

СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	5
Предисловие	6
Список сокращений	8
Методология разработки клинических рекомендаций	9
Введение	11
1. Краткая информация о заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц	12
1.1. Парафункции жевательных мышц: бруксизм (F45.82)	12
1.2. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) (K07.60)	15
1.3. «Щелкающая» челюсть (K07.61)	17
1.4. Рецидивирующий вывих или подвывих нижней челюсти (K07.62)	19
1.5. Артроз височно-нижнечелюстного сустава (M19.0X)	21
2. Диагностика	24
2.1. Жалобы и анамнез	24
2.2. Клинические методы обследования	26
2.3. Параклинические (инструментальные, лабораторные и рентгенологические) методы обследования	32
2.4. Другие виды диагностики	41
2.5. Лабораторные методы обследования	43
3. Дифференциальная диагностика заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава	46
4. Лечение	51
4.1. Консервативное лечение	51
4.2. Хирургическое лечение	69
5. Реабилитация, профилактика и диспансеризация пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц	70
5.1. Реабилитация пациентов	70
5.2. Профилактика и диспансерное наблюдение	71

5.3. Организация медицинской помощи	73
5.4. Алгоритмы ведения пациентов с заболеваниями жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава	74
5.5. Информация для пациентов	80
5.6. Анализ результатов лечения заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава	80
Список литературы	83
Приложения	91

1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

1.1. Парафункции жевательных мышц: бруксизм (F45.82)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Бруксизм относится к разновидностям парафункций. Парафункции жевательных мышц (от греч. *para* — возле, при + *function* — исполнение, деятельность) — их нецелесообразная деятельность выражается в самопроизвольных привычных движениях нижней челюсти или сжатии зубов, не связанных с естественными актами (жеванием, глотанием, речью).

Парафункции жевательных мышц имеют следующие клинические формы:

- сжатие зубов;
- скрежетание зубами (бруксизм);
- беспищевое жевание (бруксомания).

Синонимами термина «парафункции» являются: «стридор денциум», «окклюзионный невроз», «мандибулярная дисфункция», «эффект Кароли» [25].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Возникают парафункции жевательных мышц в основном на фоне хронического эмоционального стресса. Закономерность развития психосоматической природы дисфункции ВНЧС следующая. Хронический эмоциональный стресс (повторные психические травмы, вызванные конфликтными ситуациями, эмоциональные перегрузки социально-бытового характера) провоцирует появление стойкой гипертонии жевательных мышц, а стало быть, функциональную перегрузку пародонта, мышечные и суставные дисфункции [2, 33, 39, 71].

Ряд ученых [12, 78] связывают возникновение парафункций жевательных мышц с деформациями зубных рядов, блокадой движений нижней челюсти, дистальными и боковыми сдвигами нижней челюсти, зубочелюстными аномалиями, частичной потерей зубов.

Длительное жевание на одной стороне приводит к перегрузке жевательных мышц, а также спазмам и болям. Одной из причин, наряду с приведенными выше, является острая травма головы и шеи. Кроме того, предрасполагающим фактором возникновения парафункций жевательных мышц является поражение центральной нервной системы (ЦНС).

Парафункции жевательных мышц встречаются у представителей профессий, работа которых сопряжена с тяжелыми физическими и эмоциональными нагрузками (у военных пилотов, солдат срочной службы, спортсменов, строителей, грузчиков, работников психиатрических больниц, стоматологов, музыкантов, играющих на духовых музыкальных инструментах или скрипке, студентов во время экзаменационной сессии и т.д.).

В возникновении парафункций значимую роль играет наследственная предрасположенность [59].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Ввиду ускорения темпа жизни и стремительного развития научно-технического прогресса увеличивается число людей, испытывающих нервное перенапряжение, страдающих пограничными расстройствами психики, тревожно-депрессивными состояниями [2].

Бруксизм встречается во всех возрастных группах, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный возраст — 20–45 лет. Клинические признаки бруксизма в возрастной группе 19–39 лет встречаются в 70,2% случаев. Бруксизм чаще наблюдается у женщин, нежели у мужчин. Однако существуют данные, свидетельствующие об увеличении частоты встречаемости бруксизма с возрастом [73].

Большой процент неудач лечения вызван низким уровнем диагностики и дифференциальной диагностики, что влечет за собой развитие функциональных и морфологических расстройств жевательно-речевого аппарата, нарушение психического и общесоматического состояния здоровья человека [4, 6].

КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10 (МКБ-С)

Класс V Психические расстройства и расстройства поведения.

F45 Соматоформные расстройства.

F45.82 Скрежетание зубами (бруксизм).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация парафункций жевательных мышц по клиническим формам (Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д., 1987):

- 1) сжатие зубов;
- 2) скрежетание зубами (бруксизм);
- 3) беспищевое жевание (бруксомания).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Гипертония¹ жевательных мышц является ведущим обязательным симптомом бруксизма.

