

Українська медична стоматологічна академія  
Кафедра післядипломної освіти лікарів-  
стоматологів

**Лекція на тему: Артрити:  
етіологія, клініка, діагностика,  
лікування**

**Лектор: доцент Коломієць С.В.**

Полтава 2020.

# План лекції

- 1. Класифікація запальних захворювань СНЩС.
- 2. Етіологія, патогенез запальних захворювань СНЩС.
- 3. Артрити СНЩС. Клініка, діагностика.
- 3. Ревматоїдний артрит. Клініка, діагностика.
- 4. Диференційна діагностика запальних захворювань СНЩС.
- 5. Лікування запальних захворювань СНЩС.

2000 рухів здійснюється нижньою щелепою за день. Затруднене відкривання рота спостерігається при запальних контрактурах: флегмона крилоподібно-нижньощелепного простору, затруднене прорізування 8 нижнього зуба; перелом нижньої щелепи; перелом виличної кістки; при тризмі жувальної мускулатури (правець, істерія, порушення мозкового кровообігу), через що такі хворі потрапляють до невропатологів, отоларингологів,

# Анкілози

- Анкілоз скронево-нижньощелепового суглобу – фіброзне чи кісткове зрощення суглобових поверхонь і пов'язана з ним часткова чи повна відсутність рухомості в суглобі.

# Класифікація

- За етіологією: інфекційний, травматичний та інш.;
- За морфологічним субстратом процесу: кістковий, фіброзний;
- За локалізацією процесу: однобічний, двобічний;
- За ступенем поширеності спайок: неповний, або частковий, повний, або поширений;
- За характером супутніх змін кісток обличчя: з мікрогенією, без мікрогенії.

# Клінічна картина

- . Основними симптоматичними ознаками анкілозу є стійке часткове чи повне обмеження відкривання рота і повна відсутність горизонтальних рухів в ураженому суглобі. Спостерігається відкривання рота в межах 0,5 - 0,7 см за рахунок еластичності кісток, фіброзної тканини, кісткових швів.

При односторонньому кістковому анкілозі підборіддя і кінчик носа зміщені в хвору сторону, вушна раковина на стороні ураження розташована нижче, ніж на здоровій. Уражена сторона вкорочена і виглядає більш випуклою, а здорова, зміщаючись в хвору сторону, западає і сплющується. При двобічному анкілозі, що розвинувся в дитячому віці, н/щелепа недорозвинута з обох сторін, підборіддя зміщене дозаду /пташине обличчя/, рухи в суглобі різко обмежені, що перешкоджає огляду і лікуванню органів порожнини рота, зіву. Нерідко спостерігаються розлади мови, дихання і психіки, зниження харчування.

При фіброзному анкілозі на відміну від кісткового часто спостерігаються больові відчуття. Основними ознаками початкових проявів фіброзного анкілозу є: незначне потріскування в суглобі, швидка втомлюваність жувальних м'язів і затруднене відкривання рота в ранкові години. Ці симптоми виникають на фоні ревматичного процесу, який вже є в інших суглобах, а також явищ ревмакардиту в стадії загострення.



# Лікування

- : при фіброзних анкілозах застосовується "безкровний" метод розриву фіброзних спайок - "редресація", яка полягає в наступному. В м'які тканини, що оточують суглоб, і в порожнину суглобу вводять 1 % розчин тримекаїну. Потім в ділянці молярів встановлюють роторозширювач, яким поступово розширюють щелепи. Розрив фіброзних спайок хворі відчують, вловлюючи "потріскування" в суглобі. Після цього слід ввести стероїдний препарат або лідазу для запобігання утворення ще більшої кількості спайок. Якщо ця методика не дає результату, то проводять операцію висічення спайок в суглобі з видаленням зруйнованого і деформованого диску

Після того, як рот вільно розкрився, між морами вкладають розпірку, а не шини з зачіпними петлями - гумові кільця. Через 7-10 діб розпірку і гумову тягу видаляють і призначають активну лікувальну гімнастику. Гідрокортисон вводять в порожнину суглобу по 1 мл. на курс 3-5 ін`єкцій. Інтервали між ін`єкціями - 2-3 дні. Після проведеного курсу лікування скованість в суглобі проходить, зникає, або зовсім зникає хрускіт.

