

В.Ф. Макєєв, О.Д. Телішевська, М.Ю. Михайлович

Особливості визначення клінічних ознак у процесі диференційної діагностики у хворих з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

Актуальність. Питання етіології, патогенезу й діагностики скронево-нижньощелепних розладів (СНР) залишається не до кінця зрозумілим та доведеним. Адже розуміння етіології скронево-нижньощелепних розладів є надзвичайно важливим у розпізнаванні та усуненні потенційних патологічних чинників. Варто привернути увагу лікарів-стоматологів до необхідності ретельного збору анамнезу потенційного хворого для встановлення хвороб, які можуть провокувати розвиток СНР, при першому огляді пацієнта, що може запобігти їх розвитку або полегшити перебіг хвороби.

Мета: визначити клінічні діагностичні критерії та їх вагомість у диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів і хвороб, що можуть імітувати їх або вказувати на можливість відхилення діагнозу СНР.

Методи. Матеріалом дослідження були 178 осіб з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади. Усі означені особи були піддані комплексному обстеженню, яке включало ретельний збір скарг та анамнезу, клінічне обстеження із застосуванням Гамбургського протоколу, протоколу за Helkimo, дослідження функції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС) та оклюзійних проб. Додаткові методи включали панорамну рентгенографію та зонографію, ультразвукову діагностику стану СНЩС і жувальних м'язів, за показанням – спіральну комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію.

Результати. Виявлено, що для частини осіб з обмеженим відкриванням рота (менше 4 см) найбільш характерний симптом був у підгрупі з артрогенними (35,1 % з артрогенними проти 7,1 % у групі порівняння; $p < 0,01$) та міогенними (18,8 % з міогенними проти 7,1 % у групі порівняння, $p < 0,05$) розладами. Для комбінованих розладів цей показник був статистично недостовірним ($p > 0,05$). Посилення (більше 5 см) відкривання рота при порівнянні осіб основної групи та осіб групи порівняння було статистично невірогідним (20,0 % проти 25,0 %, $p > 0,05$). Визначено, що такий симптом, як девіація (вправо та вліво), для підгрупи з артрогенними розладами склав 40,7 % проти 17,9 % у групі порівняння ($p < 0,05$), для підгрупи з міогенними розладами 25,0 % проти 17,9 % у групі порівняння ($p > 0,05$), для групи з комбінованими розладами 42,3 % проти 17,9 % ($p < 0,05$). За показником дефлексії (вправо і вліво) частка осіб з артрогенними розладами з цим симптомом склала 74,3 % проти 7,1 % у групі порівняння ($p < 0,01$). Для міогенних розладів цей показник виявився недостовірним (6,25 % проти 7,1 %; $p > 0,05$), а для комбінованих розладів склав 15,4 % проти 7,1 % групи порівняння ($p < 0,05$). Отже, при проведенні дослідження визначено й підтверджено важливість ретельного клінічного обстеження хворих з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, яке дозволяє вже саме на цьому етапі здійснити попередню диференційну діагностику дійсно СНР і хворих, які їх імітують, або поставити під сумнів наявність скронево-нижньощелепного розладу.

Висновки. Серед хворих з підтвердженими скронево-нижньощелепними розладами виявлено низку клінічних симптомів, які статистично підтверджені при порівнянні з особами, в яких визначено хвороби, що імітують СНР, або цей діагноз був відхилений.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, скронево-нижньощелепні розлади, діагностика.

Вступ

У сучасній стоматології скронево-нижньощелепні розлади (СНР) за частотою посідають третє місце серед усіх стоматологічних хвороб після карієсу, його ускладнень і патології пародонта. Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених діагностиці та лікуванню цих розладів, єдина стратегія серед дослідників не визначена й досі [1, 2].

