РЕФЕРАТ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Методы обследования височно – нижнечелюстного сустава в ортопедической стоматологии

Диагностика заболевания височно-нижнечелюстного сустава основывается на данных анамнеза, клинического исследования полости рта, наружной и внутренней пальпации, функциональных проб, результатов рентгенологических исследований.

Сбор анамнеза

Чаще больные жалуются на щелканье в суставе, боль, ограничение открывания рта, хруст, головную боль, понижение слуха.

Также необходимо выяснить у больного когда появились жалобы, с чем он их появление связывает, бывают ли ремиссии, получал ли медикаментозное лечение, чем снимается боль. Очень важно установить связь потери зубов с заболеванием сустава и установить, протезировался ли ранее больной.

Пальпация

После опроса проводят наружную и внутреннюю пальпацию сустава путем наложения пальцев на кожу впереди от козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход при смыкании челюстей в центральной окклюзии, а также во время двихений нижней челюсти. При пальпации сустава часто ощущается щелканье и хруст При дистальном смещении суставной головки в последний момент перед закрытием рта можно выявить боль.

Наружная и внутренняя пальпация позволяет зафиксировать амплитуду движений головок нижней челюсти во время открывания и закрывания рта, синхронность движений головок. Для головок нижней челюсти характерно два вида движения - нормальное, плавное без выхождения за вершину суставного бугорка и движение с большей амплитудой с восхождением на вершину бугорка или в сторону. Часть таких экскурсий может быть на грани подвывиха.

К функциональным пробам относится проверка экскурсии нижней челюсти при открывании и закрывании полости рта. При этом могут быть отмечены следующие два типа ее движений. При первом, называемом прямым траектория резцовой точки на срединно-саггитальной плоскости при открывании и закрывании рта не смещается в сторону. При втором, волнообразном (зигзагообразный, ступенчатый) резцовая точка при движении нижней челюсти смещается вправо или влево от саггитальной плоскости, образуя волну или зигзаг. Когда траектория резцовой точки сочетает в себе элементы прямого и волнообразного движения нижней челюсти, говорят о комбинированном движении.

Обследование функций жевательных мышц

Для полной характеристики клинической картины необходимо и обследование функции жевательных мышц.

Она изменяется не только в период различных перемещений нижней челюсти, но и в связи с патологическими состояниями жевательного аппарата : потерей зубов, заболеванием сустава, изменением межальвеолярной высоты. Пальпируя жевательные мышцы, можно обнаружить болезненность и уплотнение их, а также зоны отраженных болей (челюсти, ухо, глаз). При пальпации нижней части наружной крыловидной мышцы, указательный палец направляют по слизистой оболочке вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти дистально и вверх за верхне-челюстной бугор. В месте прикрепления нижней части мышцы имеется тонкий слой жировой клетчатки, поэтому мышца хорошо прощупывается. При пальпации собственно жевательной мышцы, больного просят сжать зубы и определяю передний край мышцы. Большой палец располагают на этом крае, а остальные - на заднем крае мышцы. Так устанавливают ширину мышцы. Указательным пальцем другой руки пальпируют мышцу со стороны кожи или полости рта. Найдя болезненные участки, сравнивают их с чувствительностью противоположной стороны. Височную мышцу пальпируют экстраорально - в области виска и интраорально - в месте прикрепления к венечному отростку. При изменениях в зубо-челюстной системе, ведущих к дистальному смещению нижней челюсти и заболеванию сустава может быть обнаружена болезненность при пальпации затылочных, шейных мышц и мышц дна полости рта. При дифференциальной диагностике заболеваний сустава и поражений тройничного нерва пальпируют точки выхода ветвей тройничного нерва из костных каналов.

Перечисленные исследования следует считать основными, потому, что только после их проведения врач может решить, какие другие методы следует применить для распознавания болезни. В стоматологии наиболее разработаны рентгенологическое исследование и цитодиагностика.

Рентгенологическое обследование

К рентгенологическим методам обследования суставов относятся обычная обзорная рентгенография при специальных укладках и томография. В особых случаях применяется контрастная рентгенография, при которой в полость сустава вводят специальное контрастное вещество.

Рентгенологическое распознавание заболеваний височно - нижнечелюстного сустава затруднено вследствие особенностей строения и функции этого сочленения, а также из - за того, что различные по природе заболевания его имеют одинаковые симптомы, но различный генез. Недостаточное знакомство клиницистов с причинами заболеваний височно- нижнечелюстного сустава, строением его, является источником большого числа диагностических ошибок.

