

Епифанов С.А.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА:
ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ УСТОЯВШИХСЯ ПОНЯТИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА — ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА: ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ УСТОЯВШИХСЯ ПОНЯТИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА — ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

Епифанов С.А.*

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.57.96.019

Резюме. Систематизация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) является актуальной задачей современной челюстно-лицевой хирургии. Предложенное разделение заболеваний ВНЧС на артрогенные и миогенные - это попытка устранить возникшую «путаницу» у врачей разных специальностей. Мышечно-функциональные нарушения встречаются гораздо чаще и успешно поддаются лечению стоматологами, неврологами и другими специалистами, в то же время хирургами, занимающимися диагностикой и лечением патологии опорно-двигательного аппарата, накоплен значительный опыт в реабилитации пациентов с артрогенными заболеваниями, интеграция которого в практику челюстно-лицевого хирурга позволит оптимизировать лечебную тактику и избежать «несогласованности» среди специалистов.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, ВНЧС, заболевания ВНЧС, артропатии.

Описано большое разнообразие патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), но оно не систематизировано и, как следствие, лечебная тактика может существенно различаться, даже в пределах одного лечебного учреждения.

В 1934 г. оториноларинголог J. Costen опубликовал первую из серии статей, описывающих группу пациентов с симптомами заболевания уха и верхнечелюстных пазух, а так же симптомами заболевания ВНЧС, которые, в конечном итоге, получили название — «синдром Костена» [1]. Болевая симптоматика, как он утверждал, была вызвана поражением ВНЧС из-за нарушения прикуса. Это привело к двум существенным изменениям: во-первых, это увеличило роль стоматологов в диагностике и лечении этой группы пациентов, во-вторых, он сместил акцент к симптоматической терапии. В результате пациенты с различными, этиологически не связанными заболеваниями зачастую получали одинаковое лечение только потому, что у них были относительно похожие симптомы заболевания.

Только в 1960-х гг. D. Laskin [2] и его соавторы из Университета Илинойса и Центра исследования лицевой боли ВНЧС показали, что на самом деле существует две разные группы пациентов, включенных в синдром Костена — пациенты с патологией ВНЧС и пациенты с изменениями в области жевательных мышц, и что эти состояния требуют различных методов диагностики и лечения.

DISORDERS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT — IT'S AN INTERDISCIPLINARY PROBLEM: RETHINKING ESTABLISHED CONCEPTS IN THE PRACTICE OF A MAXILLOFACIAL SURGEON

Epifanov S.A.*

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. The systematization of disorders of the temporomandibular joint (TMJ) is an urgent task of modern maxillofacial surgery. The proposed division of TMJ disorders into arthrogenic and myogenic - is an attempt to eliminate the "confusion" that has arisen among doctors of different specialties. Muscular-functional disorders are much more common and can be successfully treated by stomatologists, neurologists and other specialists, at the same time, surgeons engaged in the diagnosis and treatment of pathology of the musculoskeletal system have accumulated considerable experience in the rehabilitation of patients with arthrogenic disorders, the integration of which into the practice of maxillofacial surgeon will optimize treatment tactics and avoid "inconsistency" among specialists.

Keywords: temporomandibular joint, TMJ, TMJ disorders, arthropathies.

В 1982 г. Американская стоматологическая ассоциация организовала конференцию по исследованию, диагностике и лечению височно-нижнечелюстных заболеваний. Участники конференции объединили две группы заболеваний под всеобъемлющим общим термином «височно-нижнечелюстные расстройства», в России — заболевания ВНЧС. Очевидно, что в то время это было оптимальным решением, однако, в последующем это привело к «путанице» среди врачей разных специальностей. Диагностические критерии височно-нижнечелюстных расстройств для клинических и исследовательских целей сочетают не связанные между собой патологические состояния в мышцах и суставах [3]. Хирургическое сообщество стремится рассматривать миогенные и артрогенные состояния как независимые проблемы [4].

Общество специалистов в области челюстно-лицевой хирургии в России должно взять на себя ведущую роль в организации конференции, посвященной рассмотрению различных групп патологических состояний миогенного и артрогенного характера челюстно-лицевой области, что в последующем будет представлять интерес для разработки диагностических критериев и консенсуса в отношении принципов лечения.

