

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

DOI 10.35220/2078-8916-2020-38-4-39-48

УДК 616.314.26-06:616.724-08923,724-008.6

**В.І. Куцевляк, *А.М. Боян,
О.В. Любченко д. мед.н.**

Харківська медична академія післядипломної освіти
*Республіканський центр стоматологічної імплантації

**ПОШИРЕНІСТЬ І СИСТЕМАТИЗАЦІЯ
ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЧИННИКІВ
У РОЗВИТКУ М'ЯЗОВО-СУГЛОБОВОЇ
ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-
НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА**

На основі проведеного клінічного рандомізованого дослідження із використанням репрезентативної вибірки стоматологічних хворих (похибка вибірки не перевищує 5 %) у складі 121 особи, 30 (24,8 %) чоловіків, та 91 (75,2 %) жінок віком від 18 до 74 років, вивчено розповсюдженість локальних (стоматологічного генезу) та загальних етіопатогенетичних чинників розвитку м'язово-суглобової дисфункції (МСД) скронево-нижньощелепного суглоба, визначено провідні чинники та їх взаємозв'язок.

Також був проведений ретроспективний аналіз репрезентативної вибірки з 306 амбулаторних карт стоматологічних хворих, які проходили діагностику і лікування з приводу МСД СНЩС протягом 2010-2017 р.р. Запропонована логіко-структурна концепція систематизації та узагальнення етіопатогенетичних чинників, що призводять до МСД СНЩС.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб; м'язово-суглобова дисфункція; етіопатогенетичні чинники; систематизація; локальні, загальні, комбіновані чинники.

В.И. Куцевляк, А.М. Боян, А.В. Любченко

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Республиканский центр стоматологической имплантации

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ
И СИСТЕМАТИЗАЦИЯ
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
В РАЗВИТИИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ
ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-
НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

На основе проведенного рандомизированного клинического исследования с использованием репрезентативной выборки стоматологических больных (погрешность выборки не превышает 5 %) в составе 121 человека, 30 (24,8 %) мужчин и 91 (75,2 %) женщины в возрасте от 18 до 74 лет, изучена распространенность локальных (стоматологического генеза) и общих етіопатогенетических факторов развития мы-

шечно-суставной дисфункции (МСД) височно-нижнечелюстного сустава, определены ведущие факторы и их взаимосвязь.

Также был проведен ретроспективный анализ репрезентативной выборки из 306 амбулаторных карт стоматологических больных, которые проходили диагностику и лечение по поводу МСД ВНЧС в течение 2010-2017 г. г. предложена логико-структурная концепция систематизации и обобщения этиопатогенетических факторов, приводящих к МСД ВНЧС.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав; мышечно-суставная дисфункция; этиопатогенетические факторы; систематизация; локальные, общие, комбинированные факторы.

V.I. Kucevljak, A.M. Bojan, O.V. Ljubchenko

Kharkiv Medical Academy of postgraduate education
Republican Center for dental implantation

**PREVALENCE AND SYSTEMATIZATION
OF ETIOPATHOGENETIC FACTORS IN
THE DEVELOPMENT
OF MUSCULOSKELETAL DYSFUNCTION
OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT**

ABSTRACT

Based on a randomized clinical study using a representative sample of dental patients (the sampling error does not exceed 5 %) consisting of 121 people, 30 (24.8 %) men and 91 (75.2 %) women aged 18 to 74 years, the prevalence of local (dental Genesis) and General etiopathogenetic factors for the development of muscular-articular dysfunction (MAD) of the temporomandibular joint was studied, the leading factors and their relationship were determined.

A retrospective analysis of a representative sample of 306 outpatient records of dental patients who were diagnosed and treated for TMJ MAD during 2010-2017 was also performed. a logical and structural concept of systematization and generalization of etiopathogenetic factors leading to TMJ MAD was proposed.

Key words: temporomandibular joint; muscular-articular dysfunction; etiopathogenetic factors; systematization; local, General, combined factors.

Патологія скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) належить до широко розповсюджених захворювань, що охоплюють майже усі вікові групи населення. За статистичними даними, 40-60% населення відзначають ті або інші симптоми порушення функції СНЩС [1, 2]. Серед пацієнтів, які звертаються за стоматологічною допомогою, частота скронево-нижньощелепних розладів складає від 27 до 76 % [3, 4], а за даними інших дослідників сягає навіть 70-95 % [5, 6], причому більше третини усіх

хворих – це діти, підлітки та молодь до 25 років [4, 7]. До 80 % і навіть більше усіх захворювань СНЩС складають функціональні захворювання, а саме м'язово-суглобові дисфункції СНЩС [1, 4, 7]. На високу поширеність дисфункції СНЩС серед молодих людей вказується в роботах [5, 6]. За даними епідеміологічних досліджень жінки значно частіше страждають на цю патологію, ніж чоловіки (співвідношення кількості жінок з дисфункцією СНЩС до кількості чоловіків становить, за даними різних авторів, від 2:1 до 4:1 і вище) [7, 8 та ін.]. За нашими даними, це співвідношення становить 3:1 [9].

Як свідчать дослідження багатьох вчених, а також наші клінічні спостереження, при м'язово-суглобовій дисфункції СНЩС порушується координувана функція жувальних м'язів, скронево-нижньощелепного суглоба та взаємного розташування елементів СНЩС (головки та диска відносно суглобового бугорка), при цьому відбувається порушення оклюзійних взаємовідношень [1, 4, 8, 9].

Тому питання профілактики, ранньої діагностики, систематизації причин і адекватного лікування МСД СНЩС є важливими і актуальними як з медичної, так і з соціально-економічної точки зору.

Мета дослідження. Вивчення частоти прояву різних чинників розвитку МСД СНЩС, обґрунтування логіко-структурної концепції систематизації та узагальнення етіопатогенетичних чинників для покращення діагностики та патогенетичного лікування пацієнтів.

