

-№4.-С. 8-11

9. Рабинович, И.М. Рецидивирующий афтозный стоматит-этиология патогенез (часть I) / И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович, Е.Л.Панфилова, Е.В. Бахрушина // Стоматология. - Медиа сфера. - 2010. - 1. - С. 71-74.

10. Рабинович, О.Ф. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта / О.Ф. Рабинович [и др.] // Клиническая стоматология. - 2009. - №3. - С. 18-20.

11. Токмакова, С.И. Применение низких температур для устранения болевого симптома при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / С.И. Токмакова, Л.Ю. Старакожева, Т.Н. Улько // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии: материалы научно-практической конференции. - Томск, 2006. - 155-158 с.

12. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс.... - М. - 2008, - 67с.

13. Cherry, A.B. Reprogramming cellular identity for regenerative medicine / A.B. Cherry, G.Q. Daley // Cell. - 2012. - 148. - 1110 pp.

14. White S.C., Mallya S.M. Update on the biological effects of ionizing radiation, relative dose factors and radiation hygiene. Aust. Dent. J. 2012; 57(1): 2-8.

## АННОТАЦИЯ

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит - одно из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта, характеризующееся рецидивирующей сыпью афт и длительным течением с периодическими проявлениями. Этиология и патогенез хронического рецидивирующего афтозного стоматита до конца не выяснены. Необходимо учитывать сопутствующие соматические заболевания, причинные факторы, состояние иммунологической реактивности, степень тяжести заболевания, стадию развития очагов поражения. Перечисленные научные достижения ряда авторов послужат стимулом для следующих исследований.

## ANNOTATION

Chronic recurrent aphthous stomatitis is one of the most common diseases of the oral mucosa, characterized by a recurrent rash of aphthae and a prolonged course with periodic manifestations. The etiology and pathogenesis of chronic recurrent aphthous stomatitis are not fully understood. It is necessary to take into account concomitant somatic diseases, causative factors, the state of immunological reactivity, the severity of the disease, the stage of development of the lesion foci. The listed scientific achievements of a number of authors will serve as an incentive for the following studies.

УДК: 616. 724-007-07

## МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА



<sup>1</sup>Гаффоров С.А., <sup>2</sup>Астонов О.М.

<sup>1</sup>Ташкентский институт усовершенствования врачей,

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что сложность диагностики синдрома болевой дисфункции (СБД) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) связана с отсутствием четкого представления о механизме возникновения, разнообразием и непостоянством симптомов данной патологии [4,7,13]. Сегодня для выявления симптомов СБД ВНЧС проводят клинико-функциональные, антропометрические, иммуномикробиологические и инструментальные исследования [4,13].

Как показывает анализ данных литературы, к стоматологу и невропатологу пациенты с СБД ВНЧС обращаются по поводу болевого синдрома челюстно-лицевой области нейрогенного и одон-

тогенного происхождения [8,13]. По некоторым данным, СБД ВНЧС является одной из форм хронической лицевой боли, которая встречается у 12% людей, причем почти у 80% взрослых выявляется как минимум один её признак. У женщин эта патология встречается чаще, чем у мужчин [15].

СБД ВНЧС всегда сопровождается нарушениями внутренних структур [2,4]. В их числе так называемые «внутренние нарушения», под которыми понимают изменения внутрисуставных взаимоотношений, включающие смещения, дефекты, деформации суставного диска, растяжения и разрывы суставных связок [2].

Известно, что различные клинические проявле-

ния при дисфункции ВНЧС и отсутствие четких диагностических критериев приводят к тому, что больные обращаются к врачам других специальностей и не получают надлежащего лечения [2,4,6].

СБД ВНЧС – самая распространенная патология, с которой неразрывно связано нарушение работы жевательных мышц [4,7], в первую очередь латеральной крыловидной. 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 [4,6,7]. Жалобы, предъявляемые больными, связаны не только с морфологическими и функциональными изменениями ВНЧС, но и с вовлечением в патологический процесс органов и тканей всего жевательного аппарата, а в ряде случаев, являются следствием изменений в эмоциональной сфере человека [11,17].

