

ЧАККА ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИНИНГ ОҒРИҚ СИНДРОМЛАРИДА ЧАЙНОВ МУШАКЛАРИНИНГ ПАРАФУНКЦИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Алиев Навруз Ҳасанович

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАФУНКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСНОГО СУСТАВА

Алиев Навруз Ҳасанович

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PARAFUNCTION OF MASTICATORY MUSCLES IN PAIN SYNDROMES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Aliyev Navruz Hasanovich

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bsmi.uz

Резюме. Тадқиқот ишида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт масканининг неврология бўлими, Бухоро вилоят стоматологияси ва Бухоро Давлат тиббиёт институтига қарашли илмий амалий стоматология марказида чакка пастки жағ бўғимида оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган жами 153 бемор текширилди. Олинган натижаларга кўра, одамлар юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши, юқори невропсихиатрик стресс фонида пайдо бўлган чакка пастки жағ бўғимининг оғриқ дисфункцияси синдроми ҳолатида объектив текширув орқали аниқланди. Тадқиқотда иштирок этган беморлар протез, кўплаб чайнаш тишларининг тўсатдан йўқолиши ва эстетиканинг шикастланишлари ҳақида оғриқ дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бўғими маълумотлар базасининг ривожланиш сабаблари ҳақида гапиришди. Баъзи беморлар ҳатто тез-тез учрайдиган яллиғланишли периодонтал ва оғиз шиллиқ қавати касалликлари, чайнов тишларини қийин экстракция қилиш каби сабабларни ҳам айтиб ўтишди. Касалликларнинг кенг доираси оғриқ дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бўғими маълумотлар базасини ривожланишига олиб келади; улар орасида фавқулотда вазиятлар, мушак аппарати ва психологик хусусиятлар бузилиши; оғриқ синдромининг энг юқори интенсивлиги оғир психологик етишимовчилиги бўлган беморлар томонидан ажратилган.

Калит сўзлар: чакка пастки жағ бўғими, оғриқли дисфункция, бўғим диски, ноартикулар патология.

Abstract: Only 153 patients with PDS (TMJ), consisting on the dispensary account or seek treatment to a dentist and neurologist in the departments of prosthodontics and orthodontics, otorhinolaryngology and neurology were examined at the Centre for neurology, dentistry of BSMI, children's and adult General hospitals in the Bukhara region. According to the results, people were identified by objective examination in case of PDS (TMJ) occurred on the background of decrease in the LPF, high neuro-mental tension and deterioration. Patients who participated in the study spoke about the reasons for the development of the database of PDS (TMJ) about prosthetics, malocclusion, sudden loss of many chewing teeth and aesthetic damage. Some patients even mentioned such reasons as frequent inflammatory diseases of periodontium and oral mucous membrane, difficulty in removal of chewing teeth. A wide range of diseases leads to the development of PDS (TMJ); among them, there is an emergency form, disorders of the muscular apparatus and psychological characteristics; patients with severe psychological insufficiency have the greatest intensity of pain syndrome.

Key words: temporomandibular joint, pain dysfunction, articular disc, non-articular pathology.

Долзарблиги. Баъзи адабиёт маълумотларига кўра, чакка пастки жағ бўғими дисфункциясининг диагностикасига алоҳида эътибор шикоятларни батафсил таҳлил қилиш [18], анамнезни йиғиш ва ушбу патологияга йўналтирилган маълумотлар базасидан

фойдаланган ҳолда тизимли алгоритмлар шаклида профилли беморларнинг стоматологик ҳолатини тавсифловчи асосий тадқиқот усуллари маълумотлар шунингдек, замонавий илмий қарашларни ҳисобга олган ҳолда, тиш – жағ тизимининг функционал бузилишлари чакка

