

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Основные принципы диагностики хирургических болезней челюстно-лицевой области (совместно с А. С. Поповым)	4
Глава 2. Обследование больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области	21
Специальные методы исследования	30
Электроодонтодиагностика	30
Рентгенография	30
Радиологическое исследование	31
Морфологическое исследование	31
Глава 3. Клиника и дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов	34
Периодонтиты	35
Клиника острого и обострившегося хронического периодонтита	35
Дифференциальная диагностика острых и обострившихся хронических периодонтитов	36
Клиника хронических периодонтитов	37
Дифференциальная диагностика хронических форм периодонтитов	38
Острый гнойный периостит челюстей	39
Клиника острого гнойного периостита	40
Дифференциальная диагностика острого гнойного периостита	43
Одонтогенный остеомиелит челюстей	45
Клиника острого одонтогенного остеомиелита	48
Общие проявления острого одонтогенного остеомиелита	50
Дифференциальная диагностика	54
Клиника подострого и хронического остеомиелита	56
Дифференциальная диагностика	59
Глава 4. Клиника и дифференциальная диагностика флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области	62
Клиника флегмон	64
Клиника одонтогенных флегмон	64
Клиника остеофлегмон	66
Клиника аденофлегмон	66
Дифференциальная диагностика	67
Клинические проявления и дифференциальная диагностика отдельных форм одонтогенных флегмон	70
Флегмоны, располагающиеся около верхней челюсти	71
Флегмоны, располагающиеся около нижней челюсти	75
Флегмоны дна полости рта	78
Дифференциальная диагностика одонтогенных флегмон с другими заболеваниями	81
Клиника одонтогенных абсцессов и их дифференциальная диагностика с одонтогенными флегмонами	82
Клинические проявления и дифференциальная диагностика отдельных форм одонтогенных абсцессов	83
Дифференциальная диагностика одонтогенных абсцессов с другими заболеваниями	85

Глава 5. Клиника и дифференциальная диагностика других одонтогенных воспалительных заболеваний (затрудненного прорезывания зубов мудрости, одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи, лимфаденита подчелюстной области и шеи)	87
Затрудненное прорезывание зубов мудрости	87
Клиника перикоронарита	87
Клиника ретромолярного периостита	88
Особенности клинического течения ретромолярного остеомиелита	88
Дифференциальная диагностика	89
Одонтогенные воспаления верхнечелюстных пазух	89
Клиника острых одонтогенных воспалений верхнечелюстной пазухи	91
Клиника хронических одонтогенных воспалений верхнечелюстной пазухи	91
Дифференциальная диагностика	93
Воспалительные заболевания лимфатических узлов подчелюстной области и шеи	96
Клиника неспецифических лимфаденитов	97
Дифференциальная диагностика	97
Глава 6. Клиника и дифференциальная диагностика специфических воспалительных процессов челюстно-лицевой области	102
Актиномикоз челюстно-лицевой области	102
Клиника актиномикоза	103
Дифференциальная диагностика	106
Туберкулезные поражения челюстей и органов полости рта	109
Клиника туберкулезных поражений челюстей	109
Клиника туберкулезных поражений слизистой оболочки органов полости рта	111
Дифференциальная диагностика	112
Сифилитические поражения челюстей и органов полости рта	115
Клиника сифилитических поражений челюстей	115
Клиника сифилитических поражений органов полости рта	117
Дифференциальная диагностика	118
Глава 7. Клиника и дифференциальная диагностика воспалительных, системных заболеваний слюнных желез и слюннно-каменной болезни	121
Клиника сialoadенита вирусного происхождения — эпидемического паротита (свинки)	122
Дифференциальная диагностика	123
Клиника острого неспецифического сialoadенита	124
Дифференциальная диагностика	125
Хронические неспецифические сialoadениты	127
Клиника хронического паренхиматозного сialoadенита	127
Дифференциальная диагностика	129
Клиника хронического интерстициального сialoadенита	130
Дифференциальная диагностика	132
Клиника хронического сialодохита	134
Дифференциальная диагностика	135
Сialoadениты специфические	135
Клиника актиномикоза слюнных желез	136
Дифференциальная диагностика	136
Клиника туберкулеза слюнных желез	137
Дифференциальная диагностика	138
Клиника сифилиса слюнных желез	139
Дифференциальная диагностика	139

Системные заболевания слюнных желез	140
Клиника болезни Микулитца	140
Дифференциальная диагностика	140
Клиника синдрома Шегрена	141
Дифференциальная диагностика	141
Клиника сиалоаденитов, вызванных внедрением инородных тел в протоки желез	142
Дифференциальная диагностика	143
Клиника калькулезных сиалоаденитов (слюннокаменной болезни).....	144
Дифференциальная диагностика	145
Глава 8. Клиника и дифференциальная диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного су- става	148
Клиника инфекционного неспецифического височно-нижнечелюстного артрита	148
Дифференциальная диагностика	150
Клиника инфекционных специфических височно-нижнечелюстных артритов ...	151
Дифференциальная диагностика	153
Клиника травматических височно-нижнечелюстных артритов	153
Дифференциальная диагностика	154
Клиника височно-нижнечелюстных артрозов (неинфекционных дистрофических артритов).....	154
Дифференциальная диагностика	155
Клиника анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.....	156
Дифференциальная диагностика	158
Глава 9. Клиника и дифференциальная диагностика доброкачественных опухолей и опухолепо- добных образований органов полости рта, челюстей, мягких тканей лица и шеи	160
Клиника доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований органов полости рта, мягких тканей лица и шеи	161
Дифференциальная диагностика	165
Клиника доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований челюстей	168
Дифференциальная диагностика	178
Глава 10. Клиника и дифференциальная диагностика злокачественных новообразований органов полости рта и челюстей	185
Клиника рака губы и органов полости рта	185
Дифференциальная диагностика	188
Клиника рака нижней челюсти	191
Дифференциальная диагностика	193
Клиника рака верхней челюсти	197
Дифференциальная диагностика	199
Клиника злокачественных опухолей челюстей неэпителиальной природы (сарком) ..	202
Дифференциальная диагностика	205
Глава 11. Клиника и дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез	207
Клиника доброкачественных опухолей слюнных желез	207
Клиника злокачественных опухолей слюнных желез	212
Дифференциальная диагностика	215
Заключение	217
Список литературы	219

КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИОДОНТИТОВ, ПЕРИОСТИТОВ, ОСТЕОМИЕЛИТОВ

Обширная группа одонтогенных воспалительных заболеваний, включающая периодонтиты, периоститы, остеомиелиты и флегмоны, характеризуется рядом общих симптомов. В то же время каждое заболевание, входящее в указанную группу, объединенную общим этиопатогенезом, имеет и свои, присущие ему признаки. Это обстоятельство определяет необходимость использования при их распознавании наиболее доказательного диагностического метода — дифференциальной диагностики заболевания.

Известно, что любой метод диагностики, в том числе и дифференциальный, осуществляется на основе существующей классификации болезни.

Однако, как отмечает Г.А.Васильев (1972), общепризнанной классификации одонтогенных воспалительных заболеваний до сих пор нет.

Одни исследователи (Александров Н.М., 1954; Вайсблат С.Н., 1938; Верлоккий А.Е.; 1945; Лукьяненко В.И., 1968; Львов П.П., 1929; Лимберг А.А., 1935; Уваров В.М., 1956, и др.) все формы одонтогенных воспалительных заболеваний рассматривают как остеомиелит.

Другие авторы (Брандсбург Б.Б., 1931; Лукомский И.Г., 1936, и др.) из группы одонтогенных воспалительных процессов выделяют периодонтиты и остеомиелиты, а периоститы относят к одной из фаз остеомиелита.

Третья, большая группа исследователей (Бернадский Ю.И., 1970; Войно-Ясенецкий В.Ф., 1946; Васильев Г.А., 1953; Евдокимов А.И., 1958; Соловьев М.М., 1979, и др.) считают, что периодонтиты, периоститы, остеомиелиты и флегмоны являются отдельными нозологическими формами одонтогенных воспалительных заболеваний.

По нашему мнению, наиболее приемлемой классификацией одонтогенных воспалительных процессов является объединенная классификация И.Г.Лукомского (периодонтиты) и А.И.Евдокимова (периоститы, остеомиелиты и флегмоны).

Эта обобщенная классификация, используемая также А.Г.Шаргородским (1976), имеет следующий вид.

Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний

А. Периодонтиты:

острые (серозные и гнойные)	хронические в стадии обострения	хронические (фиброзные, гранулематозные, гранулирующие)
-----------------------------	---------------------------------	---

Б. Периоститы челюстей

В. Остеомиелиты челюстей:

по клиническому течению:	по локализации:	по характеру распространения процесса:
острые	верхняя челюсть	ограниченные
подострые	нижняя челюсть	диффузные
хронические		
хронические обострившиеся		

Г. Абсцессы и флегмоны:

лица	околоушные
околочелюстные	языка
дна полости рта	шеи

Д. Лимфадениты лица и шеи

Этой классификацией мы будем пользоваться при дальнейшем изложении материала.

ПЕРИОДОНТИТЫ

Воспалительные поражения периодонта, обозначаемые термином «периодонтиты», могут возникать в результате проникновения в периодонт микроорганизмов из омертвевшей пульпы через верхушечное отверстие зуба (верхушечные периодонтиты), реже — в результате распространения воспалительного процесса десневого края через зубодесневой карман (маргинальные периодонтиты), а также вследствие острой или хронической травмы (травматические периодонтиты) или под влиянием химических раздражений при медикаментозном лечении пульпитов (медикаментозные периодонтиты).

КЛИНИКА ОСТРОГО И ОБОСТРИВШЕГОСЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Острый и обострившийся периодонтиты характеризуются в начальной стадии заболевания (при серозной форме воспаления) умеренной болезненностью «причинного» зуба, усиливающейся при надавливании. При этом больной ощущает как бы «удлинение» зуба и точно связывает локализацию болевых ощущений с поражением определенного зуба.

При осмотре отмечается изменение цвета коронки зуба от молочно-белого до серого. На ее поверхности обнаруживаются либо кариозная полость, либо пломба. Иногда зуб бывает покрыт искусственной коронкой. В более редких случаях зуб интактен. Зондирование кариозной полости безболезненно, при этом зонд обычно проникает в полость зуба. Слизистая оболочка, как правило, не изменена; гиперемии и гиперемии ее не наблюдается. При перкуссии по жевательной или режущей поверхности вдоль оси зуба боль усиливается. Пальпация альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти в области проекции верхушки корня вызывает умеренную болезненность.

Подбородочные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены до размеров горошины, умеренно болезненны.

В дальнейшем, при переходе серозного воспаления в гнойное (в повседневной практике наиболее часто приходится иметь дело с больными, страдающими гнойной формой острого периодонтита), боли усиливаются, становятся острыми, пульсирующими, приобретают непрерывный характер или с очень короткими светлыми промежутками, иррадиируют по ходу ветвей тройничного нерва. При прикосновении к зубу боли усиливаются, и поэтому больной держит рот полуоткрытым.

При обследовании больного отмечаются подвижность пораженного зуба и гиперемия десны вокруг него. Перкуссия вдоль оси зуба резко болезненна. Пальпация альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, особенно на участке, соответствующем проекции верхушек корней, вызывает боль. Единичные подбородочные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Иногда наблюдается умеренный коллатеральный отек.

Общее состояние больных, как правило, бывает удовлетворительным. Температура тела обычно нормальная или незначительно повышена. Анализы крови и мочи без существенных изменений.

По клинической картине отличить первично-острый периодонтит от хронического обострившегося не представляется возможным. Только рентгенологическая картина выявляет различие.

