaluation of the success of open surgery for temporomandibular joint internal derangement // Ibid. P. 14.
9. Fernandez Sanroman J. TMJ "anchored disc phenomenon" clinical and MRI diagnosis and treatment in 24 patients. A prospective study // Ibid. P. 51.
10. Arao D.D.S. Pain release of TMJ disorder patients (myofascial pain, closed lock osteoarthritis) using low power laser // Ibid. P. 11; Basiliero U., Padula E., Bernascone G. Arthropathy of the TMJ and disorders of the endocapsular dynamics: analyses with MRI and arthroscopy // Ibid. P. 14.
11. Burlini C., Ferrari S., Zanetti U. Arthroscopic management of TMJ disorders: our experience // Ibid. P.25; Nitzan S., Howard A. An alternative explanation for the genesis of closed-lock symptoms in the internal derangement process // J. Oral Maxillo fac. Surg. 1991. Vol.49. P. 815-816.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ "СТЕБИДЕНТ"

Чернавский А.Ф., Чернавская О.Е.

СП №6

Система "Стебидент" – эффективный метод внутрикостной анестезии, обеспечивающий наиболее полный обезболивающий эффект, так как инъекция делается непосредственно в губчатое вещество костной ткани через перфорационное отверстие в кортикальной пластинке. Обезболивающий раствор, быстро растекаясь, способствует полной и очень быстрой анестезии.

В хирургическом отделении стоматологической поликлиники №6 г. Екатеринбурга был проведен сравнительный анализ данной методики обезболивания с широко распространенными проводниковыми (в том числе, по Gow-Gates, Егорову) и инфильтрационными анестезиями, а также интралигаментар-

ной анестезией.

В своих исследованиях мы пользовались анестетиками фирмы "Септодонт" (Septanest 1:200 000, Septanest 1:100 000), ультракороткими, средними и длинными иглами Septoject, карпульным и интралигаментарным шприцами, а также набором перфораторов, приводимых в движение угловым наконечником. Следует заметить, что перфоратор подходит как для отечественных, так и для импортных угловых наконечников, но использовать его можно лишь однократно, ибо игла его тупится.

Согласно системе "Стебидент", сначала обезболивается неподвижная часть десны введением двух капель анестетика из кар-