Матеріал і методи досліджень. В основу дослідження покладено результати обстеження пацієнтів, які звернулися по стоматологічну допомогу. Кожний пацієнт власноруч заповнював розроблену нами спеціальну анкету, яка, поряд з іншими, містила також запитання, що дозволяють характеризувати стан СНЩС пацієнта.

Таку ж анкету пацієнти заповнювали після закінчення лікування і при подальшому диспансерному спостереженні, що дозволяє об'єктивно оцінити ефективність проведеного лікування.

В основу анкети покладено тест скороченого Гамбургського обстеження [10]. Відповіді «так» на запитання анкети вказують на можливе захворювання СНЩС та жувальних м'язів, а відповіді «ні» свідчать про відсутність захворювання. В результаті аналізу анкет відбиралися ті з них, що містили дві й більше позитивні відповіді на запитання анкети [11, 13].

Обсяг вибірки (необхідна кількість спостережень) розраховувався статистичним методом з урахуванням характеристик усієї сукупності таких пацієнтів. В результаті розрахунків було встановлено, що для одержання достовірних результатів мінімально необхідний обсяг вибірки має складатися зі 121 пацієнта. Вибірка була сформована методом пропорційної стратифікації, який дозволяє найбільшою мірою врахувати особливості статево-вікової структури загальної (генеральної) сукупності пацієнтів, що для МСД СНЩС є значущим.

В результаті була сформована вибірка, що складалася з 30 чоловіків і 91 жінки (всього 121 особа) у віці від 18 до 74 років включно. Середній вік пацієнтів вибірки склав $38,97 \pm 1,97$ років.

Таким чином, дане дослідження є рандомізованим, а вибірка - репрезентативною, що дозволяє з довірчою імовірністю 95 % стверджувати, що усі характеристики цієї вибірки з високим ступенем вірогідності відповідають характеристикам генеральної сукупності (похибка вибірки не перевищує 5 %). Від усіх пацієнтів, що увійшли до вибірки, була одержана добровільна інформована згода на участь у дослідженні.

Статево-вікова характеристика пацієнтів вибірки представлена в табл.1. В цій таблиці застосована класифікація за віком, що прийнята ВООЗ в 2017 р.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів вибірки за віком та статтю

Вік	Всього		Чоловіки		Жінки	
	абс., n	відн., %	абс., n	відн., %	абс., n	відн., %
Молодий вік (18-44 роки)	86	71,07	22	18,18	64	52,89
Середній вік(45-59 років)	28	23,14	7	5,79	21	17,36
Літній вік (60-74 роки)	7	5,79	1	0,82	6	4,96
Всього	121	100,0	30	24,79	91	75,21

Загальна кількість жінок втричі перевищувала кількість чоловіків в усіх вікових групах. Серед пацієнтів переважали особи молодого віку (більше 70 % від загальної чисельності вибірки). Найбільш чисельною виявилася група жінок у віці від 18 до 50 років, яка склала 78 осіб (64,5 %

від загальної чисельності вибірки).

Усім пацієнтам було проведено ретельне функціональне клінічне обстеження зубощелепної системи, яке складалося зі з'ясування скарг пацієнта, огляду порожнини рота, оцінки об'єму і характеру руху нижньої щелепи, пальпації суг-

лобових поверхонь СНЩС та жувальної мускулатури у відповідності з методиками, рекомендованими [10, 11, 12, 13] та доповненими нами [9]. З метою постановки обґрунтованого діагнозу, окрім клінічного обстеження, використовувались

спеціальні методи дослідження (функціональні і променеві). Комплекс використаних методів обстеження групи (вибірки) пацієнтів з ознаками дисфункції СНЩС представлено у табл. 2

Таблиця 2

Комплекс методів обстеження вибірки пацієнтів з ознаками дисфункції СНЩС

Найменування методу	Кількість обстежених		Обладнання
	абс	%	
Анкетування	121	100	Заповнення пацієнтом спеціальної анкети
Клінічне обстеження	121	100	
Функціональний аналіз діагностичних гіпсових моделей щелеп в артикуляторі	121	100	Артикулятор Stratos300 ivoclar – Vibolent (Німеччина)
Електроміографія жувальних і скроневи м'язів (ЕМГ)	121	100	Діагностичний комплекс DX-NT (DX-NT 32 V.16) (Україна)
Артрофонографія СНЩС (АФГ)	121	100	Програмно-апаратний комплекс «Артрофонограф» (пат. № 125929 від 25.05.18, Боян А.М., Україна)
Ультразвукове дослідження СНЩС (УЗД)	60	50	Апарат Toshiba Xario (Японія)
Ортопантомографія (ОПТГ)	121	100	Конусно-променевий комп'ютерний томограф NEW TOM GIANO (Південна Корея)
Комп'ютерна томографія (КТ)	50	41	Конусно-променевий комп'ютерний томограф NEW TOM GIANO (Південна Корея)
Магнітно-резонансна томографія СНЩС (МРТ)	34	28	Томограф Siemens Magnetom Symphony 1,5 Тесла

Матеріалом для узагальнення та систематизації етіопатогенетичних чинників розвитку МСД СНЩС послужили наукові джерела, а також багаторічні власні клінічні спостереження.

Був проведений ретроспективний аналіз репрезентативної вибірки з 306 амбулаторних карт стоматологічних хворих, які проходили діагностику та лікування з приводу МСД СНЩС на пролязі 2010-2017 р.р.

За статевою ознакою пацієнти розділилися наступним чином: чоловіки – 90 осіб (29,4 %), жінки – 216 осіб (70,6 %). За віковим критерієм (відповідно до класифікації ВООЗ 2017 г.) молоді люди (18-44 років) склали 218 осіб (71,2 %), пацієнти середнього віку (45-59 років) – 67 осіб (21,9 %), похилого віку (60-74 років) – 21 осіб (6,9 %). Середній вік пацієнтів склав 38,07±1,97 років. В амбулаторній карті кожного пацієнта виділений спеціальний розділ, інформація в якому дозволяє судити про етіологію виникнення МСД. Цей розділ заповнюється на підставі опитування пацієнта, проведеного за спеціальною схемою, докладної співбесіди з ним в довірчій формі, а також результатів клінічного аналізу зубощелепної системи.