При первично-остром периодонтите на рентгенограмме никаких изменений в области верхушки корня не выявляется, при хроническом обострившемся видны патологические изменения в периодонте.

Описывая клинику периодонтитов, И. Г. Лукомский (1950) указывал: «Для всех симптомов острого периодонтита характерно одно общее свойство — они локализованы вокруг заболевшего зуба, в пределах пораженного органа. За пределами этого органа не наблюдается каких-либо отчетливых изменений»¹.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ И ОБОСТРИВШИХСЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

В клинике острого и обострившегося хронического периодонтита имеются некоторые общие симптомы с гнойным периоститом, острым остеомиелитом, а также с острым диффузным пульпитом, невралгией тройничного нерва и острым воспалением верхнечелюстной пазухи.

В этом разделе мы проведем дифференциальную диагностику острого и обострившегося периодонтита с острым диффузным пульпитом и с невралгией тройничного нерва, а с острым воспалением верхнечелюстной пазухи, гнойным периоститом и острым остеомиелитом — в последующих разделах.

Острый диффузный пульпит с острым или обострившимся гнойным периодонтитом имеют общий симптом — боль, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва и усиливающуюся от теплого и при горизонтальном положении тела больного.

Отличительные признаки. При остром диффузном пульпите боль имеет приступообразный характер со светлыми промежутками различной продолжительности; при острых или обострившихся периодонтитах боль имеет постоянный характер без светлых промежутков или с очень короткими светлыми промежутками

¹ Евдокимов А. И., Лукомский И. Г., Старобинский И. М. Хирургическая стоматология М., 1950, с. 157.

При остром диффузном пульпите точная локализация больным «пораженного» зуба невозможна; при остром гнойном или обострившемся гнойном периодонтите больной точно указывает «пораженный» зуб.

При остром диффузном пульпите перкуссия зуба не дает усиления боли, а зондирование кариозной полости вызывает боль, хотя зонд и не проникает в полость зуба. При гнойном остром или обострившемся гнойном периодонтите перкуссия вызывает боль, тогда как зондирование кариозной полости (без давления) не усиливает боль и зонд проникает в полость зуба.

При остром диффузном пульпите зуб неподвижен, пальпация альвеолярной части челюсти или альвеолярного отростка в области верхушки корня безболезненна. При остром гнойном или обострившемся гнойном периодонтите зуб в ряде случаев подвижен, пальпация в области верхушки корня болезненна.

Невралгия тройничного нерва с острым гнойным или обострившимся гнойным периодонтитом имеет общий симптом — иррадиацию боли по ходу ветвей тройничного нерва. Отличительные признаки невралгии тройничного нерва от острого гнойного или обострившегося гнойного периодонтита: при невралгии тройничного нерва боль имеет самопроизвольный, приступообразный (со светлыми промежутками) характер с некоторой периодичностью в повторении приступов; приступ может начаться при раздражении определенных участков кожи лица или слизистой оболочки полости рта, так называемой курковой зоны.

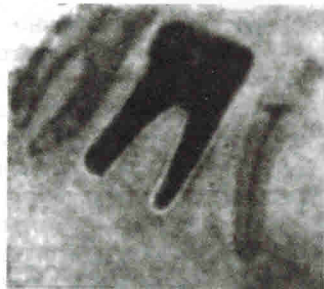
При остром гнойном или обострившемся гнойном периодонтите боль связана с «пораженным» зубом, который больной может точно указать. Она имеет постоянный характер (иногда с короткими светлыми промежутками), курковая зона отсутствует, боль усиливается при перкуссии этого зуба, от горячего и в горизонтальном положении больного.

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ

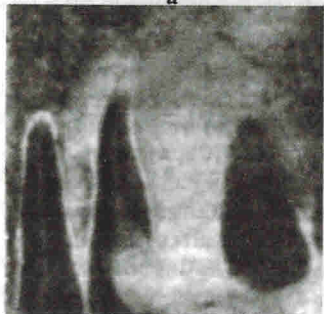
Хронические периодонтиты наиболее часто возникают в результате постоянного и продолжительного воздействия микрофлоры корневого канала на периодонт, реже они являются исходом острого воспалительного процесса в околовершинных тканях зуба.

Клиническая картина их бедна симптомами. В.М.Уваров (1971) подчеркивает, что хронический периодонтит протекает обычно без выраженных субъективных ощущений; самое тщательное клиническое обследование не дает четких диагностических признаков.

Жалобы больных часто отсутствуют. При осмотре можно установить в зубе наличие пломбы или полости, зондирование которой безболезненно. Перкуссия зуба обычно безболезненна или слегка болезненна. Главное значение в дифференциальной диагностике хронических периодонтитов имеют данные рентгеновского обследования (рис. 4). Так, при фиброзном периодонтите на рентгенограмме отмечается неравномерное расширение (деформация) периодонтальной щели (см. рис. 4, а); при гранулематозном — в околовершинной области, очаг деструкции различного размера, достаточно резко очерченный (см. рис. 4, в), а при гранулирующем-очаг с разрушением компактной пластинки кости альвеолы и деструкцией



а



б



в

Рис. 4. Рентгенологическая картина хронических форм периодонтита
а — фиброзный, б — гранулирующий; в — гранулематозный

руктивными изменениями в губчатом веществе без четких границ между патологическим очагом и нормальными тканями (см. рис. 4, б).

Однако при гранулематозном и гранулирующем периодонтитах в ряде случаев можно отметить и некоторые, хотя и немногочисленные, отличительные клинические симптомы. Например, при гранулематозном периодонтите иногда отмечаются болезненность при надавливании на альвеолярную часть нижней челюсти в области проекции верхушки корня зуба и небольшое выпячивание кости в этом месте, а при гранулирующем периодонтите — отечность десны. Надавливание на нее тупой стороной пинцета оставляет углубление. Слизистая оболочка в углублении вначале бледнеет, а затем на ней появляется ярко-красное пятно.

В некоторых случаях в области альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярном отростке верхней челюсти отмечается наличие свища с незначительным количеством гнойного отделяемого.