пастки жағ бұғимининг оғриқли синдромларига олиб келмоқда. [19]. Бизга маълумки чакка пастки жағ бұғимининг касалликлари аҳолининг катта йошида 70%-80% бўлиб, тиш касалланишлари орасида етакчи ўринни эгаллайди, [8,18], ва тез-тез (28% дан 76% гача) одамлар чакка пастки жағ бұғимии билан стоматологга мурожаат қилишади [1, 10, 11], уларнинг асосий шикоятлари бұғимлар соҳасидаги оғриқ, кулоқ, бош оғриғи, жағнинг ҳаракатчанлиги чекланиши, ғарчиллаш, сиқилиш, ҳаракатлантира олмаслик кабилар ҳисобланади. [1, 23]. Натижада бу белгиларнинг мавжудлиги беморларнинг хавотирга тушишига олиб келади ва уларнинг кайфияти йўқолади, иштаҳа пасаяди, уйку бузилади, соғайиб кетишига бўлган ишонч сусаяди [5]. Хорижий мамлакатларда Academy of Orofacial Pain да ишлаб чиқилган чакка пастки жағ бұғимии касалликлари таснифи ҳозирги кунда энг кўп қўлланилади; унга мувофиқ бұғим дискининг шикастланиши натижасида касалликлар олди олинади, чайнов мушакларнинг шикастланиши билан боғлиқ касалликлар ҳам ажратиб олинади [16,19,26]. Бирок, собиқ Иттифоқ мамлакатларида суғурта тиббиёти талабларига кўра, ташхис касалликларининг халқаро таснифи КХТ - 10 асосида қўйилиши лозим [7.20]. Москвада 21 апрел, 2014 кунни тиббий ёрдам "Юз - жағ жарроҳлар ва тиш жарроҳлар уюшмаси" клиник протоколига кўра, унда методологияси, таъриф, тасниф, диагностика тамойиллари, оғриқ синдроми, жағнинг "овозли ҳаракати" ва бошқалар ҳақида батафсил ёзилган. (Кулаков ва бошқалар). Ҳозирги кунда кўпчилик муаллифлар чакка пастки жағ бұғимининг оғриқли дисфункцияси ривожланишининг сабаби 4 та стресс зонасининг бир ёки бир нечтаси ўртасидаги номутаносиблигида деб тушунишади: мушакларнинг ҳолати, окклюзия ҳолати, ҳиссий ҳолат ва бўғинларнинг ҳолати деб ҳисоблашади [12,15, 21, 27].

Бугунги кунда адабиётларнинг аксарияти оғриқ дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бұғимии касалликларининг этиологияси ва патогенези чакка пастки жағ бұғимидаги окклюзион бузилишлар ва патологик жараёнларда, чайнов мушакларда эмас, балки психоэмоционал ва эндокрин касалликларда ҳам муҳим аҳамиятга ега эканлигини маъқул кўради [14]. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, улар психоэмоционал ҳолатдаги ўзгаришлар маълумотлар базасини ривожлантиришда етакчи рол ўйнашига ишонишади [4, 9, 17, 28]. Депрессия, соматик бузилишлар ва шахс бузилиши [13] чакка пастки жағ бұғимии оғриқ дисфункцияси синдроми бор бўлган беморлар гуруҳида қиёсий гуруҳларга нисбатан кўпроқ учрайди. Бундан ташқари, чакка пастки жағ бұғимида оғриқ дисфункцияси синдроми билан

беморларни даволаш замонавий стоматология энг мураккаб ва тегишли муаммолардан бири бўлиб қолмоқда; окклюзияли splint билан даволаш, погнал окклюзияни тиклаш ҳар доим ҳам артикуляр дискнинг ҳолатини нормаллаштиришга олиб келмайди. Муаллифларнинг фикрича, тиш муолажасидан ташқари қуйидагилар ҳам зарур: дори-дармон терапияси [25,29], физиотерапия, психотерапия [6,30]. Бирок, бугунги кунда ушбу патология учун психотерапия имкониятлари аниқ тушунилмади.

Тадқиқот мақсади: Оғриқ дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бұғимии касаллиги бўлган беморларнинг патологиясида артикуляр бўлмаган касалликларни ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Бхоро Вилоят кўп тармоқли тиббиёт масканининг неврология бшлими, Бухоро Вилоят стоматологияси ва Бухоро Давлат тиббиёт институтига қарашли илмий амалий стоматология марказида чакка пастки жағ бұғимида оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган жами 153 бемор текширилди.

Оғриқ дисфункцияси синдроми касаллиги билан оғриган беморларга, юзнинг пастки учдан бир қисми пасайиши аниқланди, 84 беморлар (гуруҳ 1) ва 69 беморлар (гуруҳ 2) чайнов мушакларининг парафункциясида азият чекадилар оғриқ дисфункцияси синдромида юзнинг пастки учдан бир қисми ўзгаришсиз, 40-45 ёшдагилар гуруҳи (23 бемор), 46-50 ёшлар (41 бемор), 51-55 ёшлар (77 бемор), ва 56-60 ёшлар (12 бемор), ўртача ёш $49,4 \pm 2,43$ ёшни ташкил этди; кўриқдан ўтганларнинг жинси: аёллар - 108 киши (68,86%), эркеклар - 45 (33,13%). Беморларнинг 1-гуруҳида пастки жағнинг силжиши (п / ж), пастки юзнинг эстетик бузилиши, оғизни очишда қийинчиликлар, тез-тез бош оғриғи, кулоқнинг битиши, лаёқатсизлик, безовталиқ, ёмон кайфият, уйқусизлик билан боғлиқ шикоятлар қайд этилди. Бундан ташқари, иккала гуруҳга ҳам кўпинча чайнов мушаклари парафункцияси фонида чакка пастки жағ бұғимии касалликлари аниқланган - 44 ва 41%. Бундан ташқари, илмий салоҳият бўйича сўров ўтказилганда; 1-гуруҳ - ўрта маълумотли 23 киши (27%), ўрта махсус 27 киши (33%) ва олий маълумотли 33 киши (38%); 2-гуруҳда бу кўрсаткичлар 18 (26%), 22 (32%) ва 30 (41,5%) ни ташкил этди. Барча беморларда стоматологик, соматик, неврологик, психологик ва социологик ҳолатлар динамикада деб баҳоланди; даволашдан олдин ва даволанишдан кейин.

