

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С СИНДРОМАМИ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Гаффаров С.А., Астанов О.,

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

В статье проведены результаты исследование специального разработанной карты предлагаемый со стороны авторов у 84 пациентов с СБД ВНЧС возрасте от 20 до 60 лет, и качестве контроля было выбрано 36 пациентов без нарушения функции ВНЧС. По результатам исследования авторы установили что, основное количество больных приходилось после 40 лет 59,6% и у среди женщины - 61,9% случаях; также установлено у пациентов 46,42% окклюзионно-арткуляционный синдром, 33,33% нейромышечный синдром и 20,23% вывих внутрисуставного диска; что связь между амплитудой вертикальный движения нижней челюсти, изменения биоэлектрический потенциал жевательных мышцы и возникновения этих патологии.

Ключевые слова: болевая дисфункция сустава, миофациальный болевой синдром, челюстно-лицевой области.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROMES

Gafforov S.A., Astanov O.,

Tashkent institute for advanced training of doctors,
Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

The article presents the results of a study of a specially developed map proposed by the authors in 84 patients with TMJ SD, aged from 20 to 60 years, and 36 patients without TMJ dysfunction were selected as a control. According to the results of the study, the authors found that the main number of patients accounted for 59.6% after 40 years and among women - 61.9% of cases; also found in patients 46.42% occlusive-articulatory syndrome, 33.33% neuromuscular syndrome and 20.23% dislocation of the intra-articular disc; that the relationship between the amplitude of the vertical movement of the lower jaw, changes in the bioelectric potential of the masticatory muscle and the occurrence of these pathologies.

Key words: painful dysfunction of the joint, myofacial pain syndrome, maxillofacial region.

Актуальность

На сегодняшнего дня часто встречается литературы о информирующие о диагностике, лечение и профилактике с патологиями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) [5, 6, 11, 16] также утверждается с стороны исследователей, что среди них с синдромами болевой дисфункции (СБД) ВНЧС - одно из наиболее распространенных патологий среди лиц, обращающихся к стоматологу, и одной из основных причин возникновения патологического процесса являясь нарушения в зубочелюстной системе (ЗЧС) [1, 7, 9].

Известно, что сложность диагностики СБД ВНЧС связана с отсутствием четкого представления о механизме возникновения, разнообразием и непостоянством симптомов данной патологии [2, 8, 12], поэтому, на сегодняшний день, для выявления симптомов патологии проводят ряд методов исследования который включает себя клинко-функциональные, антропометрические, иммунной-микробиологические и инструментальный методы исследован [9, 10, 15].

СБД ВНЧС самых распространенный патология, с которым неразрывно связано нарушение работы жевательных мышц в первую очередь латеральной крыловидной [7, 13, 17]. Пациенты чаще всего обращаются с жалобами на "шумовые" явления при движениях нижней челюсти (н/ч), боль в жевательных мышцах

при длительном жевании или разговоре, нарушения жевания, ощущения заложенности и шума в ушах [14, 16, 19]. Жалобы, предъявляемые больными, связаны не только с морфологическими и функциональными изменениями ВНЧС, но и с включением в патологический процесс органов и тканей всего жевательного аппарата, а в ряде случаев, являются следствием изменений в эмоциональной сфере человека [11, 18, 22].

Пациентов с патологией ВНЧС часто не получают своевременной и адекватной медицинской помощи [20, 23] тем более, именно стоматологические ортопедические методы лечения патологии ВНЧС являются патогенетическими и наиболее эффективными [21, 22, 24], по этому, до сегодняшнего дня лечение пациентов с СБД ВНЧС остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной стоматологии [24, 25].

Таким образом, анализ литературным источником позволил выявить недостатки в области ранней диагностики СБД ВНЧС, а также, имеются дискуссионные вопросы о роли ортопедических и физиотерапевтических мероприятий в комплексном лечении данной патологии и можно сделать вывод о необходимости комплексного поэтапного подхода к диагностике и лечению больных, учитывающего, помимо патологии в ЗЧС и соматический статус пациентов.

Целью исследования. Определить диагностические эффективности методов исследования при СБД ВНЧС связанные с нарушениями зубных рядов и окклюзионной поверхности.