В настоящее время мы обладаем достаточными знаниями для диагностики большинства заболеваний, которые могут поражать ВНЧС и жевательные мышцы. Устоявшееся понятие: «заболевания ВНЧС» — собирательный

* e-mail: epifanoff@gmail.com

термин, объединяющий патологические состояния мышечной и суставной природы по этиопатогенетическому принципу. Несмотря на то, что заболевания ВНЧС включают большую группу патологических состояний с разной этиологией, в большинстве своем они имеют одинаковые симптомы: боль в области ВНЧС, лицевая и головная боль, мышечная боль, нарушение жевания, движения челюсти, глотания, речи, дыхания. Симптомы возникают как изолированно, так и в сочетании с другими признаками, в том числе с общесоматическими.

Несмотря на многофакторную этиологию заболеваний ВНЧС, в настоящее время мы можем выделить артрогенные и миогенные поражения челюстно-лицевой области. К первым относятся артропатии, гипо- и гипермобильность ВНЧС, нарушение роста и развития ВНЧС, идиопатическая мышечелковая резорбция, опухоли ВНЧС. К миогенным поражениям относятся миалгия, миофасциальная боль, миозит, миоспазм, мышечная гипер- и гипокенезия, гипертрофия жевательных мышц, мышечная контрактура.

Артрогенные заболевания ВНЧС

Артропатии по патогенетическому механизму подразделяются в зависимости от воспалительной реакции. К невоспалительным относят первичный (идеопатический) и вторичный остеоартриты. К воспалительным: ревматоидный артрит (РА), спондилоартропатии, кристалл-индуцированные артропатии и инфекционные артриты. При РА вовлечение ВНЧС достигает 50%, у женщин встречается чаще. При ювенильном ревматоидном артрите (ЮРА) дебют заболевания может быть в возрасте от 1 до 12 лет, у девочек встречается чаще, вовлечение ВНЧС достигает 41%. Болезнь Стилла — разновидность ЮРА, характеризующаяся отрицательными серологическими тестами на ревматоидный фактор (RF) и антинуклеарные антитела (ANA). В большинстве случаев ЮРА встречается у мальчиков до 5 лет [5; 6]. Спондилоартропатии (серонегативные спондилоартриты) характеризуются рядом общих клинических проявлений (например, болью в спине, развитием увеита, симптоматикой со стороны желудочно-кишечного тракта, а также кожными высыпаниями), как правило, связаны с человеческим лейкоцитарный антигеном (HLA), серонегативны относительно RF и ANA, с различной степенью вовлечения в патологический процесс ВНЧС. К этой подгруппе заболеваний относятся: анкилозирующий спондилит или болезнь Бехтерева (в зарубежной литературе болезнь Штрumpfелля — Бехтерева — Мари), псориатический артрит, реактивный артрит и другие заболевания. Болезнь Бехтерева чаще встречается у мужчин, характеризуется положительным HLA и отрицательным RF, вовлечение ВНЧС встречается в трети случаев. Псориатический артрит ВНЧС встречается у 30% пациентов, страдающих псориазом. Характеризуется отрицательным серологическим тестом на RF. Реактивный артрит — воспалительное заболевание с поражением суставов, развивающееся после перенесения некоторых

инфекций (мочеполовые, кишечные, носоглоточные). Одним из проявлений реактивного артрита является синдром Рейтера, который проявляется клинической триадой: артрит, увеит, уретрит. Пусковым механизмом развития заболевания считают бактериальные инфекции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (сальмонеллез, шигеллез), а также инфекции, передающиеся половым путём (ИПП) (хламидийная инфекция, гонорея) [7]. Кристалл-индуцированные артропатии — группа заболеваний, характеризующаяся развитием воспалительной реакции в ответ на избыточное отложение различных солей (кристаллов) в суставах или околоуставных тканях. Наиболее часто поражаются суставы конечностей. Встречаются два типа кристалл-индуцированных артропатии: истинная подагра (отложение уратов); ложная (псевдоподагра), отложение пирофосфата кальция. При подагре наблюдается избыточная продукция мочевой кислоты, чаще встречается у мужчин в возрасте старше 40 лет. К факторам риска необходимо отнести погрешности в диете (высокопуриновая), чрезмерное употребление алкоголя, приём диуретиков. Псевдоподагра характеризуется избыточной концентрацией неорганического пирофосфата в синовиальной жидкости, чаще встречается у женщин, в возрасте старше 50 лет. К факторам риска необходимо отнести РА, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, врожденную гиперкальциурию и гиперкальциемию. Ещё одна разновидность воспалительных артропатий — инфекционный артрит, причиной развития которого могут быть как местные факторы (травма, инфекции среднего уха, нижней челюсти, предшествующая хирургия ВНЧС), так и системные факторы с гематогенным распространением (гонорея, сифилис, туберкулез, актиномикоз и др.) [8].