По мнению некоторых авторов, у пациентов с СБД ВНЧС имеются этиологические факторы, связанные с широким открыванием рта, травмами, удалением зубов, приемом твердой пищи, ошибками протезирования, простудными заболеваниями (грипп, ангина), неспецифическим полиартритом, ревматизмом и др. [9]. Заболевания ВНЧС автор делит на 5 групп, первое место отводит дисфункциональному состоянию ВНЧС: нейромускулярный дисфункциональный синдром; окклюзионно-артикуляционный синдром; привычные вывихи и подвывихи нижней челюсти; вывихи внутри-суставного мениска и парафункция жевательных, мимических мышц и мышц языка.

Общеклинические методы обследования больных с патологией ВНЧС включают изучение жалоб: боль, шумовые явления, ограничение или увеличение открывания рта, нарушение окклюзии, отоларингологические симптомы, данных анамнеза жизни, анамнеза заболевания, внешний осмотр, осмотр полости рта, положения зубов и зубных рядов, прикуса, пальпацию ВНЧС и жевательных мышц [4,13,15].

Возможности традиционного рентгенологического исследования в выявлении патологии ВНЧС существенно ограничены анатомо-топографическими особенностями сустава [5,6,13,18].

Наиболее широкие возможности получения диагностической информации дает томография ВНЧС [7]. Внедрение её в комплекс диагностических мероприятий позволяет избавиться от суммационного эффекта, получать количественные показатели, наиболее объективно характеризующие выявленные изменения, и наметить оптимальные методы лечения [2,6]. При описании термограмм ВНЧС оцениваются форма, размер, структура, положение диска при закрытом и открытом рте; форма головки н/ч, ширина суставной щели, наличие деформаций, остеофитов, склероза, деструкции костных суставных поверхностей; структура су-

ставного хряща; наличие суставного выпота; изменения биламинарной зоны [19].

Согласно данным литературы, биоэлектрическая активность жевательной мускулатуры является важным параметром функционального состояния зубочелюстной системы (ЗЧС) в целом. Данные о биоэлектрической активности жевательных мышц, применяемые для изучения функциональных нарушений ЗЧС, наглядно демонстрируют роль периферического компонента в регуляции и контроле жевательных движений [21,23].

ЭМГ проводится путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц накожными электродами [24]. Для выявления симптомов мышечно-суставной дисфункции в сложных случаях, при неудовлетворительных результатах лечения прибегают к графическим методам [21,23].

Таким образом, трудности диагностики и лечения БСД ВНЧС в настоящее время диктуют необходимость разработки новых диагностических алгоритмов для таких пациентов. Тем более, что до настоящего момента не существует общепризнанной концепции лечения больных с дисфункцией ВНЧС [22,25].

Пациенты с патологией ВНЧС часто не получают своевременной и адекватной медицинской помощи [2,9,12]. По мнению многих клиницистов, именно стоматологические ортопедические методы лечения патологии ВНЧС являются патогенетически обоснованными и наиболее эффективными [4,13].

До сегодняшнего дня лечение пациентов с СБД ВНЧС остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем стоматологии [8,15].

По мнению некоторых исследователей [26], применение лекарственных средств, регулирующих функцию центрального и вегетативного отделов нервной системы, влияющих на обменные процессы, активизирующих анаболические процессы в матрице хряща, ликвидирующих ацидоз, необходимо применять одновременно с мероприятиями, направленными на декомпрессию мягкотканых элементов ВНЧС. Другие авторы [25] с целью устранения нарушения окклюзии рекомендуют гормональную коррекцию эстроген-гестагенными препаратами, антирезорбтивную терапию и коррекцию антиоксидантной защиты. Третьи специалисты утверждают, что назначение миорелаксантов обусловлено гипертонусом жевательных мышц, что проявлялось наличием болезненных участков при их пальпации, локализованной или иррадиирующей боли, чувством жжения, распирания, напряжения [19].