Ускладнює визначення практикуючими лікарями уявлень про етіологію й патогенез СНР і той факт, що інформація про чинники розвитку цих захворювань має суперечливий характер, відсутня спільна думка про результати вивчення цієї проблеми, а представлені в різних публікаціях дані зазвичай неоднозначні й навіть суперечливі [6].

Питання етіології та патогенезу СНР залишається не до кінця зрозумілим, тому пошук шляхів лікування даної патології часто є важким, адже розуміння етіології скронево-нижньощелепних розладів є надзвичайно важливим у розпізнаванні та усуненні потенційних патологічних чинників [3].

Розуміння причин даної патології дозволить досвідченому спеціалісту на певному рівні відрізнити больовий синдром дисфункції від схожих на нього захворювань, установити причину, призначити адекватне лікування або направити до лікаря іншої спеціальності [4, 5].

Прояви болю в ділянці обличчя, щелеп та язика, різноманіття причин, що його викликають, і значна кількість діагностичних помилок викликають необхідність детального обговорення питань диференційної діагностики СНР [7].

Багаторічний клінічний досвід деяких дослідників дозволяє з упевненістю стверджувати, що для появи скронево-нижньощелепних розладів у більшості випадків необхідний не один етіологічний фактор, а поєднання дії комплексу ендогенних та екзогенних несприятливих факторів, які призводять до вичерпування адаптаційних і компенсаторних механізмів, що мають тканини СНЩС і жувальні м'язи, у результаті чого порушується фізіологічна рівновага зубощелепної системи й розвивається СНР [5, 8, 9, 10].

Усе вищеперераховане підкреслює актуальність даної проблеми та необхідність проведення подальших досліджень у даному напрямі.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 178 осіб, які звернулись або були скеровані іншими лікарями з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади по консультацію на кафедру ортопедичної стоматології ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Застосовано комплекс клінічних і додаткових методів досліджень усіх осіб, який включав ретельний збір скарг та анамнезу, клінічний аналіз функцій скронево-нижньощелепних суглобів, жувальних м'язів та оклюзійних проб, а також панорамну рентгенографію та зонографію, УЗ-діагностику СНЩС і жувальних м'язів, за показниками – спіральну комп'ютерну томографію та МРТ суглобів.

Результати обстеження вносились у спеціально розроблену карту обстеження з переведенням в електронний варіант.

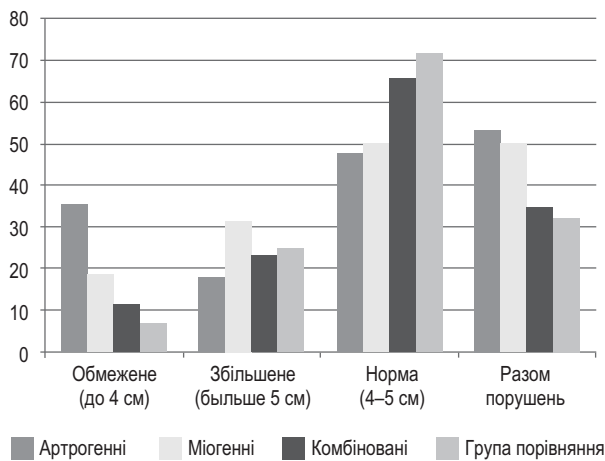


Рис. 1. Аналіз ступеня відкриття рота за даними клінічного обстеження пацієнтів різних груп.

За класифікацією В.В. Newile і співав. (1995), обстежені особи були розділені на групи з артрогенними та міогенними розладами з доповненням до класифікації «комбіновані розлади».

У частини обстежених осіб з підозрою на СНР було діагностовано інші хвороби, які імітували розлади, а в частини осіб діагноз СНР було відхилено.

Отже, у результаті обстеження визначено, що у 150 осіб діагностовано СНР, з них артрогенні – у 108 осіб, міогенні – у 16 осіб, комбіновані у 26-ти осіб, які склали основну групу. У 28 осіб виявлені імітовані СНР або цей діагноз не підтвердився, і ці особи склали групу порівняння.