Эти симптомы, наряду с рентгенографической картиной, могут служить признаками, помогающими диагностировать отдельные формы хронических периодонтитов.

Что же касается дифференциальной диагностики хронических форм периодонтитов с другими поражениями зубов, то ее следует проводить с хроническим гангренозным пульпитом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Хронические формы периодонтитов имеют следующие общие симптомы с хроническим гангренозным пульпитом: наличие кариозной полости, сообщающейся с полостью зуба, и отсутствие болевой реакции при поверхностном зондировании полости зуба.

Отличительные признаки: при гангренозном хроническом пульпите зондирование полости зуба в глубине и его корневых каналов болезненно, температурные раздражители вызывают медленно проходящую болевую реакцию; электрово-

збудимость пульпы понижена до 60–80 мкА. При хронических формах периодонтита зондирование полости зуба на всю глубину и его корневых каналов безболезненно, температурные раздражители болевой реакции не вызывают. В ряде случаев имеются свищ и некоторые другие признаки, приведенные при изложении клинической картины хронических форм периодонтитов.

При электроодонтометрии болевая реакция появляется на ток силой свыше 100 мкА. При рентгенографическом исследовании отмечается картина, характерная для хронических форм периодонтитов.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ

Острое воспаление надкостницы альвеолярной части нижней челюсти или альвеолярного отростка верхней челюсти, а также тела челюсти с образованием поднадкостничного абсцесса на вестибулярной и реже на язычной или небной поверхности, определяемое как острый гнойный периостит, в большинстве случаев является осложнением острых или обострившихся периодонтитов и реже — нагноившейся кисты, экстракционной раны, затрудненного прорезывания зуба мудрости и абсцедирующей формы пародонтоза.

Г.А.Васильев (1972), объясняя механизм возникновения периоститов, пишет, что при воспалительных изменениях ограниченного участка надкостницы альвеолярного отростка, альвеолярной части челюсти или тела челюсти, определяемых как острый периостит, которые в ряде случаев сопутствуют острым или обострившимся хроническим периодонтитам, инфекционное начало отсутствует, и их следует рассматривать как реактивный воспалительный процесс в надкостнице.

Что же касается гнойных периоститов, то он указывает, что: 1) нередко гнойный экссудат из воспаленного периодонта проникает в надкостницу через мелкие отверстия в компактной пластине альвеолы, распространяясь по фолькмановским и гаверсовым каналам (каналам остеонов и питательным каналам); 2) имеет место распространение инфекции по лимфатическим сосудам и 3) в большинстве случаев при обострении хронических периодонтитов экссудат проникает в надкостницу через ранее образовавшуюся узуру в стенке лунки.

Здесь, как нам представляется, спутаны два понятия: «механизм распространения инфекционного процесса» и «механизм распространения гноя». Мы полагаем, что более правильными являются объяснения, которые приводит М.М.Соловьев (1979). Он считает, что в подобных случаях формирование субпериостального абсцесса связано не с прорывом гноя под надкостницу через костную ткань (иначе имела бы место деструкция костной ткани), а с образованием под надкостницей «собственного» гноя в результате воздействия микроорганизмов, бактериальных токсинов и продуктов тканевого распада, проникших сюда из пародонта вдоль сосудов, проходящих в каналах компактного вещества. И следует согласиться с М.М.Соловьевым, что распространение инфекции лимфогенным путем представляется менее вероятным, так как в этих случаях скорее можно ожидать задержку микробов, токсинов и продуктов тканевого распада в регионарных лимфатических узлах с последующим развитием лимфаденита и аденофлегмон.

Обращая внимание на жалобы больных, следует отметить, что если гнойный периостит возник в результате предшествовавшего острого или обострившегося хронического верхушечного периодонтита, то резкая боль в области «причинного» зуба по мере развития заболевания постепенно ослабевает, но зато усиливается боль в области альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти. Эта боль может распространиться на всю половину челюсти и иррадиировать по ходу ветвей тройничного нерва.

Если же периостит возник в результате распространения инфекции на периост из инфицированной лунки, нагноившейся кисты, инфекционно-воспалительного очага в красном пародонте, то сразу же возникает весьма интенсивная боль, распространяющаяся на всю челюсть с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва в ухо, глаз и висок. Это объясняется тем обстоятельством, что гнойный экссудат, скапливаясь под надкостницей, которая хорошо иннервирована, растягивает и отслаивает ее от кости.

Симптомы, зависящие от локализации очага воспаления периоста, его протяженности, вирулентности инфекции и реактивности организма, составляют клиническую картину острого гнойного периостита.

КЛИНИКА ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА

При внешнем осмотре больных с острым гнойным периоститом всегда можно отметить более или менее выраженную асимметрию лица за счет коллатерального отека мягких тканей вблизи очага воспаления периоста. Как отмечает Г. А. Васильев (1972), распространяется он довольно типично в зависимости от расположения зуба, явившегося «причиной» гнойного периостита.

Если, например, «причиной» гнойного периостита явились верхние резцы, то значительно отекает и увеличивается в размерах верхняя губа. Отек в таких случаях распространяется на крылья и дно носа. При этом в ряде случаев гнойный экссудат может проникнуть под надкостницу переднего отдела дна носовой полости и образовать там абсцесс. В тех же случаях, когда причиной гнойного периостита послужили верхние клыки или верхние малые коренные зубы, выраженный отек захватывает ткани щечной и скуловой областей, нередко распространяясь на нижнее и даже на верхнее веки. При гнойном периостите, возникшем от верхних больших коренных зубов, коллатеральный отек тканей щечной и околоушно-жевательной областей доходит почти до ушной раковины, но редко распространяется на нижнее веко.