# Вивих

- таке пошкодження, коли одна з кісток рухомого суглоба виходить з суглобової сумки і, не приходячи в своє природне положення залишається в тканинах, що оточують суглоб. Причиною вивиху в більшості випадків є механічне насильство, причому для розриву суглобової сумки, зв'язок і роз'єднання кінців кісток потрібна велика сила.

Вивихи є вродженні та набуті. Серед набутих вивихів виділяють травматичні і паталогічні, а також окремо виділяють звичні вивихи. За ступенем порушення розрізняють повні вивихи, коли суглобові поверхні обох кісток, що утворюють суглоб повністю втрачають сполучення одна із одною; і неповні вивихи (підвивихи), коли суглобові поверхні зміщених кісток залишаються частково сполученими.

Травматичний вивих виникає звичайно від надмірного чи невластивого даному суглобу руху, від удару чи тиску на суглоб. Цей вивих може супроводжуватися стисненням і навіть розривом кровоносних судин і нервів. Вивихи, все-таки, спостерігаються рідше, ніж інші травматичні пошкодження, наприклад переломи кісток, удари і розтягнення, найчастіше вивихів зазнають суглоби кінцівок, як найбільш рухомі і що найбільш зазнають зовнішніх впливів. Випадки вивихів найчастіше відбуваються при провадженні важких робіт, при падінні з висоти; з цієї причини вони зустрічаються частіше у чоловіків, ніж у жінок (за даними київських лікарень на 274 чоловіки довелося 63 жінки); у осіб середнього віку частіше, ніж у дітей і людей старшого віку. Крім травматичного зовнішнього насильства, вивихи відбуваються (але надзвичайно рідко) ще мимовільно при сильних м'язових скороченнях, наприклад, при судомних під час епілепсії

До мимовільних вивихів можуть бути віднесені і вивихи патологічні, що спостерігаються при ураженнях суглоба і навколишніх його частин (водянка суглоба, туберкульозні, фунгозні, каріозні процеси і т. д.). Природжені вивихи, спостерігаються (*luxationes congenitae*) головним чином в кульшовому суглобі; причина їх - або неправильний анатомічний розвиток, або різні хворобливі процеси на самому початку життя дитини.

Вивихи, що систематично повторюються в одному і тому ж суглобі, називають звичними. Це в загальному відбувається внаслідок помилок, що припущені при лікуванні першого по рахунку травматичного вивиху (невміле, проведене не спеціалістом вправлення, недостатність іммобілізації після вправлення, надто рано розпочаті рухи щелепи), а також в зв'язку із пізнім зверненням до лікаря, коли вправити суглоб важко вдалося, але це буває рідко. Вивих, що супроводжується значним пошкодженням зв'язок суглоба, може стати звичним навіть при правильному лікуванні. В усіх цих випадках після першого вивиху залишається недостатність зв'язкового апарату суглоба, яка і веде до повторення вивихів, не рідко від самих незначних причин.

**Лікування випадкових вивихів  
складається передусім у  
вправленні і в приведенні  
щелепи в належний стан.**



# Рекомендована література

1. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. Хирургическая стоматология./М., 1969
2. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава./М., 1982.
3. Рабухина В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава./М., 1969.
4. Руководство по хирургической стоматологии под ред. Евдокимова А.И./ М., 1972.
- 5 . Смаглюк Л.В. Сучасні методи лікування дистальної оклюзії зубних рядів. Помилки та ускладнення. Автореферат дис. на здобуття звання доктора медичних наук. м. Полтава, 2009.
6. Новіков В.М. Діагностика детермінованих порушень оклюзії та функціональних структур зубо-щелепної системи у хворих на фоні ревматоїдної патології та її лікування. Автореферат дис. на здобуття звання доктора мед. наук. м. Полтава, 2010.

Дакую за увагу !