Вік хворих коливався від 15 до 70 років з переважанням цих патологій у віці від 15 до 49-ти років – 89,3 % проти 10,7 % іншого віку ($p < 0,01$) та осіб жіночої статі: 79,8 % жінок проти 20,2 % чоловіків ($p < 0,01$).

Мета дослідження – визначити клінічні діагностичні критерії та їх вагомість у диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів і хвороб, що можуть імітувати їх або вказувати на можливість відхилення діагнозу СНР.

Результати дослідження та їх обговорення

Дане дослідження стосується клінічних ознак (симптомів), що характеризують явища, які супроводжують функціональний стан СНЩС при рухах нижньої щелепи при різних варіантах СНР у порівнянні із групою порівняння.

Аналіз ступеня відкриття рота за даними клінічного спостереження осіб різних груп наведено в табл. 1 та на рис. 1.

Виявлено, що для частини осіб з обмеженим відкриттям рота (менше 4 см) найбільш характерний симптом був у підгрупі з артрогенними (35,1 % з артрогенними проти 7,1 % у групі порівняння; $p < 0,01$) та з міогенними (18,8 % з міогенними проти 7,1 % у групі порівняння, $p < 0,05$) розладами. Для комбінованих розладів цей показник був статистично недостовірним ($p > 0,05$).

Загалом для осіб основної групи обмежень відкриття рота виявлено у 29,3 % проти 7,1 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Аналіз ступеня відкриття рота за даними клінічного обстеження пацієнтів різних груп

| Відкриття рота | | Групи обстежених (основна група) | | | | Група порівняння |
|-------------------------|---|----------------------------------|----------|-------------|--------|------------------|
| | | Артрогенні | Міогенні | Комбіновані | Усього | |
| Обмежене (до 4 см) | n | 38 | 3 | 3 | 44 | 2 |
| | % | 35,1 | 18,8 | 11,5 | 29,3 | 7,1 |
| Збільшене (більше 5 см) | n | 19 | 5 | 6 | 30 | 7 |
| | % | 17,6 | 31,3 | 23,1 | 20,0 | 25,0 |
| Норма (4-5 см) | n | 51 | 8 | 17 | 76 | 20 |
| | % | 47,2 | 50,0 | 65,4 | 50,7 | 71,4 |
| Разом порушень | n | 57 | 8 | 9 | 74 | 9 |
| | % | 52,8 | 50,0 | 34,6 | 49,3 | 32,1 |
| Σ | n | 108 | 16 | 26 | 150 | 28 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Аналіз траєкторії відкриття рота за даними клінічного обстеження пацієнтів різних груп

| Траєкторія | | Групи обстежених (основна група) | | | | Група порівняння |
|---------------------------|---|----------------------------------|----------|-------------|--------|------------------|
| | | Артрогенні | Міогенні | Комбіновані | Усього | |
| Девіація (вправо; вліво) | n | 44 | 4 | 11 | 59 | 5 |
| | % | 40,7 | 25,0 | 42,3 | 39,3 | 17,9 |
| Дефлексія (вправо; вліво) | n | 36 | 1 | 4 | 41 | 2 |
| | % | 74,3 | 6,25 | 15,4 | 27,3 | 7,1 |
| Зигзагоподібна | n | 11 | 1 | 0 | 12 | 3 |
| | % | 10,2 | 6,25 | 0 | 8,0 | 10,7 |
| Разом порушень | n | 91 | 6 | 15 | 112 | 9 |
| | % | 84,2 | 37,5 | 57,7 | 74,7 | 32,1 |
| Норма | n | 17 | 10 | 11 | 38 | 19 |
| | % | 15,8 | 62,5 | 42,3 | 25,3 | 67,9 |
| Σ | n | 108 | 16 | 26 | 150 | 28 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