Развитие гипомобильности (тугоподвижность) ВНЧС может быть обусловлено внутренними нарушениями положения суставного диска, его целостности, поражением связочного аппарата, образованием анкилоза. Отличительной особенностью тугоподвижности является стойкое затруднённое открывание рта. Анкилоз может быть фиброзным, частично или полностью костным. Гипермобильность ВНЧС может проявляться сублюксацией (разболтанностью) и дислокацией суставной головки. При сублюксации происходит самостоятельная репозиция структурных элементов ВНЧС относительно суставного бугорка. Она может быть обусловлена растяжением капсулы и связочного аппарата сустава при чрезмерно-интенсивном открывании рта, в том числе принудительном (например, во время интубации, эндоскопии). Так же может встречаться при заболеваниях соединительной ткани (синдром Элерса-Данлоса, синдром Марфана). Дислокация суставной головки (вывих) характеризуется невозможностью самостоятельной репозиции суставной головки относительно суставного бугорка при ее выдвигении на передний скат суставного бугорка височной кости. Как и при сублюксации обусловлена растяжением капсулы и связочного аппарата сустава.

Епифанов С.А.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА — МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА:
ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ УСТОЯВШИХСЯ ПОНЯТИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА — ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА

Важную роль имеют состояния, характеризующиеся нарушением роста и развития ВНЧС, такие как мышечковая гипер- и гипоплазия, а также врожденные причины недоразвития мышечкового отростка (гемифациальная микросомия, синдром Гольденхара, синдром Тричера Коллинза, синдром Гурлера, синдром Халлермана-Штрайфа). Гиперплазия костных структур нижней челюсти приводит к асимметрии лица. Различают два типа гиперплазии: I тип — гемимандибулярная гиперплазия (увеличение размеров и объема нижней челюсти) и II тип — гемимандибулярное удлинение (как правило, одностороннее увеличение длины нижней челюсти) [9]. Причинами гипоплазии мышечкового отростка, помимо врожденных, могут быть и вторичные, такие как токсическое воздействие на плод в перинатальном периоде, развитие ЮРА в постнатальном периоде, а так же травмы и инфекционные осложнения.

Идиопатическая мышечковая резорбция — прогрессирующая, билатеральная резорбция мышечковых отростков до сигмовидной вырезки нижней челюсти с последующей стабилизацией процесса. Причина до настоящего времени остаётся неизученной. Чаще встречается у лиц женского пола в возрасте 15–35 лет. Некоторые авторы отмечают связь с «гормональным сдвигом» в период полового созревания и его влиянием на резорбцию мышечковых отростков нижней челюсти [10].

Еще одной этиологической причиной развития патологии ВНЧС является неопластический процесс. Опухоли ВНЧС встречаются редко. Гендерная предрасположенность выше у женщин, средний возраст выявления заболеваний — 42 года. Клинически выделяют три группы неоплазий: псевдоопухоли (72%), доброкачественные опухоли (10%), злокачественные опухоли (18%). К псевдоопухолям относятся: остеохондрома, пигментный вилонодулярный синовит, синовиальный хондроматоз. К доброкачественным: остеома, остеоид-остеома и остеобластома. К злокачественным: остеосаркома, хондросаркома, синовиальная хондросаркома, синовиальная саркома, метастазы опухолей, а так же инвазия злокачественных новообразований из прилегающих анатомических образований [11].

Миогенные поражения челюстно-лицевой области

Как правило, характеризуются развитием миалгии, миофациальной боли, миозита, миоспазма.

В мировом научном сообществе остается спорным мнение относительно влияния нарушения окклюзии на развитие артрогенной патологии ВНЧС. Большинство авторов склоняется к мнению, что эти нарушения могут способствовать или приводить к микротравме ВНЧС, обусловленной мышечной дисфункцией, однако данных недостаточно [5].

Мышечная форма гипокенезии может встречаться при оссифицирующем миозите, рубцовых изменениях в мышцах. К другим патогеническим причинам развития гипомобильности ВНЧС необходимо отнести контра-

ктуру жевательной мускулатуры, обусловленную одонтогенной инфекцией, миозитом, фасциитом, выраженной миофациальной болью. Тризм жевательной мускулатуры встречается при столбнячной инфекции, при истерических реакциях (истерический тризм). Гиперкинезия может встречаться при судорожных расстройствах, паркинсонизме, лекарственно-ассоциированной дискинезии (например, прием нейролептиков).