Материал и методы

Целью выполнения исследования в Бухарской областной детской стоматологической поликлиники, где находится база кафедры "Ортопедическая стоматология и ортодонтия" Бухарский государственный медицинский институт проанализированы клинические наблюдения у 120 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет (78 женщины и 42 мужчины) имеющие жалобы на ВНЧС в том числе, 39 - окклюзионно-артикуляционным синдромом (ОАС); 28 - нейромышечными синдромами (НМС); и 17 - вывих внутрисуставного диска (ВД) без воспалительной - дистрофических изме-

нений; также было выбрано для контрольной группы 36 пациентов, который не жаловались на определенные патологические симптомы ВНЧС. Выявление симптомов патологии ВНЧС проводили при помощи нами разработанные карта обследования, составленных на основании опроса и объективного обследования, также, всем больным проводилась общеклинических и специальных методов обследования. Участвующие каждый пациент давал письменное добровольное информированное согласие на проведение клинического исследования с использованием его результатов в научной работе.

Из данных таблицы №1 следует, что СБД ВНЧС чаще встречался у женщин 61,9%, и основное количество больных приходилось после 40 лет 59,6%; также из выявленных общие патологии СБД ВНЧС 46,42% составила ОАС.

Таблица №1

Распределение пациентов по группам, возрастам и по полам (в % х)

Патология		СБД ВНЧС			Всего больных	Контроль
Возраст	Пол	ОАС (ОГ-1)	НМС (ОГ-2)	ВД (ОГ-3)	СБД ВНЧС	Здоровые (КГ)
20-29 n=12	М; n=4	2 (6,25%)	2 (6,25%)	-	12 (14,28%)	2 (12,5%)
	Ж; n=8	4 (7,69%)	3 (5,76%)	1 (1,9%)		2 (10,0%)
30-39 n=22	М; n=7	3 (9,37%)	2 (6,25%)	2 (6,25%)	22 (26,19%)	5 (31,25%)
	Ж; n=15	8 (15,38%)	4 (7,69%)	3 (5,76%)		5 (25,0%)
40-49 n=24	М; n=8	3 (9,37%)	3 (9,37%)	2 (6,25%)	24 (28,57%)	5 (31,25%)
	Ж; n=16	8 (15,38%)	5 (9,61%)	3 (5,76%)		6 (30,0%)
50-59 n=26	М; n=13	7 (21,87%)	4 (12,5%)	2 (6,25%)	26 (30,95%)	4 (0,25%)
	Ж; n=13	4 (7,69%)	5 (9,61%)	4 (7,69%)		7 (35%)
М; n= 32(38,09%)		15 (17,85%)	11 (13,09%)	6 (7,14%)	84 (100%)	16 (44,44%)
Ж; n=52 (61,9%)		24 (28,57%)	17 (20,23%)	11 (13,09%)		20 (55,55%)
Всего больных n=84 (100%)		39 (46,42%)	28 (33,33%)	17 (20,23%)	84	36 (100%)
Общие обслед. n=120	Основная группа 84 (70,0%)	39 (32,5%)	28 (23,33%)	17 (14,16%)	84/36	36 (30,0%)

Обследование пациентов КГ сравнения проводили по общепринятой схеме, для каждого пациента заполняли медицинскую карту и вносили данные субъективных, объективных и специальных методов исследования.

Диагностику больных основной группы проводили по предложенной нами карте обследования пациента с заболеванием ВНЧС, состоящей из разделов, где детально описаны субъективные и объективные методы исследования. Также, с целью сбора жалобы; возникновения шумовых явлений, боли в суставе, вывихи, блокировки н/ч, пальпацию ВНЧС, локализация симптомов и их время возникновения, тонус, болезненность, уплотнения, асимметрические сокращения мышц, смещения н/ч проверяли [22.23.25].

Для диагностика деформацией окклюзии и наличием преждевременных контактов, у всех больных изготавливали диагностические модели и заготавливали в артикулятор с усредненными параметрами; оценивали зубы, зубные ряды, вид прикуса, окклю-

зионные контакты, особенно те, которые недоступны в ПР для визуального исследования, также, определяли сторону смещения н/ч, характер окклюзионной кривой, супер контакты, участки, которые вызвали ограничение или препятствие движений н/ч.

