

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕЛЕМЕНТІВ СНЩС ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА АРТРОЗО-АРТРИТ І АРТРОЗ

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕЛЕМЕНТІВ СНЩС ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ НА АРТРОЗО-АРТРИТ І АРТРОЗ – У статті представлено морфофункціональний аналіз елементів скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) при захворюванні на артрозо-артрит і артроз. Виявлено наявність грубих дегенеративних змін при артрозі та дегенеративно-запальних процесів при артрозо-артриті у всіх елементах суглоба. Встановлена залежність виникнення даних патологій від віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань.

ДИФЕРЕНЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАНА ЭЛЕМЕНТОВ СНЩС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ АРТРОЗО-АРТРИТОМ И АРТРОЗОМ – В статье представлен морфофункциональный анализ элементов височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) при заболевании артрозо-артритом и артрозом. Установлено наличие грубых дегенерирующих изменений при артрозе и дегенеративно-воспалительных процессов при артрозо-артрите во всех элементах суглоба. Установлена зависимость данных патологий от возраста, пола, социальных факторов, перенесенных и сопутствующих заболеваний.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF THE MORPHOFUNCTIONAL STATE TEMPOROMANDIBULAR JOINT' ELEMENTS AT A DISEASE ON AN ARTHROSO-ARTHRITIS AND ARTHROSIS – The morphofunctional analysis of temporomandibular joints' (TMJ) elements at a disease on an arthroso-arthritis and arthrosis are presented in this article. The presence of rough degenerative changes at the arthrosis and degenerative-inflammatory processes at the arthroso-arthritis are in all elements of joint. The dependence of these pathologies is set on age, sex, social factors, carried and concomitant diseases.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС), артрозо-артрит СНЩС, артроз СНЩС, суглобова капсула, суглобовий диск, суглобовий хрящ, кортикальні пластинки, суглобова щілина.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), артрозо-артрит ВНЧС, артроз ВНЧС, суставная капсула, суставной диск, суставной хрящ, кортикальные пластинки, суставная щель.

Key words: temporomandibularjoint (TMJ), arthroso-arthritis of TMJ, arthrosisof TMJ, joint'scapsule, joint'sdisk, joint'scartilage, corticalplates, joint'scrack.

ВСТУП Актуальною проблемою сучасної стоматології є захворювання скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), що займають третє місце серед хвороб зубо-щелепної системи після карієсу зубів та уражень пародонта [5]. Існує безліч труднощів у діагностиці та лікуванні захворювань СНЩС: відсутність загальноприйнятої теоретично обґрунтованої класифікації захворювань СНЩС, єдиного погляду на патогенез даних захворювань, методи лікування, перебіг захворювань СНЩС в полі зору спеціалістів різного профілю [1, 3, 6, 9].

Вивченню етіології, патогенезу, розробці методів діагностики та лікуванню патології СНЩС присвячено велику кількість робіт, проте розглянута проблема досі далека від того, щоб вважатися вирішеною [2,3,7,9]. Тому суперечливість літературних даних, різноманіття підходів до лікування суглобової патології, пояс-

нення причин і механізмів її розвитку призвели до труднощів, з якими стикаються стоматологи в своїй повсякденній практиці. Таким чином, є необхідність диференціювання морфофункціональних змін в елементах СНЩС при його запально-дистрофічних та дистрофічних захворюваннях.

Метою дослідження стало дослідити відмінності морфофункціонального стану капсули, диска, хряща, суглобової щілини і кортикальних пластинок залежно від віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань при артрозо-артритах та артрозах СНЩС. Диференціювати клініку та діагностику дегенеративно-запальних та дегенеративних захворювань СНЩС.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Проведено аналіз 196 медичних карт (форма 043-о) пацієнтів, з них 97 хворих на артрозо-артрити СНЩС (обстежено 115 суглобів) та 99 – артрози СНЩС (обстежено 143 суглоби). Вивчали вікові, статеві й професійні особливості, скарги пацієнта та симптоматику, залежність від місця проживання, віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань. Діагноз встановлювали на підставі анамнезу захворювання, клінічних показників, рентгенологічних та ультразвукових даних системи ESAOTE Megasc VX.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У результаті проведеного аналізу досліджень із 97 хворих на артрозо-артрит СНЩС 72 склали жінки, 25 – чоловіки. Серед 99 хворих на артроз СНЩС 66 склали жінки, 33 – чоловіки. Вік пацієнтів з артрозами та артрозо-артритами коливається від 14 до 74 років. Мешканці міст хворіють у 2,4 рази частіше, ніж сільські жителі. Варто зазначити, що дані патології уражають здебільшого один СНЩС. Тому двобічним артрозо-артритом СНЩС хворіли лише 18 пацієнтів та 44 – двобічним артрозом. Натомість кількість пацієнтів з однією артрозо-артритами становила 79 та 55 з однією артрозом. Тобто всього обстежено 115 суглобів із захворюванням на артрозо-артрит та 143 суглоби з артрозом СНЩС.