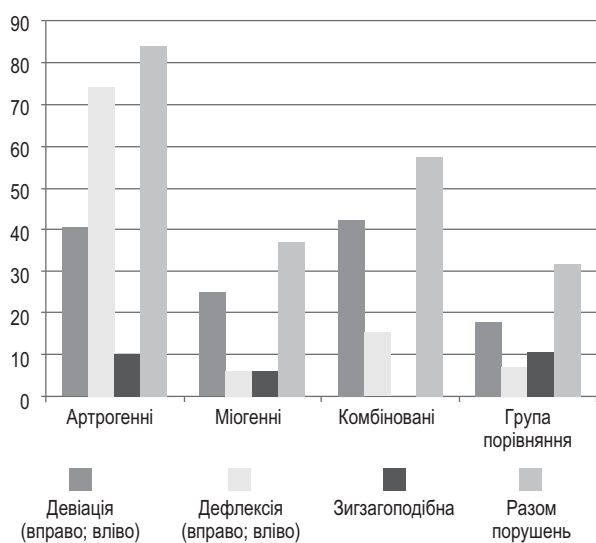


Рис. 2. Аналіз траєкторії відкриття рота за даними клінічних обстежень пацієнтів різних груп.

Посилення (більше 5 см) відкриття рота при порівнянні осіб основної групи та осіб групи порівняння було статистично невіргодним (20,0 % проти 25,0 %, $p > 0,05$).

Аналіз траєкторії відкриття рота за даними клінічних обстежень осіб обстежених груп наведено в табл. 2 та на рис. 2.

Визначено, що такий симптом, як девіація (вправо та вліво), для підгрупи з артрогенними розладами склав 40,7 % проти 17,9 % у групі порівняння ($p < 0,05$), для підгрупи з міогенними розладами 25,0 % проти 17,9 % у групі порівняння ($p > 0,05$), для групи з комбінованими розладами 42,3 % проти 17,9 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

За показником дефлексії (вправо і вліво) частина осіб з артрогенними розладами з цим симптомом складала

74,3% проти 7,1% у групі порівняння ($p < 0,01$). Для міогенних розладів цей показник виявився недостовірним (6,25 % проти 7,1 %; $p > 0,05$), а для комбінованих розладів склав 15,4 % проти 7,1 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

Зигзагоподібне відкриття рота у порівнянні підгруп і груп порівняння було статистично не достовірним ($p > 0,05$).

Аналіз симптомів порушення рухів нижньої щелепи при протрузії та латеротрузії (вправо/вліво) за даними клінічного обстеження осіб різних груп наведено в табл. 3 та на рис. 3.

З даних, наведених у табл. 3 й на рис. 3, впливає, що за показниками «обмеження рухів», «загальмовані рухи нижньої щелепи», «біль при рухах» для всіх підгруп і для групи з СНР у цілому визначена частка хворих у порівнянні з групою порівняння статистично недостовірною ($p > 0,05$).

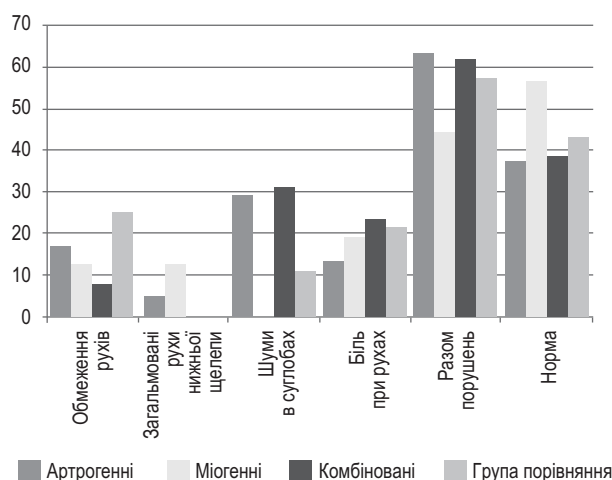


Рис. 3. Аналіз симптомів порушення рухів нижньої щелепи при протрузії та латеротрузії (вправо/вліво) за даними клінічного обстеження осіб різних груп.