С помощью окклюзиография выявили преждевременных контактов по методике [19.21] регистрация движений н/ч в вертикальном направлении (Каменова Л.А. Патент РФ на полезную модель № 133709 от 27.10.2013); исследование биоэлектрической активности жевательных мышц проводилось на четырехканальном адаптивном электромиографе (ЭМГ) для стоматологических исследований "Синапсис" фирмы "Нейротех" (г. Таганрог, Россия); для изучения функциональных изменений собственно жевательных и височных мышц у больных с патологией ВНЧС, нами проводилось исследование передних пучков височных и собственно жевательных мышц одновременно с двух сторон. Регистрацию биопотенциалов проводили по одинаковой для всех исследуемых схеме: в состоянии

покоя (20 с) и при функциональных нагрузках, а именно при максимальном сжатии челюстей (5с), произвольном жевании и жевании попеременно на правой и левой стороне 0,8 г. сушеного миндаля (15с). При обработке электромиограмм определяли: среднюю амплитуду биопотенциалов в фазах - покоя (БЭП), при жевании ореха (БЭАЖ), при максимальном сжатии челюстей (БЭАсж) в мкВ, время жевания в секундах, время покоя, частоту жеваний и коэффициент "К".

Спиральную компьютерную томографию (СКТ) проводили на спиральном многосрезовом томографе (фирмы "GE LightSpeed", с закрытое и открытое положение ротовой полости и время сканирования одной фазы 5-7 с. Параметры сканирования: 120 Кв; 140 мА; толщина среза 1,25 мм, с интервалом реконструкции 0,8 мм также выполнялись мульти планарные реконструкции в сагитальной и фронтальной плоскости, а также реконструкции трёхмерного (3D) изображения с закрытым и открытым ртом.

Линия от вершины суставного бугорка (точка А1) до нижнего края наружного слухового прохода - (точка А5); поэтому линия образовала следующие точки пересечения с суставной головкой и суставной ямкой: А2 - с передней поверхностью суставной головки; А3 - с задней поверхностью суставной головки; А4 - с задней поверхностью суставной ямки.

К отрезку А1-А5 из наиболее высоко располагающейся точки суставной головки - (точка В1), опускали перпендикуляр - точка В2; отрезок В2-В1 продолжали вверх до пересечения с суставной ямкой это - точку В3; углы А1В2В3, А5В2В3 делили биссектрисами. Каждая биссектриса пересекала суставную головку и суставную ямку в двух точках. Таким образом, анализ СКТ ВНЧС позволяют изучать ширину суставной щели между точками: С1-С2 = D1 - верхне-передний размер; В1-В3 = D2 - верхний размер; С3-С4 = D3 - верхнезадний размер; А1-А2 = D4 - передний размер; А3-А4 = D5 - задний размер. С закрытым ртом изучали томограммы на срезе, проходящем через наиболее высокую часть суставной головки, а с открытым - через вершину суставного бугорка. Изучали расположение суставной головки по отношению к суставному бугорку, степень дислокации головки мышечного отростка на 1-2 мм, 3-4 мм, 5 мм и более, структурные изменения суставных элементов.

Полученный материалы проводилась статистическая обработка с помощью пакета прикладных программ "Statistika", MicrosoftOffice. Цифровые данные обрабатывали на персональном компьютере методом вариационной статистики.

Результат и обсуждение

При анализе 84 карт пациентов основной группы мы выявили следующие нозологические формы СБД: ОАС - 46,42% (ОГ-1); НМС - 33,33% (ОГ-2); вывих внутрисуставного диска (ВД) - 20,23% (ОГ-3).

У обследованных ОГ-1 составили 39 пациентов с ОАС, которые предъявляли следующие жалобы: тупая боль в ВНЧС - 37 (94,87%), при этом 27 (69,2%) отметили возникновение ее при жевании, а 12 (30,76%) - при открывании рта. На боль с одной стороны жаловались 25 (64,10%), а с двух сторон - 13 (33,33%) пациентов. Локальная боль имела у 28 (71,79%), а с иррадиацией в ухо или висок - у 10 (25,64%). Щелка-

нье в середине открывания рта отмечали 38 (97,43%) обследованных, из них с одной стороны 28 (73,68%), с двух сторон - 10 (26,31%). У 6 (15,38%) человек появлялся хруст при плотном сжатии челюстей. Ощущение инородного тела в суставе присутствовало у 14 (35,89%) обследованных; боль в ушах, заложенность ушей имела у 18 (46,15%) пациентов; жалобы на жжение языка предъявляли 6 (15,38%) больных; усталость жевательных мышц во время еды возникала у 14 (35,89%) больных; блокирование движений н/ч отметили 14 (35,89%) обследованных; гипертонус жевательных мышц и дневное сжатие челюстей выявили у 5 (12,83%), бруксизм - у 6 (15,38%) пациентов.