Беморларнинг 1-гуруҳида даволаниш учун улар чайнов мушакларини бўшаштириш мақсадида мушакларни трансдермал электростимуляциядан (ТЕНС терапияси) сўнг тишларни ажрата-

диган каппани ишлатишди, ўз-ўзини иш билан банд бўлганлар учун individual ияк-миогимнастик машқларини буюрилди ва чайнов мушакларни кўзгатувчи янги асбоб "Лири-100" ёрдамида гуруҳли когнитив-ҳатти-ҳаракат психотерапияси (ГКХХП) амалга оширилди, улар психопатологик синдромлар бўйича 28 (33%), депрессив гуруҳ 32- (38,8%) хавотирли гуруҳ, 20- (24%) ипохондрик гуруҳи ва 2- (0, 2%) истерик, обсессив-фобик 1- (0,1%) бўйича тақсимланди. 2-гуруҳ беморларга даволаш усуллари қўлланилган, 1-гуруҳ фақат "Лири-100"ни қўллагандан ва 2 йил давомида Гкххпсиз даволанишган. Текширилаётган беморларнинг психологик, неврологик ва функционал табиатини ўрганиш, оғриқнинг фаоллиги ва табиатини аниқлаш учун оғриқни визуал аналогия шкаласи (Ваш) [6] ва оғриқ сўрови ёрдамида махсус сўров ўтказилди. МПК (McGill Паин Questionnaire) оғриқ сўровномаси [24] беморларни даволашдан олдин ва кейин. Оғриқ дисфункцияси синдроми соҳасидаги чакка пастки жағ бўғимии даражасини баҳолаш учун 2014 йил 21-апрелда Москвада тасдиқланган ва муаллифлар томонидан тавсия этилган тадқиқот клиник протоколга мувофиқ ўтказилди [3]. Тиш даволаш оғиз бўшлиғини тўлиқ тиклашдан бошланди. Кўрсаткичларга кўра, барча ортопедик даволанишдан ўтганлар: -тишларнинг окклюзион алоқаларини нормаллаштириш; тишларни селектив силлиқлаш амалга оширилди; юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигини тиклаш. Тиш даволаш тўлиқ оғиз бўшлиғини тозалаш билан бошланди. Кўрсатмаларга кўра, барча беморларга ортопедик даволаш ўтказилди: тишларнинг окклюзион алоқалари нормаллашади; тишларни селектив силлиқлаш амалга оширилди; юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигини тиклаш. Ташхис қўйиш ва даволаниш босқичи учун беморларга олинадиган ажратувчи каппа ёрдамида тишларга амалиёт бажарилди. Оғиз ювгични ишлаб чиқариш учун формалар с / с ва н / с бўлган силикон материалдан олинган, бўшлиқдаги в / с ҳолатини аниқлаш учун беморнинг юзига юз ёйи ўрнатилган.

Альвеолярро баландлигини аниқлаш учун, чакка пастки жағ бўғимии га Лири-100 аппарати кенг қамровли текширувдан сўнг, функционал диагностика шифокори томонидан олинган силикон регистри ишлатилган. Даволашнинг давомийлиги 6 дан 12 ойгача бўлган. ГКХХП психотерапевт томонидан ҳафтасига 2 марта, жами 12 сеансдан иборат бўлган 10-12 бемор гуруҳларида ўтказилди. Гуруҳ сессиясининг давомийлиги 1,5-2 соат давом этди. Биринчи учрашувлар ҳафтасига икки марта, кейингилари ҳафтада 1 марта ўтказилди. ГКХХП дан фойдаланганда беморларга ушбу усулнинг моҳиятини тушунтиришди ва улар "АБС" схемаси билан танишадилар, бу ерда А -

фаоллаштирувчи оғриқ дисфункцияси синдроми, Б - оғриқ дисфункцияси синдроми идрок қилиш, С - ҳиссий реакция ва ҳатти-ҳаракатларга қаратилди. Беморларнинг клиник ва психопатологик ҳолати куйидаги микёсдаги тестларни ўз ичига олган клиник шкалалар (Кш) асосида баҳоланди: Қисқартирилган кўп қиррали шахсий сўровнома (Қққшс), Бек руҳий тушқунлик шкаласи, Спиелбергер безовталаниш кўлами, душманлик кўлами (ДК), Toronto алекситими шкаласи (Таш). Беморларнинг ҳаёт даражаси (ХД) Ноттингем соғлиқни сақлаш профилини (НССП) ўлчови ёрдамида баҳоланди [22]. Чайнов мушакларини бўшаштириш учун кунига икки марта Мусомед креми ишлатилган.