Таблиця 3

Аналіз симптомів порушення рухів нижньої щелепи при протрузії та латеротрузії (вправо/вліво) за даними клінічного обстеження осіб різних груп

| Характеристика клінічного обстеження рухів нижньої щелепи при протрузії/латеротрузії (вправо/вліво) | | Групи обстежених (основна група) | | | | Група порівняння |
|---|---|----------------------------------|----------|-------------|--------|------------------|
| | | Артрогенні | Міогенні | Комбіновані | Усього | |
| Обмеження рухів | n | 18 | 2 | 2 | 22 | 7 |
| | % | 16,7 | 12,5 | 7,7 | 14,7 | 25,0 |
| Загальмовані рухи нижньої щелепи | n | 5 | 2 | 0 | 7 | 0 |
| | % | 4,6 | 12,5 | 0 | 4,7 | 0 |
| Шуми в суглобах | n | 31 | 0 | 8 | 39 | 3 |
| | % | 28,7 | 0 | 30,7 | 26,0 | 10,7 |
| Біль при рухах | n | 14 | 3 | 6 | 23 | 6 |
| | % | 13,0 | 18,8 | 23,1 | 15,3 | 21,4 |
| Разом порушень | n | 68 | 7 | 16 | 91 | 16 |
| | % | 62,9 | 43,8 | 61,5 | 60,7 | 57,1 |
| Норма | n | 40 | 9 | 10 | 59 | 12 |
| | % | 37,1 | 56,2 | 38,5 | 39,3 | 42,9 |
| Σ | n | 108 | 16 | 26 | 150 | 28 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Таблиця 4

Аналіз патологічних шумів при аускультатії суглобів за даними клінічного обстеження пацієнтів різних груп

| Види патологічних шумів при аускультатії СНЩС | | Групи обстежених (основна група) | | | | Група порівняння |
|---|---|----------------------------------|----------|-------------|--------|------------------|
| | | Артрогенні | Міогенні | Комбіновані | Усього | |
| Хрускіт | n | 45 | 8 | 7 | 60 | 4 |
| | % | 41,7 | 50,0 | 26,9 | 40,0 | 14,3 |
| Клацання | n | 36 | 1 | 4 | 41 | 2 |
| | % | 33,3 | 6,3 | 15,4 | 27,3 | 7,1 |
| Крепітація | n | 26 | 5 | 7 | 38 | 1 |
| | % | 24,1 | 31,3 | 26,9 | 25,3 | 3,6 |
| Разом порушень | n | 107 | 14 | 18 | 139 | 7 |
| | % | 99,1 | 87,5 | 69,2 | 92,7 | 25,0 |
| Норма | n | 1 | 2 | 8 | 11 | 21 |
| | % | 0,9 | 12,5 | 30,8 | 7,3 | 75,0 |
| Σ | n | 108 | 16 | 26 | 150 | 28 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Тільки для симптому «шуми в суглобах» як і для артрогенних розладів, так і для комбінованих розладів у порівнянні із групою порівняння визначено такі показники: 28,7 % артрогенних СНР проти 10,7 % у групі порівняння ($p < 0,05$) та 30,7 % проти 10,7 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

Аналіз патологічних шумів при аускультатії суглобів за даними клінічного обстеження осіб різних груп наведено в табл. 4.

Визначено, що за показником «хрускіт» частка осіб за цим показником при артрогенних СНР склала 41,7 %, при міогенних 50,0 %, при комбінованих СНР 26,9 %, а загалом в основній групі 40,0 % проти осіб із групи порівняння 14,3 % ($p < 0,05$).