У пациентов ОГ-2 вошли 28 пациентов с НМС ВНЧС и в 100% случаев предъявляли жалобы на острую и кратковременную боль, возникающую при жевании, из них 24 (85,71%) с одной стороны и 4 (14,28%) - с двух сторон. Локальную боль - у 19 (67,85%) человек; а у 4 (14,28%) боль иррадиировала в ухо, висок; в жевательные мышцы - у 8 (28,57%), также отмечалось щелканье у 28 (100%) пациентов, из них с одной стороны 20 (71,42%), с двух сторон - 5 (17,87%); при открывании рта щелканье происходило у 21 (75%), а при открывании и закрывании у 10 (35,71%) человек; у 4 (14,28%) пациентов появлялся хруст при плотном сжатии челюстей. Ощущение инородного тела в суставе и "заклинивание", "блокировка" сустава у 28 (100%) обследованных; шум в ушах и заложенность ушей на стороне поражения отметили 20 (71,42%) человек.

У пациентов ОГ-3, 17 случаях (100%) отмечалось резкие боль при жевании или при разговоре; из них одной стороной 10 (58,82); с двух сторон - 7 (41,17%); локальную боль - у 12 (70,58%) человек; - 6 (35,29%) пациента резкие боль иррадиировала ухо, висок, в области ключица; а также отмечалось щелканье у 15 (88,23%) из них 7 случаях во время открытия рта и 8 случаях во время разговора;

Из анамнеза пациентов ОГ-1 выявлено, что первые симптомы у 14 (35,89%) пациентов появились после ортопедического лечения, а у 8 (20,51%) - после ортодонтического; пломбы в ПР имели 19 (48,71%) пациентов; вредные привычки характерны для 39 (100%) больных, а длительное одностороннее жевание - 27 (69,23%) больного.

У пациентов ОГ-2 при сборе анамнеза заболевания выявили, что первые симптомы у 24 (85,71%) пациентов появились год назад, у 6 (21,42%) пациент обратился к врачу в течение двух недель после появления боли и щелканья в ВНЧС. Все больные данной подгруппы указывали на длительное одностороннее жевание и наличие вредных привычек, у 10 (35,71%) в анамнезе выявили одновременно вывих ВНЧС и у 8 (28,57%) - длительное эмоциональное перенапряжение.

У пациентов ОГ-3 отмечается по результатам анамнеза; заболевания выявили, что первые симптомы у 14 (82,35%) пациентов появились 6 мес назад, 3 (17,67%) пациент обратился к врачу в течение двух недель после появления боли и щелканья в ВНЧС; также 12 (70,58%) пациента отмечается эмоциональное перенапряжение.

По объективное осмотра лица пациентов ОГ-1, асимметрию лица из-за смещения н/ч в сторону пораженного сустава выявили в 9 (23,07%) случаях; снижение меж альвеолярной высоты у 6 (16,66%) паци-

ентов; открывание рта с девиацией происходило у 38 (97,43%); ограничение открывания - у 15 (38,46%); дефекты зубных рядов обнаружили в 13 (33,33%) случаях, при этом деформация окклюзии наблюдалась в 9 (23,07%); боль при пальпации ВНЧС определили у 39 (100%); собственно-жевательных мышц - 8 (20,51%); латеральных крыловидных мышц - 10 (25,64%); височных мышц - 11 (28,20%) обследованных; также, было выявлено, что ортогнатический прикус имели 31 (79,48%), глубокий 8 (20,51%) пациентов.

У ОГ-2 осмотр лица при объективном обследовании позволил выявить асимметрию за счет смещения н/ч в пораженную сторону в 28 (100%) случаях; у 5 (17,85%) пациентов наблюдали снижение зубоальвеолярной высоты; ограниченное открывание рта имели и дефлексию выявили у 28 (100%) больных, причем смещение н/ч происходило в больную сторону, также дефекты зубных рядов обнаружили в 12 (42,85%) случаях, при этом деформация окклюзии наблюдалась в 9 (32,14%).