Для досягнення мети дослідження використовувалися: системний підхід до впорядкування чинників; методи аналізу, синтезу і узагальнен-

ня; структурної декомпозиції, а також статистичні методи стратифікації та розрахунку середніх величин.

Середні величини представлено у вигляді $M \pm m$, де M – середнє арифметичне значення, m – стандартна похибка середньої арифметичної величини. Розрахунки частоти проявів тієї чи іншої ознаки (скарги, симптоми, негативні чинники в генеральній сукупності пацієнтів з оцінкою меж довірчого інтервалу цієї долі з використанням функції Лапласа на рівні значущості $p \leq 0,05$ ($P \geq 95\%$)).

Результати дослідження. На основі аналізу анкет, а також опитування пацієнтів було визначено перелік скарг, які є найбільш характерними для МСД СНЩС. Як правило, кожен пацієнт вісував декілька скарг.

Дані, які наведено в табл.3, свідчать про те, що найбільш розповсюдженою (у 117 пацієнтів) виявилася скарга на біль у жувальних м'язах, відчуття напруги, стомленості жувальних м'язів; друге місце за частотою (110 пацієнтів) належало шумовим явищам у суглобах, третє - утрудненням і дискомфорту при жуванні та біль у ділянці СНЩС (відзначали 96 пацієнтів). Інші з наведених скарг зустрічалися рідше, але теж були достатньо розповсюдженими.

Одержані дані ще раз підтверджують те по-

ложення, що саме порушення роботи жувальних м'язів є найбільш важливою і характерною ознакою м'язово-суглобової дисфункції СНЩС, що значно погіршує якість їх життя.

Проведене усім пацієнтам функціональне

клінічне обстеження дозволило виявити найбільш поширений симптомокомплекс, характерний для пацієнтів з підозрою на МСД СНЩС (табл. 4).

Таблиця 3

Основні скарги, що висували пацієнти вибірки з підозрою на МСД СНЩС

Скарга	Кількість пацієнтів вибірки, що висували дану скаргу	Оцінка розповсюдженості даної скарги в генеральній сукупності пацієнтів, %
1. Біль у жувальних м'язах, відчуття напруги, стомленості жувальних м'язів	117	96,69±1,63 *
2. Щиглі, хрускіт, тріск в одному або в обох суглобах при відкриванні і/або закритті рота	110	90,91±2,61
3. Утруднення і дискомфорт при жуванні	96	79,69±3,68
4. Больові відчуття у ділянці СНЩС	94	77,69±3,78
5. Болі у різних ділянках обличчя	69	57,02±4,50
6. Шум і закладеність у вухах, зниження слуху	54	44,63±4,52
7. Обмежене відкривання рота	50	41,32±4,48
8. Головний біль	40	33,06±4,28

Примітка: * дані достовірні на рівні значущості $p \leq 0,05$.

Таблиця 4

Частота виявлення основних симптомів у пацієнтів з підозрою на МСД СНЩС

Об'єктивний симптом	Кількість пацієнтів вибірки, у яких спостерігався симптом	Оцінка розповсюдженості симптому в генеральній сукупності, %*
1. Біль при пальпації жувальних м'язів, всього, у тому числі: чоловіки жінки	119	98,35±1,16 96,67±1,63 98,90±0,95
2. Наявність шумових явищ у суглобах (щиглів, хрусту, тріску, крепітації) у різних фазах відкривання або закриття рота, всього, у тому числі: в одному суглобі в обох суглобах чоловіки жінки	110	90,91±2,61 62,81±4,39 28,10±4,09 90,0±2,73 91,21±2,57
3. Біль при пальпації СНЩС, всього, у тому числі: в одному суглобі в обох суглобах чоловіки жінки	96	79,34±3,69 54,55±4,53 24,79±3,92 70,00±4,17 82,42±3,46
4. Зниження висоти нижньої третини обличчя, всього, у тому числі: чоловіки жінки	96	79,34±3,69 86,67±3,09 76,92±3,83
5. Асиметрія обличчя, всього, у тому числі: чоловіки жінки	81	66,94±4,28 66,67±4,29 67,03±4,93
6. Порушення рухів нижньої щелепи (обмежене відкривання рота – менше за 40 мм, девіація, дефлексія), всього, у тому числі: чоловіки жінки	60	49,59±4,60 23,33±3,84 58,24±4,48

Примітка: * дані достовірні на рівні значущості $p \leq 0,05$.

Як виходить із даних, наведених у табл. 4, найбільш розповсюдженим симптомом виявилася біль при пальпації жувальних м'язів. Тільки у двох пацієнтів серед 121 (1,65±3,67)% не спостерігався цей симптом. Вартим уваги є те, що цей симптом практично з однаковою частотою зустрічався як у жінок, так і у чоловіків у всіх вікових групах – (98,90±0,95) % і (96,67±1,63) % відповідно.

Вважаємо за необхідне звернути увагу на той факт, що, незважаючи на значне перевищен-

ня серед пацієнтів кількості жінок над чоловіками, відносна частота проявів більшості основних симптомів МСД СНЩС є практично однаковою серед жінок і чоловіків або відрізняється несуттєво. Виняток становить такий симптом, як порушення рухів нижньої щелепи, який зустрічався у жінок в 2,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Це відповідає розповсюдженості інших скелетно-м'язових порушень у порівнянні з чоловіками, які переважають жінок.

