

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

ПРЕДИСЛОВИЕ

С 1996 г. в России пробуют создать правила врачевания в стоматологии. Сначала их называли «медицинскими стандартами», затем — «протоколами лечения», а теперь именуют «клиническими рекомендациями». Но как бы их ни называли, все попытки создать подобного рода правила оканчивались неудачей. Это и понятно, загнать клиническую медицину в прокрустово ложе математико-статистических законов и юридически-правовых догм — это архитрудная, если не сказать — невыполнимая, задача.

Даже беглого взгляда на имеющиеся клинические рекомендации, например, по ортопедической стоматологии, достаточно, чтобы заметить их явные терминологические дефекты, невысокий методический уровень, односторонность библиографической справки, ощутимый недостаток авторитетных клиницистов — ортопедов-стоматологов в многочисленном авторском коллективе, — все это делает невозможным их использование в качестве рабочего инструмента. Например, наряду с соответствующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10) нозологической формой «потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни» в качестве синонима в тех же рекомендациях приводится нелепая «вторичная адентия», то есть потеря зубов, случившаяся после формирования постоянных зубных рядов, отождествляется с зубочелюстной аномалией (адентией), характеризующейся отсутствием зачатков зубов! Это абсурдно!

В связи с изложенным выше два года назад мы приняли решение взять на себя тяжелую ношу и осуществить граничащую с авантюризмом попытку создания первого пробного варианта клинических рекомендаций по самому сложному в нашей специализации разделу — лечению пациентов с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Данная книга является второй попыткой, дополненной и переработанной.

Понимая всю полноту ответственности, авторы полагались на свой многолетний клинический опыт в этом направлении, обширную научно-практическую и изобретательскую деятельность, направленную на решение данной проблемы. Клинические рекомендации могут быть объемными и обширными, являясь нормативно-правовым документом, кодексом критериев. Но они при этом утрачивают качество рабочего измерительного экспертного инструмента. Сам же инструмент, чтобы стать рабочим измерителем, должен обладать портативностью,

компактностью и в то же время — высокой информативностью и достаточностью. И поэтому нами специально разработано около полутора десятков новых компьютерных программ экспертной критериальной интегральной оценки качества ортопедической стоматологической помощи, прошедших государственную регистрацию и удостоенных свидетельств Роспатента. По своей сути это небольшие, но весьма емкие инструменты, которые фактически и являются самыми настоящими медицинскими стандартами в своем реальном рабочем виде.

Были также внимательно изучены, проанализированы и использованы мировые достижения на ниве решения этой важной и интересной проблемы.

Авторы будут весьма благодарны читателям за их замечания, дополнения и дружескую критику в адрес книги, поскольку они пойдут на пользу ее качеству и послужат почвой для совершенствования клинических рекомендаций.

*Заслуженный деятель науки РФ,
дважды лауреат премии Правительства РФ,
профессор В.Н. Трезубов*

МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций

1. Врачи — ортопеды-стоматологи.
2. Врачи-ортодонты.
3. Врачи — челюстно-лицевые хирурги.
4. Врачи-оториноларингологи.
5. Врачи-психотерапевты.
6. Врачи-остеопаты.
7. Врачи по лечебной физкультуре.
8. Врачи-физиотерапевты.
9. Врачи-неврологи.
10. Врачи функциональной диагностики.
11. Врачи-рентгенологи.

Уровни достоверности доказательств и убедительности рекомендаций

Указанные уровни приведены в табл. 1 и 2.

Таблица 1. Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Источник доказательств
I (1)	■ Перспективные (проспективные) рандомизированные контролируемые исследования. ■ Крупные метаанализы. ■ Как минимум одно хорошо организованное рандомизированное контролируемое исследование. ■ Репрезентативная выборка пациентов.
II (2)	■ Перспективные (проспективные) с рандомизацией или без нее исследования с ограниченным количеством данных. ■ Несколько исследований с небольшим количеством пациентов. ■ Хорошо организованное перспективное (проспективное) исследование когорты. ■ Метаанализы ограничены, но проведены на хорошем уровне. ■ Результаты не презентативны в отношении целевой популяции. ■ Хорошо организованные исследования «случай–контроль».
III (3)	■ Нерандомизированные контролируемые исследования. ■ Исследования с недостаточным контролем. ■ Рандомизированные клинические исследования как минимум с одной значительной или с тремя незначительными методологическими ошибками. ■ Ретроспективные или наблюдательные исследования. ■ Серия клинических наблюдений. ■ Противоречивые данные, не позволяющие сформировать окончательную рекомендацию.

Таблица 2. Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Описание	Расшифровка
A	Рекомендация основана на высоком уровне доказательности (как минимум одна убедительная публикация первого уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия первой линии; либо в сочетании со стандартной методикой/терапией
B	Рекомендация основана на среднем уровне доказательности (как минимум одна убедительная публикация второго уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском)	Метод/терапия второй линии; либо при отказе, противопоказании или неэффективности стандартной методики/терапии. Рекомендуются мониторинг побочных явлений
C	Рекомендация основана на слабом уровне доказательности (но как минимум одна убедительная публикация третьего уровня доказательности, показывающая значительное превосходство пользы над риском, <i>или</i> нет убедительных данных ни о пользе, ни о риске)	Нет возражений против данного метода/терапии или нет возражений против продолжения данного метода/терапии. Рекомендовано при отказе, противопоказании или неэффективности стандартной методики/терапии при условии отсутствия побочных эффектов

Порядок обновления клинических рекомендаций

Порядок обновления клинических рекомендаций — не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Ключевые слова

Височно-нижнечелюстной сустав, жевательные мышцы, бруксизм (F45.82); синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена) (K07.60); «щелкающая» челюсть (K07.61); рецидивирующий вывих или подвывих нижней челюсти (K07.62); артроз височно-нижнечелюстного сустава (M19.0X).

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в России не существует единого методического подхода к лечению расстройств височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц. Широкое использование нерациональных алгоритмов комплексной терапии данных нозологических форм, а также сугубо консервативные подходы лечения, удлиняющие его сроки, приводят не только к осложнениям течения основного заболевания, но и к инвалидизации пациентов, развитию у них психоэмоциональных проблем, увеличению трудозатрат, неэффективному размещению бюджетных финансовых средств.

Именно поэтому нашей целью стало создание клинических рекомендаций для практикующих врачей различных специальностей (стоматологов-ортопедов, ортодонтонтов, челюстно-лицевых хирургов), студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, слушателей курсов последипломного образования.

Расстройства ВНЧС [K07.60 — синдром болевой дисфункции ВНЧС (синдром Костена), K07.61 — «щелкающая» челюсть, K07.62 — рецидивирующий вывих или подвывих нижней челюсти, M19.0X — артроз ВНЧС] и жевательных мышц (F45.82 — бруксизм) относятся к разряду социально значимых стоматологических заболеваний. Давно назрела острая необходимость в разработке, формировании и инновационной оптимизации диагностического, терапевтического и профилактического ресурсов для курации и патронажа пациентов с указанными заболеваниями.

На основе данных отечественной и зарубежной литературы авторами была сделана попытка систематизировать имеющиеся знания и оформить их в клинические рекомендации (протоколы лечения) — алгоритмы ведения пациентов, которые не устанавливают единообразные действия врача, но определяют единую схему подхода к диагностике, лечению, реабилитации и пр.

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, придиричивость, 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