У пациентов ОГ-1, отмечено у 38 (97,43%) пациента преждевременные контакты; у 30 (76,92%) пациентов с интактными зубными рядами преждевременные контакты, при этом в центральной окклюзии у 9 (23,07%), в передней у 6 (15,38%), в боковых у 10 (25,64%), при всех видах - у 7 (17,94%). При нали-

чии дефектов зубных рядов у 12 (30,76%) были выявлены супраконтракты в центральной окклюзии 6 (15,38%), а в передней 4 (10,25%), в боковых 3 (7,69%), при всех видах - 13 (33,33%). Боль при пальпации ВНЧС определили у 29 (74,35%); латеральных крыловидных мышц - 39 (100%), собственно-жевательных и височных мышц - 12 (30,76%) обследованных.

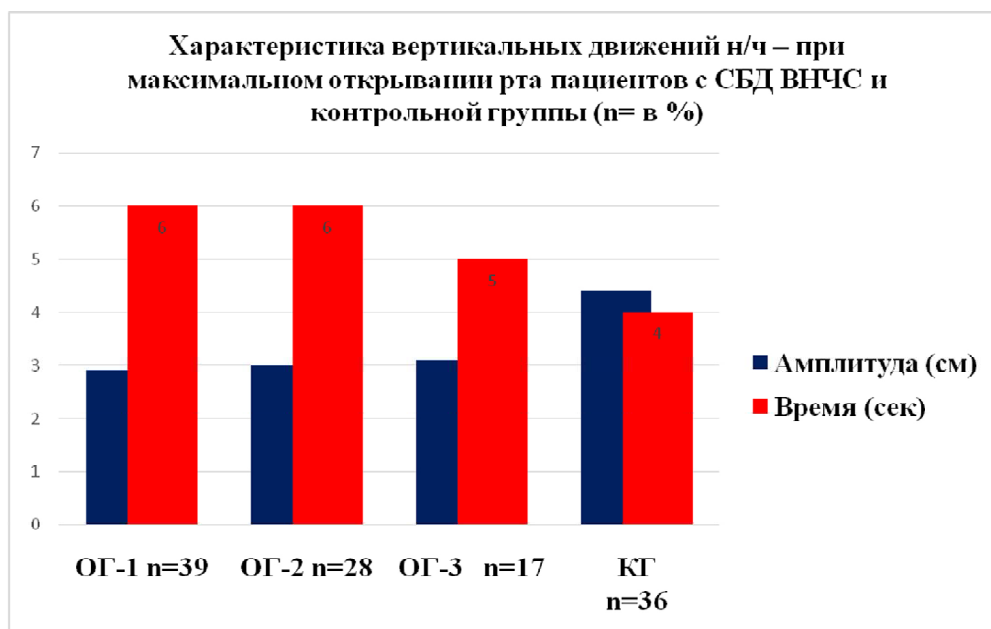
У пациентов ОГ-2 преждевременные контакты были выявлены у 23 (82,14%) пациента; из 12 (42,85%) пациентов с интактными зубными рядами в ЦО преждевременные контакты определили у 4 (14,28%), в передней - у 3 (10,71%), в боковых - у 5 (17,85%); при всех видах окклюзии - 7 (25%). При частичном отсутствии зубов у 18 (64,28%) пациентов преждевременные контакты приходились на ЦО 5 (17,85%), на переднюю - в 3 (10,71%), на боковые - в 4 (14,28%), на все виды окклюзии - в 7 (25%) случаях.

В результате изучения характера вертикальных движений при открывании и закрывании рта с ОАС, НМС и ВД, выявлено (таблица №2.), что амплитуда движений снижалась у ОГ-1 при максимальном открывании рта на $1,0 \pm 0,2$ см ($24,8 \pm 4,1$ %). Коэффициент корреляции сравнение с контролем, свидетельствует о полной взаимосвязи между снижением амплитуды вертикальных движений н/ч и возникновением ОАС, НМС и ВД ВНЧС.

Таблица №2

Характеристика вертикальных движений н/ч- при максимальном открывании рта пациентов с СБД ВНЧС и контрольной группы (n= в %). Примечание: достоверность при $p < 0,05$

	ОГ-1 n=39	ОГ-2 n=28	ОГ-3 n=17	КГ n=36
Амплитуда (см)	2,9	3	3,1	4,4
Время (сек)	6	6	5	4



При открывании и закрывании рта на $2 \pm 0,5$ см происходило отклонение челюсти от срединно-сагитальной линии, и это выразилось в растяжении и из-

менении направления рисунка. Время, затраченное на опускание н/ч, составляло 4 ± 3 сек, что соответствовало норме.