Для гнойного периостита, возникшего от нижних резцов, характерным является распространение коллатерального отека на нижнюю губу, подбородок и на передний отдел подподбородочной области. При возникновении гнойного периостита от нижнего клыка или малых коренных зубов отек захватывает нижний отдел щечной области и распространяется в подчелюстную область. Если же причиной гнойного периостита послужили нижние большие коренные зубы, то в таких случаях коллатеральный отек, располагаясь в нижних отделах щеки, распространяется в подчелюстную и околоушно-жевательную области. В ряде случаев воспалительный процесс от нижних коренных зубов захватывает надкостницу угла и вет

ви челюсти и распространяется на прикрепляющиеся здесь мышцы (жевательную и медиальную крыловидную), вызывая воспалительную контрактуру. При этом кожные покровы в цвете не изменены и хорошо собираются в складку.

Иногда при первичной локализации инфекционного очага в области нижних больших коренных зубов поражается периост альвеолярной части нижней челюсти не с вестибулярной, а с язычной поверхности (по Я.М.Биберману, 1963 — в 4,4%). В таких случаях лишь у некоторых больных отмечается умеренный коллатеральный отек тканей в заднем отделе подчелюстного треугольника. У таких больных имеет место значительное ограничение открывания рта, вызванное распространением воспалительного процесса на нижний отдел медиальной крыловой мышцы.

Коллатеральный отек отсутствует и асимметрии лица не наблюдается, если воспалительный процесс распространяется на надкостницу твердого неба и там образуется поднадкостничный абсцесс. Это происходит от верхних боковых резцов при наклонности их корней кзади в небную сторону от небного корня первого верхнего и второго нижнего коренного зуба и от небных корней верхних больших коренных зубов.

При осмотре полости рта, если имеет место воспаление надкостницы на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти, можно отметить выраженную гиперемию и отек слизистой оболочки десны не только в области зуба, явившегося местом входных «ворот» для инфекции, но и на некотором расстоянии от этого зуба. Переходная складка в этой области вначале бывает сглаженной, а затем она выбухает. При пальпации альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти на вестибулярной поверхности отмечается диффузное утолщение покрывающих кость тканей. Зуб, послуживший «причиной» периостита, становится подвижным, перкуссия его вызывает появление боли.

В дальнейшем под надкостницей альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти на вестибулярной поверхности образуется абсцесс. По прошествии 4-5 дней гной из поднадкостничного абсцесса (если последний не был вскрыт оперативным путем) расплавляет надкостницу и прорывается под слизистую оболочку десны. На десне при этом появляется четко отграниченная припухлость полушаровидной формы. При ее пальпации определяется флюктуация. Боли, бывшие до этого довольно интенсивными, стихают. Спустя непродолжительное время гнойник самопроизвольно вскрывается в полость рта.

Если же прорыв гноя из-под надкостницы происходит не через десну в полость рта, в глубь окружающих челюсть мягких тканей, то это ведет к дальнейшему распространению гноя и, в конечном счете, к развитию флегмоны.

При локализации острого гнойного периостита на язычной поверхности альвеолярной части нижней челюсти, возникшего от нижних больших коренных зубов, имеют место болезненное глотание, боли при движении языка и, как уже отмечалось, ограничение открывания рта. Изменения в преддверье полости рта здесь отсутствуют. При осмотре полости рта отмечаются резкое покраснение и отечность слизистой оболочки на соответствующем участке альвеолярной части челюсти с язычной поверхности, которые распространяются на слизистую оболочку дна полости рта. При пальпации в месте перехода слизистой оболочки альвеолярной

КЛИНИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

К числу заболеваний височно-нижнечелюстного сустава относятся артриты, артрозы и анкилоз.

При описании височно-нижнечелюстных артритов целесообразно пользоваться классификацией, принятой на пленуме Всесоюзного антивоспалительного комитета в 1951 г. (Бернадский Ю.И., 1972).

По этой классификации артриты делятся на 3 группы: 1) инфекционные; 2) неинфекционные и 3) травматические. Инфекционные, в свою очередь, подразделяются на неспецифические (ревматические, ревматоидные) и специфические (гонорейные, сифилитические, туберкулезные, бруцеллезные и др.). Неинфекционные (дистрофические артриты или артрозы) подразделяются на обменно-дистрофические, нервно-дистрофические, эндокринопатические и др.

В соответствии с особенностями возникновения артритов височно-нижнечелюстного сустава Ю.И.Бернадский (1972) в группу инфекционных неспецифических артритов включил артриты, возникшие в результате распространения инфекции по продолжению при отитах, мастоидитах, одонтогенных остеомиелитах ветви нижней челюсти, одонтогенных флегмонах околоушно-жевательной области, гнойных паротитах, разделив их по течению на острые, подострые и хронические.

В группу травматических артритов входят артриты височно-нижнечелюстного сустава, возникшие в результате острой и хронической травм.

КЛИНИКА ИНФЕКЦИОННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО АРТРИТА

Воспалительный процесс в височно-нижнечелюстном суставе (артрит) может развиваться на фоне ревматизма и после таких заболеваний, как ангина, скарлатина, фарингит и др., вызванных стрептококковой инфекцией в результате гематогенно-метастатического пути ее распространения или в результате распространения инфекции по продолжению при острых гнойных средних отитах, мастоидитах, одонтогенных флегмонах околоушно-жевательной области, одонтогенных остеомиелитах ветви нижней челюсти и др.

Первые относятся к группе ревматических и ревматоидных артритов, вторые — к группе контактных артритов.

Острый ревматический артрит обычно поражает симметрично расположенные суставы, поэтому заболевание чаще распространяется на оба височно-нижнечелюстных сустава.

Процесс характеризуется нарастающей болью в суставах, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, которая усиливается при движении нижней челюсти и при пальпации суставов. Через непродолжительное время возникает отечность периартикулярных тканей, кожа над суставами лоснится, становится горячей, в полости суставов появляется экссудат. Открывание рта затрудняется, главным образом из-за болей.