Даволашнинг самарадорлигини баҳолаш мақсадида респондентларнинг ўзига хос оғирлигини ҳисоблаш амалга оширилди, яъни аҳволи сезиларли даражада яхшиланган беморлар ва мос келмайдиганлар - аҳволи биров яхшиланган ёки ўзгаришсиз қолганлар.

Клиник суратга олиш учун биз Pentax К5 макро оптикиси камерасидан фойдаландик, компьютер томографияси ёрдамида тиш компютерининг томографияси амалга оширилди. Телерентгенография Р-созлаш ёрдамида сефалометрик параметрларни баҳолаш учун амалга оширилди, мушакларнинг оҳангини ва миогимнастик даволанишни аниқлаш учун янги чайнаш мушаклар терапияси "Лири-100" (Россия) асбоб-диагностика комплекси ва электромиограф (ЕМГ) ёрдамида ўтказилди. Бўғинларда сирт тебранишлари ва шовқинларни қайд этиш учун чакка пастки жағ бўғими ўтказилди. Тадқиқот оғизни очиш ва ёпишнинг бир неча цикларида олиб борилди. Статистик таҳлил ва маълумотларни қайта ишлаш "ИБМ ПС"да СПСС 10.0 дастурий пакети ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Олинган натижаларга кўра, Оғриқ дисфункцияси синдроми юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши, юқори невропсихиатрик стресс фонидида пайдо бўлган чакка пастки жағ бўғимии нинг оғриқ дисфункцияси синдроми ҳолатида объектив текширув орқали аниқланди. Тадқиқотда иштирок этган беморлар протез, кўплаб чайнаш тишларининг тўсатдан йўқолиши оғриқ дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бўғимии маълумотлар базасининг ривожланиш сабаблари ҳақида гапиришди. Баъзи беморлар ҳатто тез-тез учрайдиган яллиғланишли периодонтал оғриқ дисфункцияси синдроми, чайнаш тишларини қийин экстерпация қилиш каби сабабларни ҳам айтиб ўтишди. Бошқа беморларнинг таъкидлашича, касаллик белгилари тиш даволашидан сўнг, ҳам ортопедик, ҳам терапевтик тарзда намоён бўлади. Аксарият

беморлар, аксинча, касалликнинг аломатлари тўсатдан, бирон сабабга кўра тиш даволаш натижасида пайдо бўла бошлаганини таъкидладилар. Шуни таъкидлаш керакки, беморларнинг ҳеч бири мустақил равишда психологик стрессни чакка пастки жағ бўғимии оғриқ дисфункцияси синдромининг пайдо бўлишига сабаб бўлган ёки кўзгатувчи омил сифатида аниқламаган.

1-жадвалдан кўриниб турибдики, беморлар кўпинча касалликнинг бошланишини чайнов тишлари ва протезларни йўқотиш билан боғлашади.

Анамнезни йиғишда беморларнинг аксарият қисмида стресс омили аниқланди. Ижтимоий ва яшаш шароитларидан норозилик, шунингдек тиш станциясининг пайдо бўлиши билан, юзнинг пастки учдан бир қисми пасайиши беморларнинг асабийлашиши, хавотирланиб, ўзларига, кейинги тиш даволаш муваффақият қозонишига ишончсизликка олиб келади. Буларнинг барчаси тиш шифокорига диагностика ва терапевтик тадбирларни ўтказишга халақит беради. Шуни ҳисобга олиш керакки, даволаниш жараёни бир неча ой давом этади ва руҳий касалликка чалинган беморларда бу жараён вақтинча ортопедик тузилмаларга, олинадиган протезларга мослашиши қийинроқ бўлади.

Чакка пастки жағ бўғими осон емирувчи моддалар ривожланишидан олдин ёки унга мост келадиган шикастланиш ҳолатларининг мавжудлиги тўғрисидаърисиди маълумотларнинг натижалари: 33 - беморда оиладаги травматик ҳолат; 11 - ижтимоий ҳолатнинг ўзгариши; 6 - ҳаёт стереотипининг узгариши; 17 - сурункали психологик травма; 9 - оиладаги қарама-қаршилик муносабатлари; 22 - ишдаги низоли вазиятлар; 38 оилада маблагъ етишмаслиги; болалар билан боғлиқ муаммолар 17 - беморда қайд етилди. Оиладаги, моддий қийинчиликлар, оилани бузилиб кетиш хавфи, иш жойидан норозилик ёки муносиб иш тополмаслик каби стресс омиллари қайд етилди. Патологик жараёнларни таҳлил қилишда (-36% пастки тишларининг чайнаш функциясини йўқолиши -