За показником «клацання» частка осіб за цим показником при артрогенних СНР склала 33,3 %, при комбінованих 15,4 %, а загалом в основній групі 27,3 %

проти осіб із групи порівняння 7,1 % ($p < 0,05$). Виключення спостерігається тільки для підгрупи з міогенними розладами 6,3 % проти 7,1 % групи порівняння ($p > 0,05$).

Крепінатія виявлена у 24,1 % підгрупи осіб з артрогенними СНР, у 31,3 % підгрупи з міогенними розладами й у 26,9 % з комбінованими СНР; загалом у 25,3 % основної групи проти 3,6 % осіб із групи порівняння ($p < 0,05$).

Загалом шумові явища виявлено у 99,1 % осіб з артрогенними СНР, у 87,5 % – з міогенними СНР, у 69,2 % з комбінованими СНР, загалом у 92,7 % основної групи проти 25,0 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

Отже, при проведенні дослідження визначено й підтверджено важливість ретельного клінічного обстеження хворих з підозрою на скронево-нижньощелепні розлади,

яке дозволяє вже на цьому етапі поведи попередню диференційну діагностику дійсно СНР і хворих, які їх імітують, або поставити під сумнів наявність скронево-нижньощелепного розладу.

Зазначимо, що на важливості саме клінічного обстеження хворих з підозрою на СНР з метою попередньої диференційної діагностики наполягають і інші дослідники [11, 12, 13].

Висновки

Серед хворих з підтвердженими скронево-нижньощелепними розладами виявлено низку клінічних симптомів, які статистично підтверджені порівняно з особами, в яких визначено хвороби, що імітують СНР, або цей діагноз був відхилений.

ПОСИЛАННЯ

- Slavich R. Zhevatel'nyj organ. Funkcii i disfunkcii. M., SPb, K, Almaty, Vil'nius. 2008. 544 p. [In Russian]
- Makieiev VF. Suchasni tendentsii likuvannya skronevo-nyzhnoshchelepnykh rozladiv. Novyny stomatolohii. 2018. № 2 (95): 14–7 [In Ukrainian]
- Andrea MC, Picos AM, Poca S, Chisnou PD, Lascu L, Picos A et al. Factors involved in the etiology of temporomandibular disorders – a literature review. Clujul Medical. 2015. 88; 4: 473–8
- Novikov VM, Shtefan AV. Diagnostika patologii visochno-nizhnechelyustnogo sustava okkluzionnogo reneza. Visnik problem biologii i medycyny. 2014. 2; 2 (108): 50 [In Russian]
- Makieiev VF, Telishevska UD, Shybinskyi VY, Telishevska OD, Kulichenko RV. Skronevo-nyzhnoshchelepni rozlady. Monohrafiia. Lviv; Kvadr. 2018. 404 p. [In Ukrainian]
- Kutsevyak V.I., Boyan A.M. Sistematzatsiya etiopatogeneticheskikh faktorov razvitiya myshechno-sustavnoy disfunktsii visochno-nizhnechelyustnogo sustava // Sci. J. «ScienceRise: Medical Science». – 2018. # 6 (26). – P. 62–67 [In Russian]
- Melnyk VL, Shevchenko VK, Sylenko Yul. Mistse syndromu dysfunktsii skronevo-nyzhnoshchelepnoho suhloba sereb bolovykh syndromiv oblychchia. Ukrainyky stomatolohichnyy almanakh. 2018. № 1: 79–82 [In Ukrainian]
- Manfredini D. Current concepts of temporomandibular disorders // London, Berlin, Chicago: Quintessence publishing Co. Ltd, 2010: 498 p
- Ding-Han W. Response of the temporomandibular joint tissue of rats to rheumatoid arthritis induction methods. / W. Ding-Han, Mu-Chen Yang, Wun-Eng Hsu, Ming-Lun Hsu, Ling-Ming Yu // Journal of Dental Sciences. – 2017. – Vol. 12: 83–90.
- Nicolielo L.F.P. Is oestrogen associated with mandibular condylar resorption? A systematic review / L.F.P. Nicolielo, R. Jacobs, E. Ali Abdour, X. Hoste, J. Abeloos, C. Politis, G. Swennen // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2017. – Vol. 46: 1394–1402
- Beynarovich S, Filimonova O. Sovremennyy vzglyad na etiopatogenez disfunktsionalnykh rasstroystv visochno-nizhnechelyustnogo sustava. Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik 2018; 26 (6): 164–70 [In Russian]
- Ozhohan R, Rozhko M, Ozhohan Z. Klinichna otsinka stanu zubo-shchelepnoi systemy u patsientiv iz zahvoriuvanniyami skronevo-nyzhnoshchelepnoho suhloba. Visnyk stomatolohii, № 1, T 31. 2019: 60–4 [In Ukrainian]
- Huliuk S, Shnaider S, Nonieva N. Klinichni osoblyvosti okliuzii i funktsii SNShchS u khvorykh z miofatsialnym bolovym syndromom oblychchia. Visnyk stomatolohii. № 2. T. 32. 2019: 69–73 [In Ukrainian].