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів в залежності від встановленого провідного локального етіологічного чинника розвитку МСД СНЩС (стоматологічного генезу)

Найменування провідного чинника	Кількість випадків у вибірці пацієнтів	Оцінка ймовірності чистоти прояву чинника в генеральній сукупності пацієнтів, % *
1.Стійкі порушення роботи жувальної мускулатури (гіперактивність, довготривалий спазм, порушення координації м'язів)	64	52,89±4,54
2.Порушення оклюзії зубних рядів, всього, у тому числі внаслідок таких причин:	53	43,80±4,51
- дефекти і деформації зубних рядів, вторинна часткова або повна адентія;	34	28,10±4,09
- аномалії прикусу;	10	8,26±2,50
- нераціональне протезування;	3	2,48±1,41
- помилки ортодонтичного лікування;	2	1,65±1,16
- захворювання пародонта	4	3,31±1,62
3.Травми щелепно-лицьової ділянки в анамнезі	3	2,48±1,41
4.Систематичні надмірні навантаження на СНЩС і усю зубо-щелепну систему внаслідок дії профшкідливостей (підняття великої ваги, вібрація)	1	0,83±0,82
ВСЬОГО	121	100,00

Примітка: – * дані достовірні на рівні значущості $p \leq 0,05$.

Як свідчать дані, наведені в табл. 5, більш ніж у половини пацієнтів вибірки провідним чинником виникнення і розвитку МСД СНЩС виявилися стійкі порушення роботи жувальної мускулатури (гіперактивність, довготривалий спазм, порушення координації м'язів), що узгоджується з даними, одержаними іншими вітчизняними та зарубіжними дослідниками.

Другим за розповсюдженістю провідним локальним етіологічним чинником виявилися різні оклюзійні порушення, серед яких більше 64% становили дефекти і деформації зубних рядів. Названі двоє локальних етіологічних чинників (бруксизм і порушення оклюзії), за даними нашого дослідження, виявилися провідними у більш ніж 96 % випадків розвитку МСД СНЩС. Оклюзійні порушення, як правило, поєднуються з дискоординацією жувальних м'язів.

При проведенні бесід пацієнти часто пов'язували початок захворювання з перенесеними різними амбулаторними стоматологічними втручаннями: екстракціями, депульпуванням,

протезуванням зубів. У даному випадку вони виступали в якості пускових (провокуючих) чинників виникнення МСД СНЩС. Проведене дослідження показало, що не тільки стоматологічні проблеми, а й захворювання різних органів і систем організму, травми, стреси та інш. можуть бути причиною розвитку МСД СНЩС, яку не можна розглядати у відриві від стану всього організму.

На основі ретельного вивчення анамнезу життя і захворювання пацієнтів із залученням в необхідних випадках консультацій інших фахівців, вдалося встановити ті провідні загальні несприятливі чинники, на фоні яких виникла дисфункція СНЩС (табл. 6). Результати дослідження показали, що спостерігається безперечний зв'язок клінічних проявів МСД СНЩС із двома провідними чинниками: системними порушеннями опорно-рухового апарату та різними психоневрологічними розладами. На частку цих двох негативних чинників припадає (81,0±3,57) % усіх випадків розвитку МСД СНЩС під впли-

вом загальних чинників. Меншу, але теж достатньо значну роль відіграють захворювання ендокринної системи, ревматичні захворювання, травми голови та шиї.

В процесі дослідження було вивчено взаємозв'язок локальних і загальних чинників розвитку МСД СНЩС.

Таблиця 6

Розподіл пацієнтів в залежності від встановленого провідного загального етіологічного чинника, що послужив фоном для розвитку МСД СНЩС

Найменування провідного чинника	Кількість випадків у вибірці пацієнтів	Оцінка ймовірності чистоти прояву чинника в генеральній сукупності пацієнтів, % *
1. Системні порушення опорно-рухового апарату, всього, у тому числі:	58	47,93±4,54
- порушення постави, сколіоз;	30	24,79±3,93
- нестабільність шийного відділу хребта, шийний остеохондроз	28	23,14±3,83
2. Психоневрологічні чинники, всього, у тому числі:	40	33,06±4,28
- стан хронічного стресу, постійне психоемоційне напруження;	29	23,97±3,88
- акцентуація особистості за астено-невротичним або психостеничним типом	11	9,09±2,61
3. Ендокринні розлади	13	10,74±2,81
4. Травми голови та шиї в анамнезі	3	2,48±1,41
5. Ревматоїдний артрит	3	2,48±1,41
6. Виявити провідний фоновий чинник не вдалося	4	3,31±1,63
ВСЬОГО	121,0	100,0

Примітка: – * дані достовірні на рівні значущості $p \leq 0,05$.

Прикладом такого взаємозв'язку є явище нічного і денного бруксизму та інших видів парафункціональної активності жувальних м'язів. У процесі дослідження було встановлено, що бруксизм та інші парафункції спостерігаються майже у половини ($48,0 \pm 4,54$) % пацієнтів із діагностованою дисфункцією СНЩС.

Власні клінічні спостереження повністю підтверджують положення, висунуте низкою дослідників [10, 14, 15], що бруксизм та інші парафункції є комбінованим розладом, у виникненні якого відіграють значну роль як центральні етіологічні чинники (подразнення центральної нервової системи), різні психоемоційні порушення, так і локальні чинники, а саме – різні оклюзійні завади. Серед пацієнтів з бруксизмом переважали особи молодого віку (до 44 років), які склали ($71,88 \pm 5,62$) % від загальної кількості пацієнтів з бруксизмом. Частота проявів ознак бруксизму та інших парафункцій жувальних м'язів серед чоловіків була значно вищою, ніж у жінок: ($70,0 \pm 8,37$) % та ($47,25 \pm 5,23$) % відповідно.

Використовуючи метод системного аналізу, нами узагальнені, об'єднані і доповнені підходи до впорядкування етіопатогенетичних чинників, які можуть привести до розвитку МСД СНЩС [13, 14, 16, 17, 18].