У результаті проведених нами досліджень встановлено, що середня тривалість захворювання на артроз СНЩС у обстежуваних пацієнтів становить від 6 місяців до 3 років, при чому в більшості випадків жодного лікування не проводилось. Лише 13 % хворих на артрозо-артрити та 8 % на артрози СНЩС звернулися в лікувальний заклад у зв'язку із загостренням. Аналіз медичних карт стоматологічних хворих щодо анамнезу життя та захворювання як у пацієнтів з артрозо-артритами, так і у хворих на артроз СНЩС показав, що серед перенесених захворювань в анамнезі у 59 % пацієнтів були грип та ангіна, у 17 % обмінні, нервові, ендокринні порушення, а також отит, гайморит, травми щелеп та інші соматичні захворювання. Супутніми захворюваннями, поряд з патологією СНЩС, у обстежених пацієнтів в анамнезі були: ревматоїдний арт-

рит та ревматичний поліартрит (у 13 %), ендокринні, нервові та обмінні порушення (у 15 %), інша соматична патологія – 3,5 %. Також у обстежених пацієнтів виявлено патологічний прикус, бруксизм, порушена цілість зубних рядів, невдало виготовлений протез, і лише у 27 пацієнтів не спостерігали порушень з боку зубо-щелепної системи.

Аналіз даних ультразвукової діагностики показав, що у всіх пацієнтів з артрозо-артритом СНЩС візуалізація суглоба задовільна. Суглобова капсула здебільшого деформована, дугоподібно потовщеної форми. Стінки капсули неоднорідні, переважно щільні, нерівномірної товщини за рахунок сегментарного потовщення, з нечіткими розмитими контурами. Просвіт капсули в даному випадку містив помірні паракапсулярні дисперсно-рідинні включення, що свідчить про приєднання синовіту. Отже, можна зробити висновок, що у пацієнтів з артрозо-артритом у суглобовій капсулі наявні виражені як дегенеративні зміни, так і запальні явища, що призводять до загострення процесу.

Аналіз даних ультразвукової діагностики показав, що у більшості пацієнтів з артрозом СНЩС візуалізація суглоба задовільна. Суглобова капсула здебільшого невизначеної форми, просвіт капсули однорідно гіпогенний, без включень, стінка капсули неоднорідна, нерівномірної товщини, з нечіткими розмитими контурами. Отже, можна зробити висновок, що у пацієнтів з артрозом у суглобовій капсулі наявні виражені дегенеративні зміни.

Суглобовий диск у 21 пацієнта з артрозо-артритом СНЩС не візуалізується, суглобова щілина диференціюється, кальцинацій не виявлено, суглобова щілина диференціюється. У 76 обстежених суглобовий диск візуалізується, має деформовану форму, структура ущільнена, зовнішній контур нечіткий, фрагментований з дугоподібним пролабуванням зовнішнього контуру диск до 1,3–1,8 мм над лінією, що умовно з'єднує скроневу кістку та нижню щелепу.

Суглобовий диск у пацієнтів з артрозом СНЩС не візуалізується у 33 пацієнтів. У 66 обстежених суглобовий диск візуалізується, має деформовану форму, структура ущільнена, зовнішній контур нечіткий, фрагментований з дугоподібним пролабуванням зовнішнього контуру диска до 1,3–1,8 мм над лінією, що умовно з'єднує скроневу кістку та нижню щелепу.

Отже, при артрозо-артриті суглобовий диск здебільшого візуалізується та має деформовану форму з дугоподібним пролабуванням зовнішнього контуру, а при артрозі структура суглобового диска була неоднорідною за рахунок чергування гіпо- та ізоехогенних ділянок, контури нечіткими, фрагментованими.

Кортикальні пластинки суглобових поверхонь головки нижньої щелепи та скроневої кістки при артрозо-артритах нерівномірної товщини та неоднорідної або однорідної гіперехогенної ехоструктури за рахунок ділянок осифікацій, чітко відмежовані від хряща спостерігались в усіх пацієнтів. У 34 хворих кортикальні пластинки суглобових поверхонь нижньої щелепи та скроневої кістки рівномірної товщини, однорідної гіперехогенної структури, нечітко відмежовуються від хряща, що свідчить про склерозуючі зміни в кортикальних пластинках.