Особенности определения клинических признаков в процессе дифференциальной диагностики у больных с подозрением на височно-нижнечелюстные расстройства

Резюме. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных диагностике и лечению этих расстройств, единая стратегия среди исследователей до сих пор не определена. Затрудняет определение практикующими врачами представлений об этиологии и патогенезе ВНП и тот факт, что информация о факторах развития этих заболеваний имеет противоречивый характер, отсутствует общее мнение о результатах изучения этой проблемы, а представленные в различных публикациях данные обычно неоднозначны и даже противоречивы. Вопросы этиологии и патогенеза ВНП остаются не до конца понятными, поэтому поиск путей лечения данной патологии часто является трудным. Ведь понимание этиологии височно-нижнечелюстных расстройств остается чрезвычайно важным при распознавании и устранении потенциальных патологических процессов.

Цель исследования: определить клинические диагностические критерии и их значимость в дифференциальной диагностике височно-нижнечелюстных расстройств и болезней, которые могут имитировать или указывать на возможность отклонения диагноза ВНП.

Результаты. Выявлено, что для лиц с ограниченным открыванием рта (менее 4 см) наиболее характерный симптом был в подгруппе с артрогенными (35,1 % с артрогенными против 7,1 % в группе сравнения, $p < 0,01$) и с миогенными (18,8 % с миогенными против 7,1 % в группе сравнения, $p < 0,05$) расстройствами. Для комбинированных расстройств этот показатель был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Усиление (более 5 см) открывания рта по сравнению с лицами из основной группы и лицами из группы сравнения было статистически не вероятным (20,0 % против 25,0 %, $p > 0,05$). Определено, что такой симптом, как девиация (вправо и влево), для подгруппы с артрогенными расстройствами составил 40,7 % против 17,9 % в группе сравнения ($p < 0,05$), для подгруппы с миогенными расстройствами – 25,0 % против 17,9 % в группе сравнения ($p > 0,05$), для группы с комбинированными расстройствами – 42,3 % против 17,9 % ($p < 0,05$). По показателю дефлексии (вправо и влево) доля лиц с артрогенными расстройствами и этим симптомом составила 74,3 % против 7,1 % в группе сравнения ($p < 0,01$). Для миогенных расстройств этот показатель оказался недостоверным (6,25 % против 7,1 %; $p < 0,05$), а для комбинированных расстройств составил 15,4 % против 7,1 % в группе сравнения ($p < 0,05$). Итак, при проведении исследования определена и подтверждена важность тщательного клинического обследования больных с подозрением на височно-нижнечелюстное расстройство, которое позволяет именно на этом этапе провести предварительную дифференциальную диагностику действительно СНР и больных, которые их имитируют, или поставить под сомнение наличие височно-нижнечелюстных расстройств.