Результаты ЭМГ исследование показало повышение биоэлектрической активности (БЭА) собственно-же-

вательных мышц в покое (БЭП) на ОГ-1, ОГ-2 и ОГ-3; снижение при тах-сжатии жевании (таблица №3).

Таблица №3.

Функциональная характеристика собственно жевательных и височных мышц у больных с ОАДС ВНЧС (n=29) до лечения

	Показатели ЭМГ (мкВ)	Собственно, жевательные мышцы		Височные мышцы	
		Поражен-я сторона	Здоровая сторона	Поражен-я сторона	Здоровая сторона
ОГ-1	БЭП	41,2±4,9	39,7±5,1	43,8±4,2	39,0±4,9
	БЭА (сжатия)	490,2±43,2	461,4±32,2	432,6±50,3	473,4±46,2
	БЭА(жевания)	377,2±69,4	367,2±60,1	334,3±81,4	354,8±69,1
	Времяжева-я (с)	7,98±0,2	7,47±0,3	7,98±0,4	7,54±0,3
	Время покоя (с)	6,44±0,5	6,33±0,2	6,56±0,6	7,21±0,2
ОГ-2	БЭП	42,2±5,1	41,2±4,3	38,8±3,6	37,3±4,1
	БЭА (сжатия)	337,1±98,2	344,5±101,3	204,3±100,3	234,5±122,1
	БЭА (жевания)	240±71,3	265±65,4	239±67,4	263±90,3
	Время жева-я (с)	9,42±0,3	8,2±0,2	9,47±0,2	9,0±0,2
	Время покоя (с)	6,87±0,3	7,71±0,3	7,09±0,1	8,22±0,1
ОГ-3	БЭП	42,4±5,8	40,2±6,3	40,4±2,8	36,3±5,1
	БЭА (сжатия)	360,1±100,2	376,5±122,3	218,6±125,3	248,4±134,1
	БЭА (жевания)	244±70,3	288±80,2	260±87,4	295±93,3
	Время жева-я (с)	9,42±0,3	8,92±0,3	9,86±0,6	9,03±0,4
	Время покоя (с)	7,03±0,6	7,81±0,3	7,48±0,1	8,67±0,4

Примечание: достоверность при $p < 0,05$

По результатам спиральную компьютерную томографию в косой проекции в положении "рот закрыт" у всех ОГ-1, 2, 3 выявлено расширение суставной щели в D4 и сужение щели - в D2 и D5 отделах на больной стороне, в то время как на здоровой - расширение в

D2 и D5 отделах. При исследовании в положении "рот открыт" суставные головки располагались на вершине у ОГ-1 20 (51,28%); ОГ-2 12 (42,85%); у ОГ-3 9 (52,94%), на заднем скате суставного бугорка у 18 (46,15%); 13 (46,42%) и 8 (47,05%) соответственно больных (таблица №4).

Таблица №4.

Исследование суставной щели ВНЧС у пациентов с ВНЧС ОГ-1, ОГ-2, ОГ-3 и КГ

Группы	Суставной щели	Пораженная сторона	Здоровая сторона	Контрольная группа
ОГ-1	D1	3,3±0,8	2,4±0,8	2,8±0,21
	D2	1,4±0,6	2,8±0,6	2,2±0,23
	D3	1,2±1,2	2,6±1,1	2,4±0,25
	D4	9,4±1,1	8,1±1,1	8,9±0,28
	D5	2,2±0,3	3,7±0,5	3,2±0,24
ОГ-2	D1	3,0±0,7	2,3±0,4	2,8±0,21
	D2	1,5±0,4	2,5±0,3	2,2±0,23
	D3	1,01±0,9	2,4±1,4	2,4±0,25
	D4	9,0±1,1	8,0±1,1	8,9±0,28
	D5	2,3±0,4	3,9±0,9	3,2±0,24
ОГ-3	D1	2,4±0,8	3,1±0,9	2,8±0,21
	D2	1,7±0,7	2,2±0,8	2,2±0,23
	D3	1,7±0,1	2,8±1,2	2,4±0,25
	D4	9,9±0,3	10,7±1,4	8,9±0,28
	D5	2,8±0,5	4,2±0,7	3,2±0,24