Для правильной диагностики заболеваний необходимо знать закономерности строения элементов сустава и изменения этих соотношений при различных движениях нижней челюсти. Величина и форма компонентов сустава подвержены значительным индивидуальным колебаниям и находятся в прямой зависимости от длины и ширины мозгового и лицевого отделов черепа.

На рентгенограммах, снятых по методу Парма, форма костных элементов сустава значительно отличаются от анатомических. При рентгенографии с закрытым ртом, суставная щель и контуры суставной ямки не выявляются, так как перекрываются тенью костных образований. Верхний полюс головки обнаруживается только на снимках с открытым ртом, поэтому невозможно установить соотношение элементов сустава при смыкании челюстей в центральной окклюзии. Ценность снимка в возможности определения резких деформаций суставной головки.

При рентгенографии по методу Шуллера, определяются размеры верхне и задне суставной щелей, характер смещения суставной головки при открывании рта, однако неизбежны проекционные искажения.

Самое отчетливое изображение элементов сустава дает томография - метод послойной рентгенографии, позволяющий получить изображение определенного слоя височно - нижнечелюстного сустава, расположенного на той или иной глубине. Исследование производится на специальном аппарате томографе. Наиболее информативна боковая томография сустава. Больного укладывают на живот. Голову поворачивают в профиль таким образом, чтобы исследуемый сустав прилегал к кассете с пленкой. Саггитальная плоскость черепа должна быть параллельна плоскости стола. Глубина срез : 2 - 2.5 см. Боковая томограмма дает представление о всех костных элементах сустава и их взаимоотношениях, отображает соседние отделы черепа, нужные для различных измерений, позволяет по косвенным признакам (рентгенологической проекции суставной щели) судить о покровных хрящах и диске, изучить функцию сочленения, структуру сочленованных поверхностей.

В ортопедической стоматологии томограммы снимают при смыкании челюстей в центральной окклюзии, а также при физиологическом покое нижней челюсти. Для получения идентичных томограмм используют специальные приспособления, фиксирующие голову в определенном положении. Для анализа томограмм проводят исходную линию, соединяющую нижний край суставного бугорка и наружного слухового прохода. Из центра суставной головки проводят перпендикуляр и две линии по углом 45’ , по которым определяют ширину суставной щели в переднем, верхнем и заднем отделах. Ширину суставной щели между скатом суставного бугорка и передней поверхностью суставной головки обозначают как передне-суставную щель, между дном суставной ямки и верхней поверхностью суставной головки - как верхне-суставную щель, между задней поверхностью суставной головки и зададне-суставным отростком - как задне-суставную щель.

При оценке рентгенограмм может быть обнаружена переднее, центральное и заднее положение суставной головки, характерное для ортоггнатического, прямого прикуса и глубокого-резцового перекрытия, а также смещение суставной головки вверх, вниз, вперед и назад, что наблюдается при патологических состояниях зубочелюстной системы.

В случае дефектов зубных рядов рентгенограммы следует получить при фиксации нижней челюсти в необходимом положении, используя восковые базисы с окклюзионными валиками.

Наиболее распространенным поражением височно-нижнечелюстного сустава является артроз или деформирующий артроз. Эти процессы мало отличаются друг от друга, и по своей природе являются дегенеративными не воспалительными поражениями. Причина их - изменение функции жевания (образование фиксированного функционального центра разжевывания), характера окклюзионных контактов, характера и силы нагрузки на суставные отделы костей. Вследствие подвижности особенно подвержен изменениям внутрисуставной мениск. Костная ткань приспосабливается к возрастающей механической нагрузке либо путем увеличения площади суставных поверхностей либо путем уплотнения кортикальных пластинок, то есть субхондрального склероза. Первый процесс носит название деформирующий артроз, второй - артроз.

Наиболее характерные рентгенологические проявления артроза височно-нижнечелюстного сустава - сужение суставной щели, расширение и склероз кортикальной замыкающей пластинки суставной головки, появление неровной поверхности сочленения.

Диагноз

Обследование больного заканчивается постановкой диагноза, который отражает как морфологические, так и функциональные нарушения. Диагноз следует формулировать так, чтобы во-первых охарактеризовать причину болезни, т.е. этиологию и патогенез, во-вторых, дать представление о патологоанатомической основе болезни, ее локализации, в-третьих указать степень и характер функциональных расстройств, и в -четвертых уточнить особенности течения и формы заболевания.

Используемая литература

1. Е. И. Гаврилов « Ортопедическая стоматология »
2. В. Н. Копейкин « Ошибки в ортопедической стоматологии »
3. В. Н. Копейкин « Руководство по ортопедической стоматологии »