39%), Чакка пастки жағ бўғимии -75% осон емирувчи моддалар юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши билан беморларда клиник ҳолатбилан бирга келади; беморлар оғриқдан, ғарчиллашдан, оғзини очишнинг бошида пайдо бўладиган босимдан, п/ж ён (lateral) ҳаракатларида, ярим очик оғизда, оғизни ёпаётганда, тиш қаторларини ёпиш вақтида шикоят қилишади; жағнинг жойидан силжиши ёки ҳаракатланиш пайтида қисман тикилиб қолиш, юзнинг пастки учдан бир қисми ёки тиш бўшлигининг қониқарсиз кўриниши, чайнашдан кейин Чакка пастки жағ бўғимида чарчаш: Чакка пастки жағ бўғимидаги оғриқ - 78%; Чакка пастки жағ бўғимида қирсиллаш - 82%; Чакка пастки жағ бўғимида босим - 65%; Шифокорнинг қониқарсиз естетик кўриғи - 70%; чайнашдан кейин Чакка пастки жағ бўғимида чарчок тиш оғриши, - 46%; қийинчилик - 48%; темпоромандибулярда ҳаракатларнинг блокланиши - 35%; кулақларда шовқин - 56%; кулоқларнинг битиши - 12%; бош айланиши - 9%ни ташкил овқатни чайнашда қилади. Ташқи ешитиш канали орқали бо тўғрисидаъимларни пайпаслашда ва бо тўғрисидаъимларнинг соҳасини стетоскоп билан тинглашда шовқин аломатлари оғизни очиш пайтида пайдо бўлади, кўшма менискуснинг ҳаракатчанлиги, унинг егилиши ва ҳаракат пайтида тез мослашиши натижасида пайдо бўлади. Оғизни ёпиш бошида - ть қотиш, комбинациясининг йўқлиги кузатилади уларнинг ҳаракатларининг менискус ва кондил ейъртасидаги кучли алоқани ё. Аниқланган аломатлар тафсилотларини ей ўз ичига олган ҳолда; ўткир оғриқ - 5%; қисқа муддатли - 24%, маҳаллий - 80%; доимий, кескин - 27%; учунъкилган - 7%; нурланиш билан - 14%; оғриқли - 62% ташкил этади. Чакка пастки жағ бўғимии пасайиши фонида ривожланадиган Чакка пастки жағ бўғимии озон емирувчи моддалар билан оғриган беморларда Р нинг еклем юзаларининг контурлари текис ва силлиқ бо бўлиб, кондициялар юмалоқ шаклга баибан баландлигининг таҳлили юзнинг пастки учдан бир қисми ҳолатини Р тадқиқотларининг.

Жадвал 1. Беморларнинг Чакка пастки жағ бўғими оғриқ дисфункцияси синдроми пайдо бўлишига боғлиқ сабаблари

Сабаблари	Беморлар сони (абс.)	%
Протезлаш	56	36,60%
Тишлов аномалиялари	19	12,41%
Чайнов тишларини йўқотилиши	61	39,86%
Юз-жағ травмалари	3	1,96%
Травматик тиш чиқариш	10	6,53%
Периодонт ва ОБШҚ ялиғланиши	1	0,65%
Стоматологик - терапевтик даволаш	3	1,96%
ЖАМИ:	153	100%

Тадқиқот давомида этиологик омиллар билан Чакка пастки жағ бўғимида органик касалликлар аниқланмаганлиги аниқланмаган, бундан ташқари, Р тадқиқотлари маълумотларини клиник кўринишлар билан таққослаб, юқоридаги натижаларга асосланиб, клиник белгиларнинг пайдо бўлиши кўпроқ бо тўғрисидаъимларнинг морфологик ёйзгаришлари билан емас.

Чакка пастки жағ бўғимии Оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган беморларнинг психологик ҳолатини ўрганиш натижасида олинган натижалар Чакка пастки жағ бўғимии патологияси бўлган беморларда маълум ўзгаришлар бўлганлигини аниқланди; хавотирли - 20%, депрессия - 70%, гипокондриакал - 10% ўзгарувчан синдромлар. Анксиете синдроми билан ички зўриқиш, асабийлашиш ва безовталиқ қайд етилди; Шифокорга уларнинг соғлиғи тўғрисида савол берганда, беморлар тасалли берадиган жавоб кутишди. Шунингдек, уларда уйку бузилган: юзаки уйку, узоқ вақт ухлай олмаслик. Ва депрессив синдромда у тушкунлик ва меланколик кайфият билан ажралиб туради; гипохондриакал синдром бўлса, у ўзини соғлиғи учун асосиз ташвишланиш сифатида намоён қилди, ўзининг аҳволининг оғирлигини юқори баҳолайди; обсессив-фобик синдром бўлса, обсессив фикрлар, ғоялар, хотиралар, кўрқув ва обсессив ҳаракатларга бўлган истакнинг пайдо бўлиши билан ажралиб турарди.