По мнению некоторых авторов [8,12,16], в каждом клиническом случае значение нарушений смыкания зубных рядов и их индивидуальный вклад в развитие мышечно-суставной дисфункции различно. При всей важности стоматологической компоненты лечения ее изолированный эффект

недостаточен. При СБД ВНЧС анальгетики, противовоспалительные, сосудистые и седативные средства не нашли широкого применения из-за недостаточного владения врачами-стоматологами современными знаниями об их возможностях [18,20].

Одним из эффективных методов окклюзионной коррекции является избирательное пришлифовывание зубов. Показаниями к данному методу лечения являются заболевания ВНЧС и жевательных мышц, так как окклюзионные препятствия нарушают координированные сокращения жевательных мышц, вызывают их гипертонус, нарушение функции ВНЧС, мышечно-суставную дисфункцию [1.4].

Для лечения СБД ВНЧС применяют физиотерапию: ультразвук, фонофорез индометацина, флюктуоризацию или гальванизацию околушно-жевательной области, низкоэнергетический лазер [4].

Анализ литературы позволяет сделать вывод, что наилучший эффект при лечении СД ВНЧС достигается использованием комплекса лечебных мероприятий с учетом стоматологического и соматического статуса пациента. При комплексном подходе к составлению индивидуального плана лечения преследуется цель достижения эффекта на уровне всего организма, а не только ЗЧС. Только при этих условиях можно говорить о благоприятном исходе лечения БСД ВНЧС [27].

Анализ отечественной и иностранной литературы позволил выявить недостатки в области ранней диагностики дисфункциональных синдромов ВНЧС, а также обозначить дискуссионные вопросы о роли ортопедических и физиотерапевтических мероприятий в комплексном лечении данной патологии. Очевидно, что необходим комплексный поэтапный подход к диагностике и лечению БСД ВНЧС с учетом соматического статуса пациентов.

#### Литература

1. Аболмасов Н.Н., Гелетин П.Н. Избирательное пришлифовывание зубов. – Смоленск, 2010. – 160 с.
2. Антоник М.М. и др. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях // Рос. стоматол. журн. – 2011. – №1. – С. 4-5.
3. Буланова Т.В. Стандартизация протокола магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстных суставов // Вестн. рентгенол. и радиол. – 2004. – Т. 2. – С. 15-19.
4. Гаффаров С.А., Назаров О.Ж. Синдромы и симптомы височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагноз и лечения: Учеб.-метод. пособие. – Ташкент, 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 науч. мед. вестн. – 2008. – №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 // Практик. медицина. – 2012. – №56. – С. 110-112.

8. Каменева Л. А. Оптимизация диагностики и лечения больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2015. – 155 с.

9. Коннов В.В., Николенко В.Н., Лепилин А.В. и др. Морфофункциональные изменения височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с концевыми дефектами зубных рядов // Вестн. Волгоградского гос. мед. ун-та. – 2007. – №1. – С. 81-84.

10. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава у больных с нарушением окклюзии // Якубова Ф.Х., Нигматов Р.Н., Жилонов А.А., Ахмедов Б. / Среднеазиатский научно-практический журнал «Stomatologiya», 2005, № 1-2 (27-28). – С. 222-225.

11. Якубова Ф.Х., Нигматов Р.Н., Юлдашева Н.Р. Исследование височно-нижнечелюстного сустава у больных с нарушением окклюзии и артикуляции. / Научно-практический журнал «Dentist Казакстан», Алматы, 2005, №1 (1). – С. 176-179.

12. 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. – 2020. – Vol. 10, №4. – С. 506-514.

13. Gafforov S.A., Durdiev Z. Violation of the formation of bone organs of the dentition system in children with respiratory system pathologies // ACADEMICIA. – 2020. – Vol. 10, №4. – С. 325-333.

14. 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 вестн. Педиатр. – 2019. – №3 (3). – С. 111-117.

15. 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 fur Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia. – 2004. – Bd. 114, №6. – S. 573-580.

16. Grönqvist J., Häggman-Henrikson B., Eriksson P.O. Impaired jaw function and eating difficulties in whiplash-associated disorders // Swed. Dent. J. – 2008. – Vol. 32, №4. – P. 171-177.

17. Hasegawa T. et al. Two cases of masticator space abscess initially diagnosed as temporomandibular joint disorder // Kobe J. Med. Sci. – 2008. – Vol. 54, №3. – P. 163-168.