Примечание: достоверность при $p < 0,05$



СКТ ВНЧС в косой проекции проводили всем больным у ОГ-1, 2 и 3 в положениях "рот закрыт" и "рот открыт" во время обследования. По данным изучения СКТ в положении "рот закрыт" на пораженной стороне выявлено сужение суставной щели в D3, D5 отделах, расширение - в D4, отделе, на здоровой стороне - расширение в D3 и D5 отделах, сужение - в D4. При исследовании в положении "рот открыт" суставные головки ВНЧС располагались у 37 (94,87%); 28 (100%) и 17 (100%) соответственно, больных на заднем скате суставного бугорка пораженной стороны и на вершине суставного бугорка здоровой стороны.

Например; выписку из медицинской карты № 28 лет. Обращался на базе клиники ортопеду стоматологу с жалобами на боль и шелканье в ВНЧС справа при жевании, ограничение открывания рта (до 2,8 см); усиливающие боль при жевании слева и зевании - по характеру - тупая, возникающая внезапно и постепенно нарастающая, иррадиирующая в ухо и висок. Также, со стороны пациента указано на ощущение наличия инородного тела в суставе, дневное сжатие челюстей, блокирование движений при жевании. Впервые симптомы появились 4 месяца назад, ранее за лечением не обращался; также выяснилось, что прием пищи осуществлялся на правой стороне в течение нескольких лет. По словам пациента, он любит частый прием в пищу сухарей, орехов, крупных жестких яблок.

Во время объективного исследования больного определили асимметрию за счет увеличения мягких тканей справа, ограниченное открывание рта (2,3 см), дефлексию, смещение срединносагиттальной линии вправо (Рис №1) и пальпация собственнo-жевательных мышц болезненна справа, латеральных крыловидных мышц болезненна с двух сторон, но больше справа.



Рисунок №1. Фото пациент 28 лет, мед.карта №191.

При окклюзиографии выявлены преждевременные контакты - 14,16 зубов при передней, 37, 38, при правой, 45, 47 при левой окклюзии. На СКТ-реформатах ВНЧС в косой проекции справа определено, что суставная щель сужена (D1 = 1,8 мм, D2 = 1,3 мм, D3 = 1,7 мм). При открывании рта головка не доходит до вершины суставного бугорка на 7,2 мм. Слева суставная щель сужена (D1 = 1,2 мм, D2 = 1,2 мм, D3 = 1,3 мм). При открывании рта суставная головка не доходит до уровня вершины суставного бугорка на 2,1 мм.

Таким образом, при анализе клинических наблюдений пациентов с СБД ВНЧС; ОАС, НМС и ВД была отмечено часто встречающиеся жалобы - боль, шелканье в суставе, шум в ушах и утомляемость мышц при жевании. Из анамнеза выяснили, что причинами заболевания явились - восстановление жевательных

зубов пломбами без контроля окклюзии, длительное одностороннее жевание и вредные привычки. В дальнейшем происходило нарушение функции зубочелюстного аппарата, проявляющееся в ограничении открывания рта, блокировании движений челюсти и нарушении функции жевания.

В процессе диагностики 84 больных с ОАС, НМС и ВД нами было проанализировано около 170 комплектов окклюзиограмм, 84 пар диагностических моделей, более 170 графиков регистрации вертикальных движений н/ч, 170 электромиограмм и компьютерных томограмм.

Выводы

Предложенные карты обследования и база данных позволяет составить полную клиническую картину нозологических форм СБД ВНЧС - ОАС, НМС и ВД, дальнейший даст повод для систематизации и документации в электронном виде полученные данные для последующей обработки.