Чакка пастки жағ бўғимии оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган беморларнинг ХС микдорини пасайишига таъсир қилувчи омиллар аниқланди: бу асосан даволанишга муҳтож бўлган беморларни ПР-да олиб ташланадиган ортопедик тузилмаларни кийиш ҳақидаги тушунчани салбий қабул қилиш билан боғлиқ еканлиги маълум бўлди. Бузилишларнинг кенг доираси Чакка пастки жағ бўғимии Оғриқ дисфункцияси синдроми нинг ривожланишига олиб келади, деб тахмин қилиш мумкин, айниқса ХС камайиши билан, улар орасида касалликларни ПСС, мушак аппарати ва психологик хусусиятлардан ажратиш мумкин. ХС баландлигининг пасайиши фониди ривожланаётган Чакка пастки жағ бўғимии Оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган беморларда терапевтик стратегияни ишлаб чиқишда психосоматик ёндашувни киритиш даволанишнинг самарадорлигини оширишга, шунингдек унинг вақтининг камайишига олиб келади, бу беморнинг аҳволига таъсир қилади ва тиббий ёрдам сифатига ҳисса қўшади, бу Евстахия найчасининг сиқилишидан ва ўрта кулоқдан лимфа дренажланиши бузилишидан келиб чиққан ҳолда интратимпаник босимнинг ошишига олиб келади.

Чакка пастки жағ бўғимии ҳолатини Р тадқиқотларининг таҳлили шуни кўрсатдики, Чакка пастки жағ бўғимии Оғриқ дисфункцияси синдроми билан оғриган беморларда юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши фониди Р нинг еклем юзаларининг контурлари текис ва силлиқ бўлиб, кондициялар юмалоқ шаклга ега. Баъзи беморларда кондилус конус шаклида бўлиб, унинг ҳажми ва гленоид fossa ҳажми ўртасида тафовут мавжуд бўлади. Бошқа беморларда кондиланинг маълум жойлари олиб ташланди. Баъзи бир беморларда кондиклар distal жойлашган ёки гленоид fossa ҳолатида ассиметрик бўлган. Кўпгина беморларда оғизни максимал даражада очадиган Тргда кондилус мушак тизмасининг юқори қисмида жойлашган. Бу шуни англатадики, Р-ва клиник кўринишдаги маълумотларнинг натижалари шуни кўрсатадики, клиник белгиларнинг пайдо бўлиши асосан бўғимларнинг морфологик ўзгаришлари билан боғлиқ емас.

Ортопедик даволаниш натижалари шуни кўрсатдики, белгиланган кунга келиб даволаниш пайтида беморларнинг аҳволи сезиларли яхшиланди. ВАО даражаси кам бўлган ёки умуман ўзгаришсиз қолган беморларнинг 2 гуруҳни ташкил қилади. 1-гуруҳ беморлари учун стоматологик даволаниш тугагандан сўнг юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг кўтарилишининг дастлабки босқичида респондентлар ва respondent бўлмаганлар нисбати 15 ва 75 ни ташкил етди (17% ва 83%). Ортопедик даволанишдан 6 ой ўтгач, куйидаги натижалар олинди: 57 та бемор (67,85%), respondent бўлмаганлар - 27 та бемор (32,14%) ташкил қилди. Ортопедик даволанишдан 12 ой ўтгач, куйидаги натижаларга еришилди: респондентларнинг кичик гуруҳи 79 бемор (94%), жавоб еспондент бўлмаганлар - 5 бемор (6.0%).

Клиник ва психопатологик баҳолаш Спиелбергернинг хатовирлари ва Бекнинг тушкунлиги Кш си бўйича бошланғич кўрсаткичларини қиёсий таҳлил натижалари билан тасдиқланган. Респондентларнинг кичик гуруҳидаги асосий кўрсаткичлаир Спиелбергер реактив хавотирида ва Бек шкаласидаги тушкунликда, respondent бўлмаган гуруҳидаги ўхшаш кўрсаткичларга нисбатан анча паст бўлган ($p < 0.05$). Ва 2-гуруҳ учун натижалар психоемоционал хусусиятларнинг дастлабки кўрсаткичлари таққосланди ҳамда тиш даволаш тугаганидан сўнг, ижобий ўзгаришсиз, $p / ж$ нинг ю /ж нисбатидаги ҳаракатларва ва психоемоционал самарадорликнинг сезилмайдиган кўрсаткичлари қайд етилган.