Выводы. Среди больных с подтвержденными височно-нижнечелюстными расстройствами выявлен ряд клинических симптомов, которые статистически подтверждены при сравнении с лицами, у которых определены болезни, имитирующие ВНП, или этот диагноз был отклонен.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, височно-нижнечелюстные расстройства, диагностика.

Features of determining clinical signs in the process of differential diagnosis in patients with suspected temporomandibular disorder

V. Makeev, O. Telyshevska, M. Mykhailevych

Summary. Despite a large number of studies on the diagnosis and treatment of these disorders, a unified strategy among researchers has not yet been determined. It is difficult for practitioners to determine the etiology and pathogenesis of heart failure and the fact that information on the development factors of these diseases is contradictory, there is no general opinion on the results of studying this problem, and the data presented in various publications are usually ambiguous and even contradictory. The etiology and pathogenesis of heart failure remains not fully understood, therefore, finding ways to treat this pathology is often difficult, because understanding the etiology of temporomandibular disorders is extremely important in recognizing and eliminating potential pathological factors.

The goal of the study was to determine the clinical diagnostic criteria and their significance in the differential diagnosis of temporomandibular disorders and diseases, which can imitate or may indicate the possibility of rejection of the diagnosis of heart failure.

Results. It was revealed that for the proportion of people with limited opening of the mouth (less than 4 cm), the most characteristic symptom was in the subgroup with arthrogenic (35.1 % of arthrogenic contrary 7.1 % in the comparison group, $p < 0.01$) and myogenic (18.8 % of myogenic contrary 7.1 % in the comparison group, $p < 0.05$) disorders. For combined disorders, this indicator was statistically unreliable ($p > 0.05$). An increase (more than 5 cm) in mouth opening by comparing the persons of the main group and the persons of the comparison group was not statistically likely (20.0 % contrary 25.0 %, $p > 0.05$). It was determined that such a symptom as deviation (left and right) for the subgroup «arthrogenic disorders» was 40.7 % contrary 17.9 % in the comparison group ($p < 0.05$), for the subgroup «myogenic disorders» 25.0 % contrary 17.9 % in the comparison group ($p > 0.05$), for the group of «combined disorders» 42.3 % contrary 17.9 % ($p < 0.05$). In terms of deflection (left and right), the proportion of people with arthrogenic disorders with this symptom was 74.3 % contrary 7.1 % in the comparison group ($p < 0.01$). For myogenic disorders, this indicator was not reliable (6.25 % contrary 7.1 %; $p < 0.05$), and for combined disorders it was 15.4 % contrary 7.1 % in the comparison group ($p < 0.05$). So, the studies have identified and confirmed the importance of a thorough clinical examination of patients with suspected temporomandibular disorder, which allows at this stage to carry out preliminary differential diagnosis between truly heart failure and patients who imitate or question the presence of temporomandibular disorder.

Conclusions. Among patients with confirmed temporomandibular disorders, a number of clinical symptoms were identified that are statistically confirmed compared with persons in whom diseases mimicking TMD were identified or this diagnosis was rejected.

Key words: mandibular joint, mandibular disorders, diagnosis.

*Макєєв Валентин Федорович – д-р мед. наук,
професор кафедри ортопедичної стоматології
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.
Телішевська Оксана Дмитрівна – канд. мед наук,
асистент кафедри ортопедичної стоматології
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.
Михайлевич Марта Юрійвна – аспірант кафедри ортопедичної стоматології
Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.
Тел.: (093) 535-57-09. E-mail: martatyt@gmail.com.*

**ВИРОБНИЦТВО, ПІДТРИМКА, ОБСЛУГОВУВАННЯ
WEB-САЙТІВ, ІНТЕРНЕТ-МАГАЗИНІВ**

ВИГОТОВЛЕННЯ МОБІЛЬНИХ ДОДАТКІВ

**тел.: 044 230 27 19,
e-mail: web@dentalexpert.com.ua**