При обследовании пациентов с СБД ВНЧС выявлены встречающиеся в 100% случаев, с учетом которых будет основа для детально разработанный таблицы дифференциальной диагностики ОАС, НМС и ВД. Специальными методами исследования установлена связь между амплитудой вертикальных движений н/ч, изменением БЭП жевательных мышц и возникновением ОАС, НМС и ВД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аболмасов Н. Н., Гелетин П. Н. Избирательное шлифование зубов / - Смоленск, 2010. - 160 с.
2. Антоник М. М. и др. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях // Российский стоматологический журнал. - 2011. - №. 1. - С. 4-5.
3. Буланова Т. В. Стандартизация протокола магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстных суставов // Вестник рентгенологии и радиологии. - 2004. - Т. 2. - С. 15-19.
4. Гафторов С. А., Назаров О. Ж. Синдромы и симптомы височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика, лечение: учебно-метод. пособие. - 2012.
5. Дергилев А. П. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 72 с.
6. Долгалева А. А., Брагин А. Е. Сравнительный рентгенологический анализ при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава // Кубанский научный медицинский вестник. - 2008. - №. 3-4. - С. 25-28.
7. Исхаков И. Р., Маннанова Ф. Ф. Вторичные смещения нижней челюсти - один из основных факторов риска развития дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Практическая медицина. - 2012. - № 56. - С. 110-112.
8. Каменева Л. А. Оптимизация диагностики и лечения больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Дисс. на соискание уч. степ. к. м. н. Самара. - 2015. - С. 155.
9. Коннов В. В., Николенко В. Н., Лепилин А. В., Музурова Л. В., Николенко Л. В. Морфофункциональные изменения височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с концевыми дефектами зубных рядов // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. - 2007. - № 1. - С. 81-84.
10. Gafforov S. A., Aliev N. K. Improvement of clinical and functional assessment methods and diagnostics of the pathological condition of the temporary-mandibular joint // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. - 2020. - Т. 10. - №. 4. - С. 506-514.
11. Gafforov S. A., Durdiev Z. I. Violation of the formation of bone organs of the dentition system in children with respiratory system pathologies // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal. - 2020. - Т. 10. - №. 4. - С. 325-333.

12. Gafforov S. A., Yariyeva O. O. The degree of damage to hard tissues of teeth of carious and non-carious among children and adolescents of the Bukhara city // "Евразийский вестник педиатрии" - 2019. - №3 (3). - С. 111-117.
13. Gesch D. et al. Dental occlusion and subjective temporomandibular joint symptoms in men and women. Results of the Study of Health in Pomerania (SHIP) // Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odontostomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia. - 2004. - Т. 114. - №. 6. - С. 573-580.
14. Grönqvist J., Högman-Henrikson B., Eriksson P. O. Impaired jaw function and eating difficulties in whiplash-associated disorders // Swed Dent J. - 2008. - Т. 32. - №. 4. - С. 171-177.
15. Hasegawa T. et al. Two cases of masticator space abscess initially diagnosed as temporomandibular joint disorder // Kobe J Med Sci. - 2008. - Т. 54. - №. 3. - С. 163-168.
16. Huang G. J. et al. Age and third molar extraction as risk factors for temporomandibular disorder // Journal of dental research. - 2008. - Т. 87. - №. 3. - С. 283-287.
17. Huguenin L. K. Myofascial trigger points: the current evidence // Physical therapy in sport. - 2004. - Т. 5. - №. 1. - С. 2-12.
18. Kerstein A. D. R. Healthy and harmonised function via computer-guided occlusal force management // Cosmetic Dentistry, Issue. - 2011. - Т. 5. - С. 6-12.
19. Maeda Y. et al. A method for fabricating an occlusal splint for a patient with limited mouth opening // The Journal of prosthetic dentistry. - 2005. - Т. 94. - №. 4. - С. 398-400.
20. Manfredini D. et al. Orthodontics is temporomandibular disorder-neutral // The Angle Orthodontist. - 2016. - Т. 86. - №. 4. - С. 649-654.
21. Marklund S., Wänman A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students // Acta Odontologica Scandinavica. - 2007. - Т. 65. - №. 2. - С. 119-127.
22. Santana-Mora U. et al. Changes in EMG activity during clenching in chronic pain patients with unilateral temporomandibular disorders // Journal of Electromyography and Kinesiology. - 2009. - Т. 19. - №. 6. - С. 543-549.
23. Schwestka-Polly R. et al. Functional improvement of the mandibular neuromuscular guidance by orthodontic-surgical treatment // Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie. - 2001. - Т. 62. - №. 1. - С. 46-57.
24. Sherman J. J. et al. The relationship of somatization and depression to experimental pain response in women with temporomandibular disorders // Psychosomatic medicine. - 2004. - Т. 66. - №. 6. - С. 852-860.
25. Williamson E. H. Temporomandibular dysfunction and repositioning splint therapy // Progress in orthodontics. - 2005. - Т. 6. - №. 2. - С. 206-213.

Поступила 09.09.2020