Наряду с поражением височно-нижнечелюстных суставов, наблюдаются симметричные поражения и других суставов, главным образом крупных: тазобедренных, коленных, голеностопных, плечевых и др. Процесс быстро переходит с одних суставов на другие (характерна летучесть процесса). Воспалительные явления в суставах обычно начинают стихать с 5-7-го дня болезни, причем в это время на первый план выдвигаются признаки поражения сердца — ревматического миокардита.

Ревматоидный артрит характеризуется поражением чаще одного сустава. При поражении височно-нижнечелюстного сустава вначале в области сустава возникают умеренные самопроизвольные боли, усиливающиеся при движениях нижней челюсти. На стороне поражения подвижность суставной головки более ограничена, чем в здоровом суставе. Затем появляется умеренная припухлость мягких тканей спереди от козелка уха, кожные покровы над суставом краснеют. Пальпация области пораженного сустава болезненна. При ревматоидном артрите может наблюдаться одновременное асимметричное поражение нескольких других суставов. Лечение не дает заметных улучшений. По прошествии некоторого времени процесс переходит в хроническую стадию, боли в суставе стихают, но скованность остается. При обострении процесса в суставе вновь появляются боли.

Изменений со стороны сердца при ревматоидном артрите, как правило, не выявляется.

В дальнейшем височно-нижнечелюстной артрит может пройти бесследно, но может закончиться и анкилозированием сустава.

При рентгенологическом обследовании на рентгенограмме в острой стадии процесса отмечается расширение суставной щели, а в хронической — сужение.

Контактные артриты возникают, как было указано, в результате распространения инфекции по продолжению из близлежащих гнойных очагов.

Чаще всего таким гнойным очагом является острое воспаление среднего уха. При этом инфекция из среднего уха проникает в периартикулярные ткани через каменисто-барабанную щель, в которой проходит chorda tympani.

Клинические симптомы при контактных артритах могут выявляться в умеренной и выраженной степени.

Легкие случаи контактного воспаления височно-нижнечелюстного сустава проявляются незначительными самопроизвольными болями в суставе, усиливающимися при движениях нижней челюсти, ограниченностью этих движений, припухлостью самого сустава, болезненностью при пальпации как со стороны кожных покровов, так и со стороны наружного слухового прохода.

Общее состояние при этом не изменяется, резких подъемов температуры не наблюдается. В дальнейшем воспалительный процесс в суставе может полностью ликвидироваться.

При выраженных проявлениях острого гнойного контактного височно-нижнечелюстного артрита в суставе возникают сильные боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва, отдающие в висок, ухо и делающие невозможным движение нижней челюсти. В области сустава появляются значительная припухлость и инфильтрация мягких тканей, кожные покровы над суставом краснеют, наружный слуховой проход суживается за счет оттеснения инфильтратом его передней стенки. Пальпация сустава вызывает резкую боль. Сравнительно часто происходит формирование абсцесса, который вскрывается через наружный слуховой проход, а иногда и через кожные покровы. При этом общее состояние больного ухудшается, наблюдается повышение температуры тела на 1-2°C. В дальнейшем может развиваться анкилоз.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При инфекционных неспецифических воспалениях височно-нижнечелюстных суставов дифференциальную диагностику следует проводить между ревматическим и ревматоидным артритом, а также с острым отитом, невралгией тройничного нерва, контактными артритом.

Дифференциальная диагностика ревматического височно-нижнечелюстного артрита с ревматоидным артритом необходима из-за сходства их клинических проявлений: острое начало обоих процессов; появление в височно-нижнечелюстных суставах самопроизвольной боли, иррадиирующей по ходу ветвей тройничного нерва, усиливающейся при открывании рта и пальпации; возникновение припухлости суставов и др.

Признаки отличия острого ревматического височно-нижнечелюстного артрита от острого ревматоидного: во-первых, при остром ревматическом артритом поражаются оба височно-нижнечелюстных сустава, при остром ревматоидном артритом — чаще один. Во-вторых, острый ревматический височно-нижнечелюстной артрит характеризуется резкими самопроизвольными болями в покое. При остром ревматоидном артритом боли в покое умеренные. В-третьих, острый ревматический височно-нижнечелюстной артрит протекает на фоне ревматических атак с симметричным поражением других, главным образом, крупных, суставов. У больных наблюдаются патологические изменения со стороны сердца, в частности миокарда. Острый ревматоидный артрит протекает без проявлений ревматизма. При нем наблюдаются асимметричные поражения других суставов. Патологических изменений со стороны сердца, как правило, не отмечается. В-четвертых, острый ревматический височно-нижнечелюстной артрит в большинстве случаев проходит бесследно даже без лечебных воздействий.

При остром ревматоидном артритом лечебные мероприятия в большинстве случаев не дают заметного эффекта.

Дифференциальная диагностика острого ревматического и ревматоидного височно-нижнечелюстных артритов с острым средним отитом обуславливается тем обстоятельством, что при ревматическом и ревматоидном височно-нижнечелюстных артритом боли иррадиируют в ухо, заставляя думать о поражении этого органа.

Отличительными признаками острого ревматического и ревматоидного височно-нижнечелюстных артритов от острого среднего отита являются воспалительные проявления, локализующиеся в области височно-нижнечелюстных суставов: припухлость, гиперемия, напряженность кожных покровов, ограниченное открывание рта, выраженные боли. Слух при этом не понижен. Патологических изменений в среднем ухе не отмечается.

При остром среднем отите понижение слуха является постоянным его признаком. Отмечается также выраженное нарушение воздушной проводимости. Наиболее же постоянным и убедительным признаком острого среднего отита являются воспалительные изменения барабанной перепонки, выражающиеся в ее гиперемии и отечности.

Необходимость дифференциальной диагностики острого ревматического и ревматоидного височно-нижнечелюстных артритов с невралгией тройничного нерва вызывается тем, что при остром ревматическом и ревматоидном височно-нижнечелюстных артритом боль иррадиирует по ходу ветвей тройничного нерва.

