

ДИАГНОСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДОВ.

Квириг М.Е.

ГОУ ДПО “Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования”

Челябинск, Российская Федерация

masch_2003@mail.ru

Цель работы заключалась в выявлении сонографических маркёров воспалительных и дегенеративно-дистрофических заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и сопоставлении их с клиническими и рентгенологическими находками.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 12 больных с артритами различной этиологии и 32 с воспалительно-дегенеративными заболеваниями в возрасте от 15 до 60 лет, из них мужчин -9, женщин -36. Одностороннее поражение отмечалось у 38, двустороннее -у 6. Больных разделили на группы по жалобам. Обследование больных с заболеваниями ВНЧС основывалось на тщательной оценке жалоб, анамнеза жизни и болезни, данных осмотра, определения функции челюсти, пальпации, результатов клинического и биохимического анализов крови, иммунологических исследований. Рентгенологическое исследование включало панорамную рентгенографию для выявления патологии прикуса, морфологических изменений в костной структуре верхней и нижней челюстей. Рентгенография ВНЧС выполнялась по Шюллеру. Ультразвуковое исследование проводилось из 3-х доступов, выполнялось продольное и поперечное сканирование ВНЧС в положениях с закрытым, приоткрытым и полностью открытым ртом, а также в процессе движения нижней челюсти (функциональной пробе).

Результаты. Одна группа больных имела жалобы на такие функциональные расстройства, как ограничение открывания рта, хруст в суставе, чувство усталости к вечеру, болевая реакция при выдвигении нижней челюсти вперед, "ступенчатое" открывание рта, преимущественное жевание на противоположной от пораженной стороне, чувство заложенности в ухе, ограничение движения нижней челюсти в одну из сторон. Некоторые больные отмечали чувство "инородного тела" в глубине сустава. В наиболее запущенных случаях поражения ВНЧС сопровождалось неврологическими болями с иррадиацией в ухо, висок, затылочную область, в область шеи, ключицы, головными болями, шумом в ушах, головокружениями. При рентгенологическом исследовании у этой группы больных выявлены следующие изменения: сужение суставной щели, уплощение головки нижней челюсти, снижение высоты суставного бугорка, изменение угла наклона между суставной

головкой и суставным отростком, взаимоотношения между суставной головкой и передней стенкой наружного слухового прохода. При ультразвуковом исследовании у всех больных определялись уплощение суставной головки с грубыми остеофитами по краям суставной поверхности, на границе эпиметафизарной части; структурные изменения диска; истончение и прерывистость субхондрального слоя суставной поверхности головки и истончение суставного хряща; уменьшение толщины жевательных мышц (собственно жевательной и латеральной крыловидной); сужение латеральной передней и задней суставных щелей. В некоторых случаях у данных больных отмечали избыточное количество жидкости в суставе; утолщение синовиальной оболочки, её разволокнение. Боли и выпот в суставе, сопровождались утолщением латеральной крыловидной мышцы, и даже смещением диска кпереди. Выполнение функциональных проб позволило выявить при ультразвуковом исследовании затруднение и “прерывистость” движения головки вдоль заднего ската бугорка, а при наличии избыточного количества жидкости и утолщении синовиальной оболочки выявлялось уменьшение амплитуды движения головки. Таким образом, выявленная картина изменений в ВНЧС сопоставима с эхографическими маркерами дегенеративно-дистрофических поражений других суставов.

Больные другой группы жаловались на боли различной интенсивности, скованность в суставе после продолжительного периода покоя челюсти. Другой жалобой больных являлся суставной шум. Он мог иметь характер трения, крепитации, хруста, щелканья. При осмотре области сустава иногда наблюдалась отечность и покраснение. На патологически измененной стороне выявлялся умеренный гипертонус собственно жевательной мышцы. При пальпации области кпереди от козелка уха при умеренном надавливании появлялась интенсивная боль. При рентгенографическом исследовании суставов картина поражения была либо асимптоматична, либо выявлялись окколосуставной остеопороз, сопровождающийся истончением компактного вещества кости, расширением костномозгового канала, крупнопетлистостью строения и разрежением костных структур, равномерным уменьшением костных балок в единице объема кости, сужение суставной щели, вследствие дистрофических процессов или расширение щели, вследствие значительного выпота. При ультразвуковом исследовании выявлялись избыточное количество жидкости в верхней или/и нижней камерах сустава; утолщение синовиальной оболочки; утолщение мениска и неоднородность его эхоструктуры. При функциональных исследованиях на эхографическом исследовании отмечалось уменьшение подвижности и отсутствие плавности движения головки. Таким

образом, эхографическое исследование позволяет выявить структурные изменения в суставе, которые даже не выявляются рентгенологически.