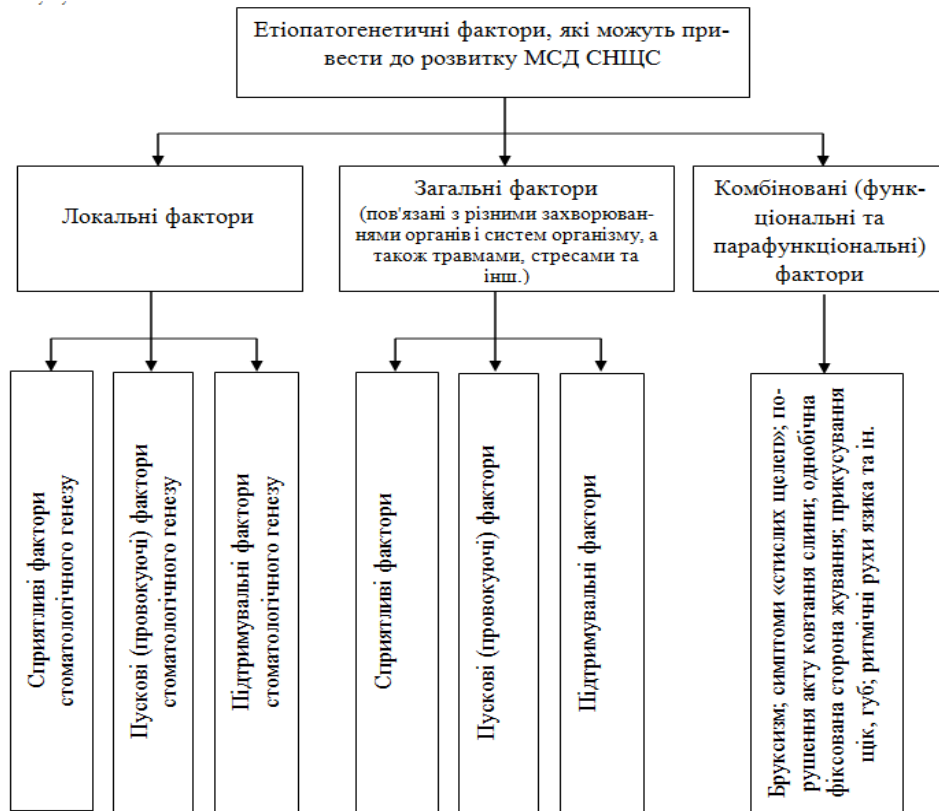
Суть запропонованої концепції відображена в логіко-структурній схемі, представленій на мал. 1, 2, 3.

Згідно з поданими на схемі класифікаційними ознаками структурований склад локальних чинників (стоматологічного генезу), що відображено на мал. 2.

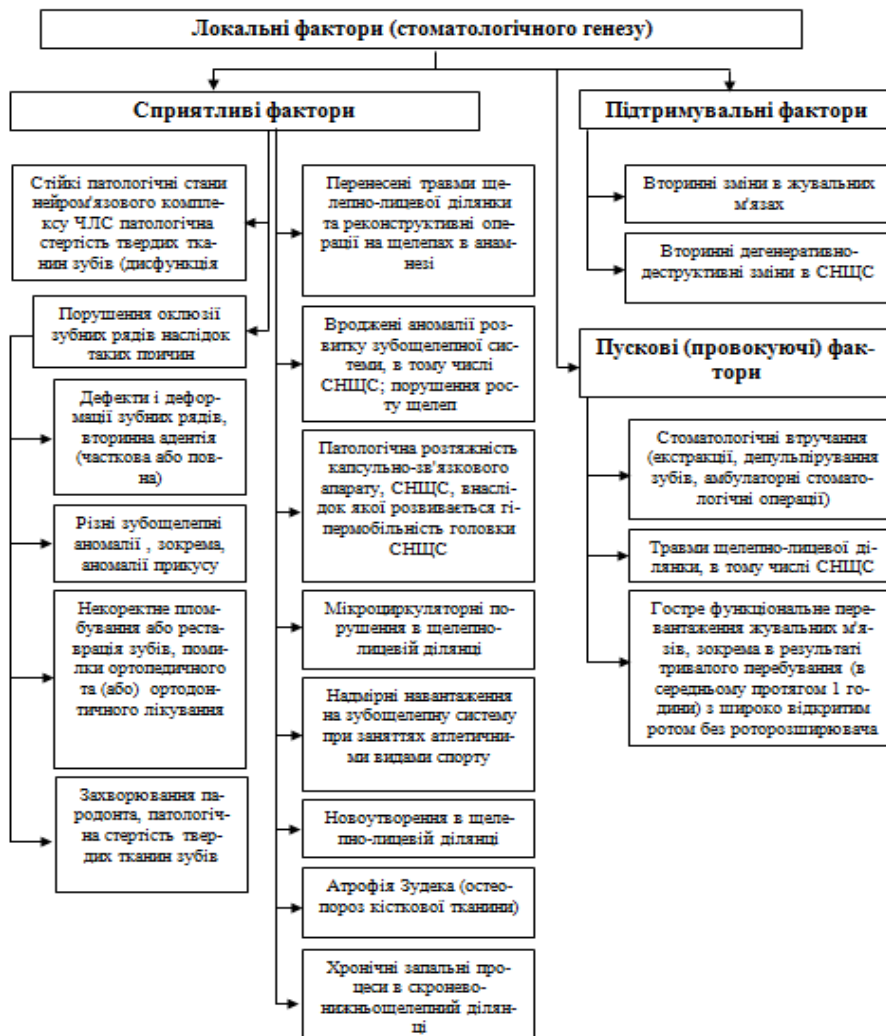
Склад і структура загальних чинників, пов'язаних з різними захворюваннями органів і систем організму, а також травмами, стресом і т.п., які можуть виступати в якості причин розвитку МСД СНЩС, показані на мал. 3.

Розподіл чинників на загальні і локальні є умовним, оскільки всі чинники тісно взаємопов'язані і взаємозумовлені і підсилюють дію один одного.