Отличие болей при остром ревматическом и ревматоидном височно-нижнечелюстных артритом от невралгических болей выражается в том, что: 1) боли возникают в результате воспалительных явлений в суставах, а потому им сопутствуют другие признаки воспаления (припухлость периартикулярных тканей, гиперемия, напряженность кожных покровов, местное повышение температуры в этой области, ограничение открывания рта); 2) боли при указанных артритом носят постоянный характер; 3) боли усиливаются при открывании рта.

При невралгии тройничного нерва боли носят приступообразный характер, иррадиируют по ходу ветвей этого нерва, их появление не связано с движением в височно-нижнечелюстных суставах.

Необходимость дифференциальной диагностики острого контактного височно-нижнечелюстного артрита с ревматическим и ревматоидным артритом определяется сходством их клинического течения.

Отличием острого контактного височно-нижнечелюстного артрита от ревматического и ревматоидного артритом является то, что при остром контактном артритом вблизи расположения височно-нижнечелюстного сустава имеется локальный гнойный очаг, который и вызвал воспаление сустава в результате распространения инфекции по продолжению.

КЛИНИКА ИНФЕКЦИОННЫХ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ АРТРИТОВ

К инфекционным специфическим височно-нижнечелюстным артритом, как уже было упомянуто, относятся: гонорейные, сифилитические, туберкулезные, актиномикозные и другие артриты. Они встречаются гораздо реже, чем инфекционные неспецифические и травматические; возникают главным образом за счет распространения инфекции контактным путем, за исключением гонорейного, который появляется в результате гематогенно-метастатического пути распространения инфекции.

Гонорейный височно-нижнечелюстной артрит проявляется в остром или подостром периоде гонореи, а иногда при ее обострении поражением одного сустава, протекающим в острой или подострой форме. При этом больные жалуются на сильные боли в области сустава в покое, которые усиливаются при открывании рта. Появляются припухлость периартикулярных тканей, гиперемия, натянутость кожных покровов над суставом, выпячивание передней стенки наружного слухового прохода, приводящее к его сужению.

Процесс в суставе протекает вначале в виде серозного, затем серозно-фибринозного воспаления, которое потом переходит в гнойное с разрушением внутрисуставного диска, суставных хрящей и околосуставных тканей. В конечном итоге, это приводит к анкилозированию сустава.

Сифилитический височно-нижнечелюстной артрит иногда наблюдается в третичном периоде сифилиса. Сустав, как правило, поражается вторично гуммозным процессом при расположении гуммы вблизи сустава. Движения нижней челюсти при этом безболезненны, но несколько ограничены. Костная ткань поражается незначительно. На рентгенограмме в области сустава отмечаются периостальные утолщения. После специфического лечения и механотерапии подвижность в суставе почти полностью восстанавливается.

В единичных случаях сифилитический артрит может возникать и гематогенным путем. Уже в начальном периоде поражения сустава появляется ограниченная подвижность нижней челюсти. Процесс протекает вяло и сопровождается болями в суставе, усиливающимися по ночам. На рентгенограмме в таких случаях обнаруживаются очаги деструкции в суставной головке, а в последующем — краевой дефект ее. Этот процесс может окончиться анкилозированием сустава.

Туберкулезный височно-нижнечелюстной артрит наблюдается значительно реже, чем туберкулезные поражения других суставов, и обычно возникает контактным путем в результате перехода туберкулезного процесса с ветви нижней челюсти, височной кости, среднего уха и со стороны мягких тканей при скрофулодерме. Не исключена также возможность гематогенного и лимфогенного путей распространения туберкулезной инфекции в сустав из туберкулезного очага.

В последнем случае в височно-нижнечелюстном суставе отмечаются сильные боли при незначительной выраженности местных признаков воспаления. Постепенно местные проявления воспаления нарастают: появляются припухлость сустава и гиперемия кожных покровов в этой области, а затем возникает гнойное расплавление тканей сустава, образуются длительно не закрывающиеся свищи. Сустав постепенно разрушается, а в последующем происходит его анкилозирование.

Актиномикозный височно-нижнечелюстной артрит возникает контактным путем в результате перехода актиномикотического процесса с мягких тканей на суставную капсулу. Процесс при этом распространяется и на жевательные мышцы, в результате чего отмечается значительное ограничение открывания рта. Боли в суставе, как правило, не бывает. В костной ткани могут возникать умеренно выраженные изменения вторичного характера. Течение процесса вялое, характерное для подкожно-межмышечной формы актиномикоза. По излечении заболевания наблюдается умеренное ограничение открывания рта.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Инфекционные специфические височно-нижнечелюстные артриты следует дифференцировать от инфекционных неспецифических артритов, а также от отдельных форм специфических поражений.

Основной отличительный признак инфекционных специфических височно-нижнечелюстных артритов от инфекционных неспецифических состоит в том, что для инфекционных специфических артритов, за исключением гонорейного, характерно вялое, медленное течение. Все же инфекционные неспецифические артриты возникают остро, сопровождаются припухлостью суставов, выраженными белями, местной и общей температурной реакцией. Подобные же симптомы наблюдаются и при специфическом гонорейном артрите.

Для специфического гонорейного артрита характерно следующее: 1) анамнестические данные о заболевании гонореей; 2) установление исходного очага инфекции (уретрит, везикулит, простатит и др.); 3) выраженные поражения периартикулярных тканей височно-нижнечелюстного сустава (гонорейный периартрит, бурсит и др.); 4) положительные реакции: Борде-Жангу, с антигеном, внутрикожная проба с гоновакциной.

Эти же признаки специфического гонорейного артрита отличают его от других нозологических форм специфических артритов, которые, как правило (в отличие от гонорейного), возникают при контактном пути распространения. Отличительные признаки таких специфических процессов изложены в гл. 6.

КЛИНИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ АРТРИТОВ

Травматические височно-нижнечелюстные артриты являются следствием острой травмы или хронической микротравмы, приводящей к повышению нагрузки на сустав.