Кортикальні пластинки суглобових поверхонь головки нижньої щелепи та скроневої кістки при артро-

зах СНЩС нерівномірної товщини та неоднорідної гіперехогенної ехоструктури за рахунок ділянок дрібної осифікації з ділянками фрагментації, чітко відмежовані від хряща спостерігались в 74 пацієнтів. У 25 хворих кортикальні пластинки суглобових поверхонь нижньої щелепи та скроневої кістки рівномірної товщини, однорідної гіперехогенної структури, нечітко відмежовуються від хряща.

Хрящ має неоднорідну гіпоехогенну ехоструктуру в 44 пацієнтів з артрозо-артритами. У 35 пацієнтів хрящ має неоднорідну гіперехогенну ехоструктуру. Лише у 18 випадках ехоструктура хряща однорідна, нещільна. У всіх хрящ нерівномірний за товщиною: ділянки стоншення до 0,8 мм чергуються з ділянками потовщення до 1,8–2,0 мм з нечіткими контурами.

Хрящ має неоднорідну гіпоехогенну ехоструктуру, стоншений до 0,8–1,4 мм, з нечіткими контурами у 42 пацієнтів з артрозом СНЩС. У 49 пацієнтів хрящ має неоднорідну ехоструктуру з гіперехогенними периферійними локальними ділянками та фрагментацією ехоструктури за рахунок ізо- та гіперехогенних дрібнозернистих периферійних включень, нерівномірно стоншений до 0,9–1,5 мм. Лише у 8 випадках ехоструктура хряща однорідна.

Отже, якщо при артрозо-артритах у пацієнтів спостерігалась нерівномірна товщина хряща, що проявлялось хрускотом і тупим ниючим болем, то у хворих на артроз хрящ переважно стоншений, контури хряща є нечіткими, нерівними, ехоструктура неоднорідна, що свідчить про грубі дегенеративні зміни.

Враховуючи результати проведеного дослідження, можна зробити висновки щодо функціональних змін в суглобі при артрозо-артриті та артрозі СНЩС. Оскільки при артрозі суглобова капсула зазнає дегенеративних змін, то при цьому порушується перш за все захисна функція суглоба. Також зважаючи, що це найбільш іннервована частина суглоба, тому і виникають в пацієнтів больові дисфункції при артрозо-артриті. Крім того, внутрішній шар капсули та біламінарна зона забезпечує секретування синовіальної рідини, тому порушується метаболічна (видалення продуктів розпаду клітин синовіальної оболонки і частинок хряща), локомоторна (порушення ковзання суглобових елементів), трофічна (забезпечення енергетичними речовинами безсудинного хряща) та бар'єрна (фагоциткування чужорідних або власних білків та їх переварювання) функції. Дані процеси відбуваються в суглобовій капсулі пацієнтів як при артрозо-артриті, так і при артрозі. В результаті змін в структурі та товщині хряща порушується буферна функція. Гіперхромність кортикальних пластинок свідчить про склерозуючі процеси, а гіпоехогенність суглобових структур – про наявність остеопорозних процесів, які й призводять до деформуючих артрозів СНЩС.

ВИСНОВКИ 1. УзД дозволяє встановити наявність дегенеративних змін і їх ступеня (артроз) та запально-го процесу (артрит) в СНЩС.

2. Встановлено залежність виникнення даних патологій від віку, статі, соціальних чинників, перенесених та супутніх захворювань.

3. У пацієнтів при артрозо-артритах СНЩС дегенеративні зміни суглобової капсули переважають, порівнюючи з іншими елементами суглоба, а у пацієнтів

з артрозом СНЩС дегенеративні зміни носять виражений характер у хрящовій тканині, кортикальних пластинках суглобової головки і скроневої ямки.

Перспективи подальших досліджень полягають у використанні отриманих даних в практичній діяльності лікаря-стоматолога.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология / Бетельман А. И. – М. : Медицина, 1995. – 204 с.
2. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Хватова В. А. – М., 1992. – 129 с.
3. Ивасенко П. И. Патология височно-нижнечелюстного сустава: клиника, диагностика и принципы лечения / Ивасенко П. И. – МЕДИ, 2007.
4. Бургонская В. И. Опыт лечения артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава / Бургонская В. И. – М.: Медицина, 1968. – 96 с.
5. Владиченкова Т. Н. Клинико-морфологические параллели при воспалительных заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава и его дисфункции / Владиченкова Т. Н., Воронин В. С. – М. : Медицина, 1975. – Т. 4. – С. 84–87.
6. Costen J. B. Neuro gliasandear symptoms associated with distributed function of temporomandibular joint / J. B. Costen // Am. Med.Assoc. J. – 1994. – Vol. 107. – P. 252–255.
7. Jeffrey P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion / P. Jeffrey // Okeson, 5th edition, Mosby, 2011.
8. Carlsson G. E. Management of Temporomandibular Disorder in the General Dental Practice / G. E. Carlsson, T. Magnusson. – Mosby, 2012.

Отримано 20.03.14