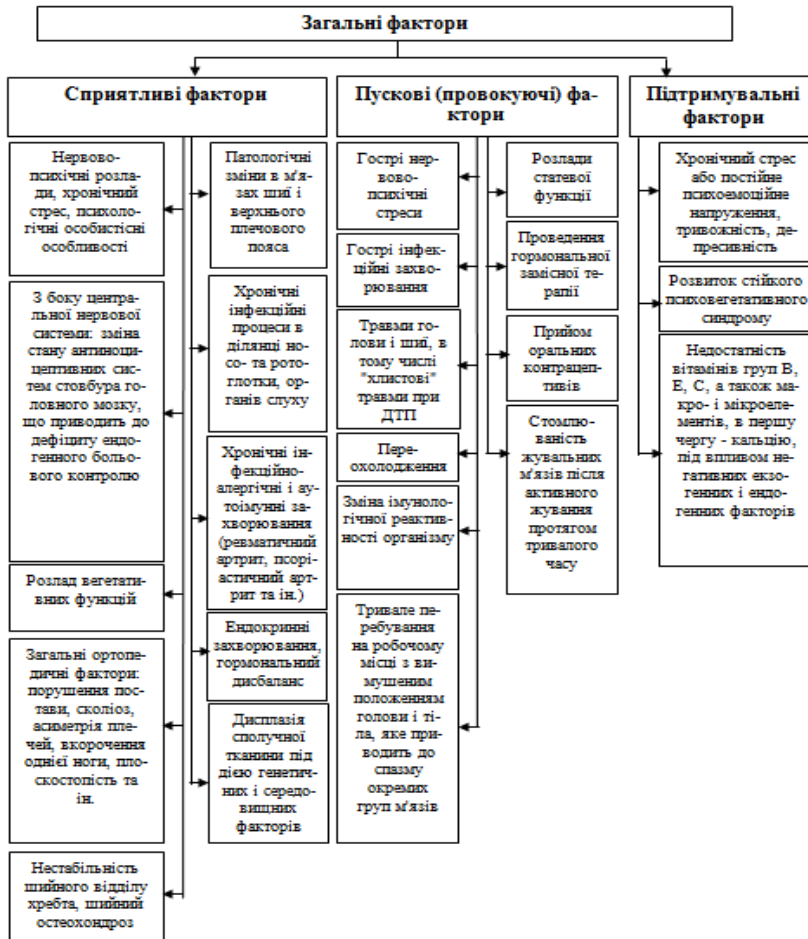
Наш власний досвід дозволяє стверджувати, що для виникнення МСД СНЩС в більшості випадків необхідний не один етіологічний чинник, а поєднання дії комплексу ендогенних і екзогенних несприятливих чинників, що призводить до виснаження адаптаційних і компенсаторних механізмів, якими володіють тканини СНЩС і жувальної мускулатури, в результаті чого порушується фізіологічна рівновага зубощелепної системи і розвивається МСД СНЩС.



Мал. 1. Логіко-структурна схема концепції систематизації та узагальнення етіопатогенетичних чинників, які можуть привести до розвитку МСД СНЩС.



Мал. 2. Склад локальних чинників, які можуть привести до розвитку МСД СНЩС (на підставі аналізу та узагальнення наукових джерел і власних клінічних досліджень авторів).



Мал. 3. Склад загальних чинників, які можуть привести до розвитку МСД СНЩС (на підставі аналізу та узагальнення наукових джерел і власних клінічних досліджень авторів)

Обговорення результатів дослідження. В результаті проведеного рандомізованого клінічного дослідження з використанням репрезентативної вибірки пацієнтів, що забезпечило більш ніж 95%-ний рівень достовірності, одержано низку результатів, одні з яких підтверджують та доповнюють наукові дані, опубліковані у фаховій літературі, а інші результати певною мірою вступають у дискусію з існуючим думкам інших дослідників. Так, проведене дослідження ще раз підтвердило дані, отримані іншими дослідниками, щодо складу найбільш розповсюджених скарг пацієнтів з підозрою на МСД СНЩС та симптомокомплексу, який є найбільш характерним саме для МСД СНЩС, що має наукове і практичне значення.

В результаті дослідження доведено, що при МСД СНЩС відносна частка проявів більшості основних об'єктивних симптомів цього захворювання є практично однаковою серед жінок і чоловіків або відрізняється несуттєво. Виняток становить такий симптом, як обмежене відкриття рота, який зустрічається у жінок в 2,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Той факт, що серед пацієнтів з хворобами СНЩС кількість жінок в декілька разів перевищує кількість чоловіків, на

наш погляд, пояснюється наступними обставинами.

По-перше, при дослідженні враховується кількість пацієнтів, які звернулися по стоматологічну допомогу, а жінки, як відомо, є значно медично активнішими за чоловіків, вони значно частіше звертаються до стоматологів.

По-друге, артрогенні скронево-нижньощелепні розлади дійсно об'єктивно зустрічаються у жінок в декілька разів частіше, ніж у чоловіків. У цих розладах значну питому вагу займають артрити та артрози СНЩС та інші суглобові порушення. Що стосується саме м'язово-суглобових дисфункцій СНЩС то, на наш погляд, переважання кількості жінок над кількістю чоловіків у 4,6 і, навіть, у 9 разів, що доведено низкою дослідників, не є об'єктивним і достовірним фактом.

При дослідженні етіопатогенетичних чинників розвитку МСД СНЩС було виявлено, що бруксизм значно частіше зустрічається серед чоловіків, ніж серед жінок. Це відрізняється від поглядів деяких дослідників, які стверджують, що розповсюдженість бруксизму як причини МСД СНЩС не залежить від статі [10].

Запропонований системний підхід до уза-

гальнення та впорядкування етіопатогенетичних чинників, які можуть привести до розвитку МСД СНЩС, дає можливість об'єднати в єдину систему різні напрямки класифікації чинників, запропоновані у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі, і тим самим подолати їх односторонній обмежений характер. У цьому полягає відмінність і перевага пропонованого підходу.

Представлені результати дослідження мають не тільки методичне, а й важливе практичне значення. Вони звертають увагу лікарів на необхідність ретельного збору анамнезу життя і захворювання пацієнта, проведення докладної співбесіди з пацієнтом. Лікарі часто не надають цьому належного значення, співбесіду з пацієнтом проводять побіжно, формально, тим самим втрачаючи багато цінної інформації, необхідної для правильної діагностики та призначення адекватного лікування.

В цілому проведене дослідження спрямоване на подальший розвиток наукових знань щодо етіопатогенетичних чинників розвитку МСД СНЩС.