Бруксизм имеет также следующие клинические симптомы:

- боль, быстрая утомляемость, напряженность жевательной мускулатуры, выраженная чаще по утрам, после сна;
- скрежетание зубами ночью;
- стискивание зубов днем в моменты физического или эмоционального напряжения;
- повышенная стираемость зубов, ощущение отдельных зубов, особенно по утрам, боль при накусывании на некоторые зубы;
- наличие трещин и сколов зубов, клиновидных дефектов, повышенной чувствительности зубов, рецессий десневого края; у обладателей протезов — стираемость искусственных зубов, механические повреждения (сколы, трещины, переломы);
- заболевания пародонта (патологическая подвижность зубов, кровоточивость десен, боль при смыкании зубных рядов, неприятный привкус и запах изо рта, эстетические недостатки);
- боль, чувство стягивания в деснах, их онемение;
- наличие отпечатков зубов на слизистой оболочке щек;
- прикусывание слизистой оболочки губ, щек, языка;
- асимметрия лица, сопряженная со смещением подбородка вправо или влево, а также возникшая вследствие неодинаковой степени развития правой и левой жевательных мышц;
- боль, шелканье в ВНЧС, затрудненное пережевывание пищи;
- снижение работоспособности, головная боль, головокружение, нарушение сна;
- боль в мышцах шеи, плеч;

¹ Именно такой термин является легитимным, включенным в национальный Энциклопедический словарь медицинских терминов. Используемый подчас термин «гипертонус» — это вульгаризм и жаргонизм.

- раздражительность, недовольство окружающими, придиристичность, капризность, выраженное состояние немотивированной тревоги и опасений, тоски, беспокойства, бессодержательные страхи, расстройства сна и аппетита.

1.2. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) (K07.60)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС) — симптомокомплекс, включающий сочетание боли, щелканья в ВНЧС с заложенностью, звоном в ушах, болью в области уха с иррадиацией в теменную, затылочную, лицевую области, жжением в языке, сухостью во рту, головокружением [25].

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В настоящее время рассматриваются следующие основные теории происхождения СБД ВНЧС: окклюзионно-артикуляционная, миогенная, психосоматическая (в результате хронического эмоционального стресса).

Сторонники окклюзионно-артикуляционной теории [12, 78] считают причинами возникновения заболевания частичную потерю зубов; деформацию окклюзионной поверхности зубных рядов; аномалии прикуса, связанные с ними блокады движений нижней челюсти, дистальный и боковой сдвиг нижней челюсти, дистальное смещение головки нижней челюсти при потере боковых зубов; повышенную стираемость зубов; травматическую окклюзию; уменьшенное межальвеолярное расстояние; полную потерю зубов; ошибки, допущенные в процессе терапевтического лечения зубов или протезирования, и другие нарушения окклюзионных взаимоотношений зубов, которые, в свою очередь, приводят к изменению функционального состояния суставных элементов.

Ряд ученых [29, 48] утверждают, что в основе развития СБД ВНЧС лежит функциональная перегрузка жевательных мышц, возникающая при их парафункциях, дефектах протезирования, вследствие появления преждевременных окклюзионных контактов, блокирующих движения нижней челюсти. Это, в свою очередь, приводит к появлению необычных движений нижней челюсти, нарушению синхронности движений в обоих суставных сочленениях, травмам связочного аппарата, капсулы и хрящей сустава. Со временем это положение закрепляется, возникает

дискоординация функции жевательных мышц, их утолщение, нарушение трофики. В жевательных мышцах могут образовываться «курковые зоны», участки, надавливание на которые вызывает спазм и боль в мышце и иррадиацию боли в другие участки головы и шеи.

Окклюзионные и мышечные факторы взаимосвязаны. Дискоординация функции жевательных мышц усиливает суставную патологию, а возникшие в суставе изменения усиливают боль и дисфункцию мышц. Таким образом, возникает порочный круг, разорвать который можно при устранении окклюзионных нарушений, а также воздействуя на жевательные мышцы.

Приверженцы психосоматической теории [2, 33, 71] считают, что главным фактором, предрасполагающим к возникновению нарушений регуляции нервно-мышечного аппарата и заболеванию сустава, является хроническое эмоциональное напряжение (повторные психические травмы). Поэтому вполне вероятно такая патогенетическая цепочка возникновения СБД ВНЧС: хронический эмоциональный стресс → гипертония жевательных мышц → функциональная перегрузка пародонта → дисфункции → сначала жевательных мышц, а затем → ВНЧС [2].

Иногда появление дисфункции ВНЧС провоцируют привычное одностороннее жевание, профессиональные вредности. Одной из причин возникновения заболевания является острая внешняя травма головы, шеи, позвоночника.

Нарушения ВНЧС могут развиваться в результате болезней ЦНС, инфекционных заболеваний (скарлатина, корь, дифтерия, грипп, тиф), эндокринной патологии, ревматических заболеваний.

К возникновению СБД ВНЧС также может привести наследственно обусловленное строение элементов сустава (суставного бугорка, головки нижней челюсти, внутрисуставного диска, суставной ямки) и его связочного аппарата [1, 12, 27, 59].

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Среди прочих заболеваний ВНЧС синдром болевой дисфункции встречается наиболее часто. Отдельные проявления заболевания обнаруживаются, по данным разных авторов, у 9–25% взрослого населения [72, 76].

СБД ВНЧС встречается во всех возрастных группах, но пик распространенности заболевания приходится на возраст от 20 до 50 лет, что переводит его в разряд социально значимых. Заболевание чаще встречается у женщин [74, 76].

Отсутствие комплексного специфического лечения СБД ВНЧС влечет за собой развитие и усугубление расстройств жевательно-речевого аппарата, нарушение психического и общесоматического здоровья человека [2, 4].