Шундай қилиб, 1-гуруҳ усули бўйича даволаниш, оғриқ сезгиларининг интенсивлигининг пасайишига олиб келади, бу

фақат 2-гурӯҳ билан таққослаганда анча сезиларли бўлади. ГҚХҚПТ фониди оғрик сезиларининг кучайиши бирон бир беморда кузатилмаган. ГҚХҚПТ фониди оғрик интенсивлигининг ошиши бирон бир беморда кузатилмаган

Касалликларнинг кенг доираси оғрик дисфункцияси синдроми чакка пастки жағ бўғимии маълумотлар базасини ривожланишига олиб келади; улар орасида фавқултда вазиятлар, мушак аппарати ва психологик хусусиятлар бузилиши; оғрик синдромининг енг юқори интенсивлиги оғир психологик етишмовчилиги бўлган беморлар томонидан ажратилган:

- юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши фониди ривожланаётган Чакка пастки жағ бўғимии Оғрик дисфункцияси синдроми билан оғриган беморлар учун терапевтик стратегияни ишлаб чиқишда психосоматик ёндашувнинг киритилиши даволаниш самарадорлигини оширишга ёрдам беради, шунингдек беморнинг мувофиқлигига таъсир кўрсатадиган вақтни қисқартиради ва тиббий ёрдам сифатини оширишга ёрдам беради. юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигининг пасайиши фониди давом этадиган Чакка пастки жағ бўғимии Оғрик дисфункцияси синдроми комплекс даволашда ГҚХҚПТ дан фойдаланиш ортопедик даволаниш билан солиштириганда ($p < 0.01$) даволашнинг аввалги босқичида оғрик интенсивлигининг пасайишига олиб келади; беморларнинг психологик ҳолатини яхшилади ($p < 0.01$)/ юзнинг пастки учдан бир қисми баландлигини ошириш учун мослашув вақтини қисқартиради ва курсни тугатгандан сўнг терапия натижаларини сақлаб қолади. ГҚХҚПТ самарадорлигини башорат қилувчи таҳлиллари беморларда психоемоционал бузилишларнинг тузилиши сезиларли даражада безовталиқ билан тавсифланган қаттиқ ташвиш - 20%, депрессив - 70%, гипокондриакал - 10% турли хил характердаги синдромлари ҳолларда мураккаб терапия натижаларини ($p < 0.01$) оширади.

Миёгимнастик машқларни тизимлаштириш ва Лира-100 қурилмасидан фойдаланиш, Чакка пастки жағ бўғимии тузилмалари ҳолатини тиклаш учун Мусомед миорелксант воситасидан фойдаланиш; кўзга тугувчи нукталарни инактивация қилиш учун чайнов парафунксияси; оғизни очганда п / б ҳаракатларини нормализация қилиш; чайнаш мушакларининг ритмик мувофиқлаштирилган қисқаришини тиклаш; муайян мушак гуруҳларини кучайтириш учун; муайян мушак гуруҳларини бўшаштириш; пастки жағнинг ҳаракатчанлигини ошириш; бўйин мушакларининг фаолиятини тиклаш учун муҳим аҳамиятга эга.

Адабиётлар:

1. Азимов М. И., Ризаев Ж. А., Азимов А. М. Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов // Узбекистон Стоматологлар Ассоциацияси. – 2015. – Т. 32. – №. 2. – С. 56.
2. Гаффоров С.А., Абдримов И.С. Медицинская деонтология и психиатрия в стоматологической практике. Учебно-метод. работа утверждена МЗ.РУз от 28.03.14. Ташкент-2014. 46 стр.
3. Гаффоров С.А., Назаров О.Ж. Синдромы и симптомы височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагноз и лечения. Учебно-метод. работа утверждена МЗ.РУз от 14.03.12. Ташкент-2012. 31 стр.
4. Горожанкина, Е. А. Некоторые аспекты коррекции психологического статуса пациентов с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава / Е. А. Горожанкина, Б. П. Марков, Ф. М. Мамедов // Новое в стоматологии. – 2003. – Т. 109, № 1. – С. 30-33.
5. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / П. И. Ивасенко [и др.]. – М. Медицинская книга, 2009. – 116 с.
6. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вестник проблем биологии и медицины. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.
7. Ризаев, Ж. А., Рустамова, Д. А., Хайдаров, А. М., & Ризаев, Э. А. Изучение интенсивности и распространенности заболеваний пародонта на основании анкетирования пациентов.
8. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч. Некоторые факты развития стоматологической службы в республике Узбекистан // Stomatologiya. – 2018. – №. 2. – С. 5-8.
9. Трезубов В.Н. Реабилитация больных с дисфункцией височно-нижнечелюстных суставов / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева // Пародонтология. - 2001. - Т.19-20. - № 1-2. - С.71-72
10. Хватова, В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В. А. Хватова. – М. : Медицина, 1982. – 157 с.
11. Хватова, В. А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии В. А. Хватова. – М. : Медицинская книга, 2007. – 294 с.
12. Abraham E., Rabin A., Mejdani M. Unilateral medial dislocation of the temporomandibular joint // Neuroradiology - 1997. - Aug Vol 39, N 8. P. 602-604.
13. Aghabeigi B., Feinmann C., Harris M. Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with chronic idiopathic facial pain. Br J Oral Maxillofac Surg. 1992 - P. 360-364.