Висновки. 1. Результати проведеного клінічного рандомізованого дослідження із залученням репрезентативної вибірки пацієнтів переконливо доводять, що у розвитку МСД СНЩС відіграють важливу роль як локальні етіопатогенетичні чинники стоматологічного та комбінованого генезу, так і загальні чинники, що зв'язані із захворюваннями різних органів і систем організму.

Локальні та загальні чинники тісно пов'язані між собою, підсилюють дію один одного, і тому при призначенні лікування дисфункції СНЩС їм необхідно розглядати у нерозривній єдності.

2. Лікування пацієнтів з МСД СНЩС може бути дійсно ефективним тільки при комплексно-міждисциплінарному персоналізованому підході до кожного пацієнта. План-схема лікування пацієнта з МСД СНЩС має передбачати, насамперед, виявлення провідних, найбільш значущих локальних та загальних чинників, що призвели до виникнення захворювання і підтримують його розвиток саме у цього пацієнта, та призначення комплексного лікування, спрямованого на усунення дій не тільки локальних, а й загальних чинників, з активним залученням до співпраці лікарів інших спеціальностей.

3. Представлені результати дозволяють розширити та систематизувати знання лікарів-стоматологів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів, студентів стоматологічних факультетів про етіопатогенетичних чинниках розвитку МСД СНЩС з метою направити вектор їх уваги на багатофакторність і поліетіологічність цього захворювання, що має важливе практичне значення.

Список літератури

1. **Максєв В.Ф.** Сучасні тенденції лікування скронево-нижньощелепних розладів / В.Ф. Максєв, У.Д. Телішевська, М.Ю. Олійник // Новини стоматології. – 2018. – № 2 (95). – С. 46-51.
2. **Телішевська У.Д.** Диференційна діагностика скронево-нижньощелепних розладів за клінічними та рентгенологічними ознаками: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд.мед.наук: спец.14.01.22. «Стоматологія» / У.Д. Телішевська – Львів. – 2010. – 18 с.
3. Graniomandibuläre dysfunction. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie / [Büntemeyer H.N., Bably I. El, Friedrich F. et. al.] – Berlin, Chicago, Tokio: Quintessence publishing Co. Ltd, 2010. – 432 p.
4. **Персин Л. С.** Стоматологія. Нейростоматологія. Дисфункції зубочелюстной системи: уч. пос. / Л. С. Персин, М. Н. Шаров – М.: ГОЭТАР-Медиа. – 2013. – 360 с.
5. **Okeson G. P.** Management of temporomandibular disorders and occlusion / Okeson G. P. – Ged Elsevier, 2007. – 640 p.
6. **Баданин В.В.** Нарушение окклюзии - основной этиологический фактор в возникновении дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин // Стоматология. – 2000. – № 1. – С. 51-54.
7. **Пузин М.Н.** Болевая дисфункция ВНЧС / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. – М.: Медицина, 2002. – 160 с.
8. **Куцевляк В.І.** Методика обстеження хворих з щелепно-лицевими деформаціями, пов'язаними з патологією височно-нижньощелепного суглоба / В.І. Куцевляк, С.М. Рябоконь // Профілактика і лікування каріозної хвороби та її ускладнень. – Харків: 1992. – С. 48-51.
9. **Боян А.М.** Определение пространственного перемещения суставных головок височно-нижнечелюстных суставов у больных с мышечно-суставной дисфункцией по данным компьютерно-томографического (КТ) исследования / А.М. Боян // ScienceRise. – 2015. – № 11/3 (16). – С. 5-9.
10. **Манфредини Д.** Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения; пер. с англ. / Манфредини Д. – М. – СПб.- К.-Алматы – Вильнюс: Изд. Дом «Азбука стоматолога», 2013. – 500 с.
11. **Сергиенко В.И.** Математическая статистика в клинических исследованиях / В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева. – М.: ГОЭТАР Медицина, 2000. – 256 с.
12. **Лебеденко И.Ю.** Клинические методы диагностики функциональных нарушений зубочелюстной системы: учеб. пособие / И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнов, М.М. Антоник, А.А. Супников. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 112 с.
13. Klinische Funktionsanalyse – interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen / [Ahlers M.O., Jakstat H.A., Bingel U. et al.] – Hamburg: DentaConcept, 2007. – 590 p. (3 Erweiterte Auflage)
14. **Доусон П.Е.** Функциональная окклюзия: от височно-нижнечелюстного сустава до планирования улыбки / П.Е. Доусон; пер. с англ., под ред. Д.Б. Конева. – М.: Практическая медицина, 2016. – 592 с.
15. **Сивовол С.И.** Этиология и патогенез болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / СИ. Сивовол // Дентальные технологии. – 2004. – № 6. – С. 53-57.
16. **Хватова В.** Основы гнатологии. Мышечно-суставная дисфункция: этиология, диагностика / В. Хватова // ДентАрт. – 2009. – № 4. – С. 31-40
17. **Новіков В.М.** Кореляційні зв'язки між м'язово-суглобовою дисфункцією СНЩС та оклюзійними порушеннями при різних видах прикусів / В.М. Новіков, Ю.С. Лунькова // Проблеми екології та медицини. – 2011. – № 15 (3-4), – С. 120-122.
18. **Славичек Р.** Жевательный орган. Функции и дисфункции / Р. Славичек. – М. – СПб.- К.-Алматы– Вильнюс, 2008. – 544 с.