18. Huang G.J. et al. Age and third molar extraction as risk factors for temporomandibular

disorder // J. Dent. Res. – 2008. – Vol. 87, №3. – P. 283-287.

19. Huguenin L.K. Myofascial trigger points: the current evidence // Physical Ther. Sport. – 2004. – Vol. 5, №1. – P. 2-12.

20. Kerstein A.D.R. Healthy and harmonized function via computer-guided occlusal force management // Cosmetic Dentist. Issue. – 2011. – Vol. 5. – P. 6-12.

21. Maeda Y. et al. A method for fabricating an occlusal splint for a patient with limited mouth opening // J. Prosth. Dent. – 2005. – Vol. 94, №4. – P. 398-400.

22. Manfredini D. et al. Orthodontics is temporomandibular disorder-neutral // Angle Orthod. – 2016. – Vol. 86, №4. – P. 649-654.

23. Marklund S., Wänman A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students // Acta Odontol. Scand. – 2007. – Vol. 65, №2. – P. 119-127.

24. Santana-Mora U. et al. Changes in EMG activity during clenching in chronic pain patients with unilateral temporomandibular disorders // J. Electromyogr. Kinesiol. – 2009. – Vol. 19, №6. – P. 543-549.

25. Schwestka-Polly R. et al. Functional improvement of the mandibular neuromuscular guidance by orthodontic-surgical treatment // J. Orofac. Orthop./Fortschritte der Kieferorthopädie. – 2001. – Bd. 62, №1. – S. 46-57.

26. Sherman J.J. et al. The relationship of somatization and depression to experimental pain response in women with temporomandibular disorders // Psychosomatic Med. – 2004. – Vol. 66, №6. – P. 852-860.

27. Williamson E.H. Temporomandibular dysfunction and repositioning splint therapy // Progress Orthodont. – 2005. – Vol. 6, №2. – P. 206-213.

**РЕЗЮМЕ.** Анализ отечественной и иностранной литературы позволил выявить недостатки в

области ранней диагностики дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава, а также обозначить дискуссионные вопросы о роли ортопедических и физиотерапевтических мероприятий в комплексном лечении данной патологии. Очевидно, что необходим комплексный поэтапный подход к диагностике и лечению синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с учетом соматического статуса пациентов.

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной сустав, зубочелюстная система, синдром болевой дисфункции.

**РЕЗЮМЕСИ.** Mahalliy va xorijiy adabiyotlarni tahlil qilish funktsional bo'lmagan temporomandibulyar qo'shma sindromlarni erta tashxislash sohasidagi kamchiliklarni aniqlashga, shuningdek ushbu patologiyani kompleks davolashda ortopedik va fizioterapevtik tadbirlarning roli to'g'risida bahsli masalalarni aniqlashga imkon berdi. Shubhasiz, bemorlarning somatik holatini hisobga olgan holda, temporomandibulyar qo'shilishning og'riqli disfunksiyasini sindromini aniqlash va davolash uchun kompleks bosqichma-bosqich yondashuv zarur.

**Калит сўзлар:** чакка-пастки жағ бўғими, оғрик дисфункция синдроми.

**SUMMARY.** Analysis of domestic and foreign literature made it possible to identify shortcomings in the field of early diagnosis of dysfunctional temporomandibular joint syndromes, as well as to identify controversial questions about the role of orthopedic and physiotherapeutic measures in the complex treatment of this pathology. It is obvious that a comprehensive step-by-step approach to the diagnosis and treatment of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint is required, taking into account the somatic status of patients.

**Key word:** temporomandibular joint, dental system, pain dysfunction syndromes.

УДК: 616.31:616.8-009-053.2-07-08-092

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ И ДИАГНОСТИКА**



**Гаффоров С.А., Хамроев Ф.Ш., Кулдашева В.Б.**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей;  
Республиканская детская психоневрологическая больница им. У.К. Курбанова*

При изучении механизма развития любой болезни крайне необходимо выявить главное звено в

цепи нарушений, тот «пусковой» фактор, который определяет динамику прочих этапов патологиче-