14. Al-Ani Z., Gray R.J., Davies S.J, Sloan P., Gleny A.M. Stabilization splint therapy for the treatment of temporomandibular myofascial pain: a systematic review. // J Dent Educ. 2005 Nov - 69(11) - P.42-50.
15. Biondi M., Picardi A. Temporomandibular joint pain-dysfunction syndrome and bruxism: etiopathogenesis and treatment from a psychosomatic integrative viewpoint. // Psychother-Psychosom. - 1993 - N59(2) - P.84-982.
16. De Leeuw, R. Inter al derangements of the temporomandibular joint / R. De Leeuw // Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. – 2008. – Vol.
17. Dworkin S.F., Huggins K.H., Wilson L., Mancl L., Turner J, Massoth D., LeResche L., Truelove E. A randomized clinical trial using research diagnostic criteria for temporomandibular disorders-axis II to target clinic cases for a tailored self-care TMD treatment program. J Orofac Pain.2002 – 16- P.48-63.
18. Gafforov S.A., Aliev N.KH. Improvement of clinical and functional assessment methods and diagnostics of the pathological condition of the temporary - mandibular joint // ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal, Vol. 10, Issue-4 april 2020.-506-514 s.
19. G.S. Amrilloyevich, A. N. Hasanovich// Improving the methods for the diagnosis of nonarticular pathology of the temporomandibular joint//Journal of Critical Reviews 7 (18), 875-880,2020
20. Gafforov S. A., Durdiev J.I. Violation of the formation of bone organs of the dentition system in children with respiratory system pathologies. ACADEMICIA: an international multidisciplinary research journal Vol. 10, 4 april 2020- P. 325-333
21. Gaffarov S.A., Saidov A.A The importance of matrix metalloproteases in the pathology of the temporomandibular joint in children // International journal on Integrated Education, Volume-3, Issue-V, may 2020. 65-68.
22. Glaros A.G. Temporomandibular disorders and facial pain: a psychophysiological perspective. // Appl Psychophysiol Biofeedback. 2008 Sep - 33(3) P.161-71.
23. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. Soc Sci Med A. 1981 May;15(3 Pt 1):221-9. No abstract available.
24. Kafas P., Leeson R. Assessment of pain in temporomandibular disorders: the bio-psychosocial complexity. Int J Oral Maxillofac Surg. 2006 - 35- P.145-149.
25. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methODS.Pain. 1975 Sep;1(3):277-99.
26. Moura MD, Senna MI, Madureira DF, Fonseca LM, Mesquita RA. J Contemp Dent Pract. 2008 Jan 1;9(1):84-90.
27. Olimov S.Sh., Saidov A.A, Gaffarov S.A., Akmadaliev N.N Assessment of hepatobiliary system with dentoalveolar anomalies in school children // International journal of Research (IJR), Volume-06, Issue-03 march 2019. 576-583.
28. Saidov A.A. Assessment of some indicators of oral liquid in children with the pathology of the temporomandibular joint // Asian Journal of Multidimensional Research, Volume-09, Issue-01 january 2020. 59-63.
29. Speculand B., Goss A., Hughes A., Spence N., Pilowsky I. Temporo-mandibular joint dysfunction: pain and illness behaviour. Pain. 1983 - P.139-150.
30. Turner J., Brister H., Huggins K., Mancl L., Aaron L., Truelove E. Catastrophizing is associated with clinical examination findings, activity interference, and health care use among patients with temporomandibular disorders. J Orofac Pain. 2005 - P.291-300.

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ
ПАРАФУНКЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ
БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ВИСОЧНО –
НИЖНЕЧЕЛЮСНОГО СУСТАВА**

Алиев Н.Х.

Резюме. Всего в отделении неврологии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра, Бухарском областном стоматологическом центре и Бухарском государственном медицинском институте обследовано 153 пациента с болевым синдромом височно-нижнечелюстного сустава нижней челюсти. Согласно полученным результатам, люди были выявлены при объективном обследовании в случае болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, возникшей на фоне снижения роста нижнего отдела лица, высокого нервно-психического напряжения и ухудшения состояния. Пациенты, участвовавшие в исследовании, рассказали о причинах развития базы данных болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава о протезировании, аномалии прикуса, внезапной потере многих жевательных зубов и повреждениях эстетики. Некоторые пациенты даже упоминали о таких причинах, как частые воспалительные заболевания пародонта и Слизистая оболочка полости рта, затрудненное удаление жевательных зубов. Широкий спектр заболеваний приводит к развитию болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; среди них выделяют экстренную форму, нарушения мышечного аппарата и психологических особенностей; наибольшую интенсивность болевого синдрома имеют больные с выраженной психологической недостаточностью.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, болевая дисфункция, суставной диск, не артикулярная патология.