REFERENCES

1. **Makjejev V.F., Telishevs'ka U.D., Olijnyk M.Ju.** Current trends in the treatment of temporomandibular disorders. *Novyny stomatologii*. 2018;2(95):46-51.
2. **Telishevs'ka U.D.** *Dyferencijna diagnostyka skronevo-nyzhn'oshhelepnyh rozladiv za klinichnymy ta rentgenologichnymy oznakamy* [Differential diagnosis of temporomandibular disorders by clinical and Radiological signs]: Abstract of a candidate's thesis of medical sciences. L'viv; 2010:18.
3. **Büntemeyer H.N., Bably I. El, Friedrich F., Groot Landeweer G., Heymann W. V., et. al.** Graniomandibuläre dysfunction. Interdisziplinäre Diagnostik und Thearapie. Berlin, Chicago, Tokio: Quintessence publishing Co. Ltd; 2010:432.
4. **Persin L. S., Sharov M. N.** *Stomatologiya. Neyrostomatologiya. Disfunktsii zubochehlyustnoy sistemy: uchebnoe posobie* [Dentistry. Neurostomatologic. Dysfunctions of the dentoalveolar system: a textbook] *M.: GOETAR-Media*; 2013:360.
5. **Okeson G. P.** Management of temporo-mandibular disorders and occlusion. Ged Elsevier; 2007:640.
6. **Badanin V.V.** Occlusion disorder is the main etiological factor in the occurrence of temporomandibular joint dysfunction. *Stomatologiya*. 2000;1:51-54.
7. **Puzin M.N., Vyaz'min A.Ya.** *Bolevaya disfunktsiya VNChS* [TMJ pain dysfunction]. *M.: Meditsina*; 2002:160.
8. **Kucevljak V.I., Rjabokon' S.M.** *Metodyka obstezhennja hvoryh z shhelepno-lycevyjmy deformacijamy, pov'jazanyjmy z patologijeju vyskovo-nyzhn'oshhelepnoho sugloba* [Method of examination of patients with maxillofacial deformities associated with pathology of the maxillary joint]. *Profilaktyka i likuvannja karioznoi' hvoroby ta ii' uskladnen'*. *Harkiv*;1992:48-51.
9. **Boyan A.M.** Determination of spatial movement of the articular heads of the temporomandibular joints in patients with musculoskeletal dysfunction according to computer tomography (CT) research. *ScienseRise*. 2015;11/3 (16):5-9.
10. **Manfredini D.** Visochno-nizhnechelyustnye rasstroystva. Sovremennye kontseptsii diagnostiki i lecheniya; per. s angl [Temporomandibular disorders. Modern concepts of diagnosis and treatment; translated from English]. *M. SPb.- K.-Almaty - Vil'nyus: Izd. Dom «Azбука stomatologa»*; 2013:500.
11. **Sergienko V.I., Bondareva I.B.** *Matematicheskaya statistika v klinicheskikh issledovaniyakh* [Mathematical statistics in clinical trials]. *M.: GOETAR Meditsina*; 2000:256.
12. **Lebedenko I.Yu., Arutyunov S.D., Antonik M.M., Supnikov A.A.** *Klinicheskie metody diagnostiki funktsional'nykh narushenij zubochehlyustnoy sistemy: uchebnoe posobie* [Clinical methods for diagnosing functional disorders of the dental system: textbook]. *M.: MEDpress-inform*; 2008:112.
13. **Ahlers M.O., Jakstat H.A., Bingel U. et al.** Klinische Funktionsanalyse – interdisziplinäres Vorgehen mit optimierten Befundbögen. Hamburg: DentaConcept, 2007:590. (3 Erweiterte Auflage).
14. **Douson P.E.** *Funktsional'naya okklyuziya: ot visochno-nizhnechelyustnogo sustava do planirovaniya ulybki* [Functional occlusion: from the temporomandibular joint to smile planning]. *M.: Prakticheskaya meditsina*; 2016:592.
15. **Sivovol S.I.** Etiology and pathogenesis of temporomandibular joint pain dysfunction. *Dental'nye tekhnologii*. 2004;6:53-57.
16. **Khvatova V.** Fundamentals of gnathology. Musculoskeletal dysfunction: etiology, diagnosis. *DentArt*. 2009;4:31-40.
17. **Novikov V.M., Lun'kova Yu.S.** Correlations between TMJ musculoskeletal dysfunction and occlusive disorders in various types of bites. *Problemi ekologii ta meditsini*. 2011;15 (3-4):120-122.

18. **Slavichек R.** *Zhevatel'nyy organ. Funktsii i disfunktsii* [The masticatory organ. Functions and dysfunctions]. *M. SPb.- K.-Almaty - Vil'nyus*; 2008:544.

Надійшла 29.10.2020



DOI 10.35220/2078-8916-2020-38-4-48-53

УДК 616.316.5-006.5-089.87-089.15

**I. С. Бродецкий к. мед. н.,
В. О. Маланчук, д. мед. н.**

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця

ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ПЛЕОМОРФНИМИ АДЕНОМАМИ СЛИННИХ ЗАЛОЗ

Мета роботи. Визначення та обґрунтування меж резекції інтактної залози при операціях на плеоморфних аденомах привушних слинних залоз.

Матеріали і методи. Матеріалом обстеження було 27 хворих плеоморфними аденомами привушних слинних залоз.

Результати дослідження. Найбільшою експресія 34a та 29a мікроРНК спостерігалась у прилеглій до капсули пухлини тканині залози, що знаходилась на відстані 5мм – 1096,91±413,82 та 108,05±64,54 відповідно, а найменшою у інтактній тканині залози, що не мала зв'язку з пухлиною і знаходилась на відстані 10 мм від пухлини – 47,5±32,01 та 8,33±4,8 відповідно.

Висновки. Найбільш поширеним хірургічним втручанням на плеоморфних аденомах привушних залоз є екстракапсулярна дисекція пухлини – 70,37 % хворих. При проведенні екстракапсулярної дисекції та часткової поверхневої паротидектомії ПА слинних залоз генетично обґрунтованим є резекція прилеглої до пухлини 10 мм інтактної тканини слинної залози.

Ключові слова: плеоморфна аденома слинних залоз, мікроРНК, екстракапсулярна дисекція, паротидектомія.

I. С. Бродецкий, В. А. Маланчук

Национальный медицинский университет
имени А. А. Богомольца

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЛЕОМОРФНЫМИ АДЕНОМАМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Цель работы. Определение и обоснование границ резекции интактной ткани железы при операциях на плеоморфных аденомах околоушных слюнных желез.

Материалы и методы. Материалом обследования было 27 больных плеоморфными аденомами околоушных слюнных желез.