Сходные симптомы с миогенными поражениями жевательной мускулатуры могут встречаться при соматоформных и неврологических заболеваниях. Соматоформные расстройства — группа психических (невротических) заболеваний, проявляющихся в виде напоминающих соматическое заболевание симптомов, но отличаются от психосоматических заболеваний обязательным присутствием чрезмерной тревоги за своё физическое здоровье [12]. К таким психогенным расстройствам относятся: дисфагия, включая «глобус истерикус» (globus hystericus); зуд; кривошея; скрежетание зубами (бруксизм). Еще одним проявлением соматоформных расстройств является устойчивое соматоформное болевое расстройство: основной жалобой является устойчивая, резкая мучительная боль, которую нельзя полностью объяснить физиологическим нарушением или соматическим заболеванием, которая возникает, как правило, в связи с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, что позволяет рассматривать их как основную этиологическую причину. Результатом обычно является заметное усиление поддержки и внимания личностного или медицинского характера. Недостаточно изучено влияние боли психогенной природы, возникающей в процессе депрессивного расстройства или шизофрении, на причины развития соматической патологии ВНЧС.

В неврологической практике схожие симптомы с миофункциональными расстройствами челюстно-лицевой области возникают при поражениях тройничного нерва: невралгии тройничного нерва, синдроме пароксизмальной лицевой боли, атипичной лицевой боли и других соматических поражениях тройничного нерва, а так же при синдромах головной боли: синдром «гистаминовой» головной боли, сосудистой головной боли, головной боли напряженного типа. Патогенетический механизм влияния неврологических заболеваний на ВНЧС остаётся недостаточно изученным.

Таким образом, предложенное разделение заболеваний ВНЧС на артрогенные и миогенные — это попытка устранить возникшую «путаницу» среди врачей разных специальностей. Мышечно-функциональные нарушения встречаются гораздо чаще и успешно поддаются лечению врачами стоматологами, неврологами и другими специалистами. Интеграция принципов диагностики и лечения артрогенных заболеваний применяемых хирургами занимающихся патологией опорно-двигательного аппарата всего человеческого тела в лечебную деятельность челюстно-лицевого хирурга позволит избежать «несогласованности» среди врачебного сообщества.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов (The author declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Costen JB. Syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1997;106(10 Pt 1):805–819. doi: 10.1177/000348949710601002.
2. Laskin DM. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. *J Am Dent Assoc.* 1969;79(1):147–153. doi: 10.14219/jada.archive.1969.0234.
3. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain special interest group. *J Oral Facial Pain Headache.* 2014;28(1):6–27. doi: 10.11607/jop.1151.
4. Laskin DM. Temporomandibular disorder terminology. *J Oral Maxillofac Surg.* 2019;78(4):496–497. doi: 10.1016/j.joms.2019.11.038.
5. Tanaka E, Detamore MS, Mercuri LG. Degenerative disorders of the temporomandibular joint: etiology, diagnosis, and treatment. *J Dent Res J Dent Res.* 2008;87(4):296–307. doi: 10.1177/154405910808700406.
6. Helenius LM, Hallikainen D, Helenius I, et al. Clinical and radiographic findings of the temporomandibular joint in patients with various rheumatic diseases. A case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2005;99(4):455–463. doi: 10.1016/j.tripleo.2004.06.079.
7. Schumacher HR Jr. Chlamydia-associated reactive arthritis. *Isr Med Assoc J.* 2000;2(7):532–535.
8. Wolford LM. Understanding TMJ reactive arthritis. *Cranio.* 2017;35(5):274–275. doi: 10.1080/08869634.2017.1355597.
9. Obwegeser H.L., Makek M.S. Hemimandibular hyperplasia-hemimandibular elongation. *J Maxillofac Surg.* 1986;14(4):183–208. doi: 10.1016/s0301-0503(86)80290-9.
10. Wolford LM, Cardenas L. Idiopathic condylar resorption: diagnosis, treatment protocol, and outcomes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1999;116(6):667–677. doi: 10.1016/s0889-5406(99)70203-9.
11. Marx RE, Cillo JE Jr, Broumand V, Ulloa JJ. Outcome analysis of mandibular condylar replacements in tumor and trauma reconstruction: a prospective analysis of 131 cases with long-term follow-up. *J Oral Maxillofac Surg.* 2008;66(12):2515–2523. doi: 10.1016/j.joms.2007.12.005.
12. Чутко Л.С. Соматоформные расстройства // *Медицинский совет.* — 2011. — №1–2. — С. 84–90. [Chutko L.S. Somatoform disorders. *Meditsinskii sovet.* 2011;(1–2):84–90. (In Russ).]