Острый травматический артрит, возникающий после ушибов сустава, чрезмерного открывания рта, клинически проявляется болями в одном или обоих суставах, усиливающимися при движениях нижней челюсти, припухлостью периартикулярных тканей, ограничением открывания рта.

Острому травматическому артриту обычно сопутствует кровоизлияние в окружающую ткань и в полость сустава с последующей серозной экссудацией в последнюю, в результате чего в суставной полости в дальнейшем образуются фиброзные спайки, ограничивающие движение нижней челюсти.

На рентгенограмме в начальном периоде острого травматического артрита, как правило, отмечается расширение суставной щели, а иногда — нарушение целостности кортикальной пластинки мышечелкового отростка и передней костной стенки слухового прохода.

Хронический травматический артрит, как уже отмечалось выше, возникает при повышенной нагрузке на сустав вследствие потери зубов, патологической стираемости их, завывшения или занижения прикуса при протезировании и др.

Указанные причины обуславливают неправильное положение суставных головок в суставных впадинах.

Клинически это проявляется вначале головокружением, головной болью, снижением слуха, шумом в ушах, сухостью во рту, жжением в языке. Затем появляются пощелкивание в суставах, боли, иногда довольно интенсивного характера, при движениях нижней челюсти. Боли возникают и в жевательных мышцах. Конфигурация суставов обычно не меняется.

Исключение травмирующих причин обычно приводит к ликвидации указанных симптомов и нормализации функции суставов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальную диагностику острого травматического височно-нижнечелюстного артрита необходимо проводить с внутрисуставными переломами мышечкового отростка.

Необходимость дифференциальной диагностики острого травматического височно-нижнечелюстного артрита с внутрисуставными переломами мышечкового отростка обуславливается наличием следующих общих симптомов, присущих этим повреждениям: припухлость суставов, ограничение открывания рта.

Основное отличие острого травматического височно-нижнечелюстного артрита от перелома мышечкового отростка заключается в том, что при остром травматическом височно-нижнечелюстном артрите не определяется нарушения прикуса, а на рентгенограмме — признаков перелома. При переломе мышечкового отростка в большинстве случаев имеет место нарушение прикуса за счет смещения нижней челюсти в сторону перелома, а на рентгенограмме отмечается наличие признаков перелома.

КЛИНИКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ АРТРОЗОВ

(нейнфекционных дистрофических артрозов)

Височно-нижнечелюстные артрозы, являясь дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов, возникают в связи с нарушениями нервных, обменных, эндокринных и других процессов в организме. В соответствии с этим, как уже отмечалось, артрозы и разделяются на нервно-дистрофические, обменно-дистрофические, эндокринопатические и др.

Нервно-дистрофические артрозы имеют в своей основе нарушение трофики тканей сустава либо возникают в результате поражения нервной системы или включения функции сустава.

Нервно-дистрофический височно-нижнечелюстной артроз чаще всего возникает после длительной иммобилизации нижней челюсти двучелюстными шинами с межчелюстным вытяжением (артроз от бездеятельности). Клинически он проявляется тугоподвижностью височно-нижнечелюстных суставов, выражающейся в ограничении движений нижней челюсти, болью в суставах при попытке открывания рта. Конфигурация суставов при этом не нарушена, кожные покровы над ними не изменены. После длительной механотерапии в подавляющем большинстве случаев движения в суставах полностью восстанавливаются.

Обменно-дистрофический височно-нижнечелюстной артроз является проявлением подагры — хронической болезни обмена веществ, поражающей преимущественно суставы, в которых откладываются соли мочевой кислоты с последующим развитием воспаления в тканях сустава и периартикулярных тканях.

Подагрический артроз может протекать в острой и хронической формах.

При остром процессе появляются резкие боли в суставе, припухлость, отек окружающих мягких тканей, гиперемия кожи над суставом. Помимо суставных симптомов, возникает и ряд других: повышение температуры тела, общее недомогание, бессонница, уменьшение количества мочи и повышение ее удельного веса. Приступ может закончиться без особых последствий для сустава. При повторных приступах в суставах развиваются изменения, характерные для хронической подагры с исходом в деформирующий артроз.

Во время обострения клиническая картина характеризуется сочетанием симптомов острого и деформирующего артроза.

В период ремиссии клинические проявления характеризуются болями, а иногда и ограничением движений в суставе, его деформацией, симптомами хруста и шелканья, иногда появлением подагрических узлов (тофусов) в окружности сустава или в хряще ушной раковины.

Для хронических подагрических артрозов характерна рентгенографическая картина структуры кости, проявляющаяся полукруглыми краевыми или субхондральными одиночными или множественными дефектами костного вещества с четкими, гладкими контурами, которые как бы выбиты в кости пробойником.

Эндокринопатические височно-нижнечелюстные артрозы разделяются на тиреотоксические и овариотоксические, возникающие у женщин в период климакса или после него. Клинические проявления выражаются в нарастающих болях в суставе, усиливающихся после охлаждения, в скованности движений в суставе, в возникновении хруста и шелканья, появлении припухлости и деформации сустава.

На рентгенограмме отмечаются структурные изменения сустава.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В дифференциальной диагностике нуждаются обменно-дистрофические височно-нижнечелюстные артрозы, имеющие общие симптомы с ревматическим и хроническим травматическим артритом, а также эндокринопатические височно-нижнечелюстные артрозы, имеющие общие симптомы с хроническим травматическим височно-нижнечелюстным артритом. Что же касается нервно-дистрофического височно-нижнечелюстного артроза, то он диагностируется в сочетании с основным заболеванием, определяющим характер предшествующей травмы, применение шин, фиксирующих височно-нижнечелюстные суставы, и другие моменты.

Необходимость дифференциальной диагностики обменно-дистрофического артроза височно-нижнечелюстного сустава, вызванного проявлением острой подагры, с ревматическим височно-нижнечелюстным артритом обуславливается следующими сходными симптомами: боли в суставах, припухлость их, гиперемия кожных покровов над суставами, общие реакции организма (повышение температуры тела, ухудшение общего состояния больного и др.).