

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

ТЕЛІШЕВСЬКА ОКСАНА ДМИТРІВНА



УДК: 616.724-039-036-079.4

**ОБГРУНТУВАННЯ КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ
ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛПНИХ РОЗЛАДІВ
ТА ХВОРОБ, ЩО ЇХ ІМІТУЮТЬ**

14.01.22 – стоматологія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Львів – 2017

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
МАКСЄВ ВАЛЕНТИН ФЕДОРОВИЧ,
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького МОЗ України,
кафедра ортопедичної стоматології, професор

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
ДВОРНИК ВАЛЕНТИН МИКОЛАЙОВИЧ,
ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”
МОЗ України, кафедра ортопедичної стоматології
з імплантологією, завідувач

доктор медичних наук, професор
ПАВЛЕНКО ОЛЕКСІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ,
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика МОЗ України,
кафедра стоматології, завідувач

Захист відбудеться «___» _____ 2017 року о ____ годині
на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.35.600.01 при Львівському
національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України
(вул. Пекарська, 69, м. Львів, 79010).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського національного
медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України (вул. Січових
Стрільців, 6, м. Львів, 79000).

Автореферат розісланий «___» _____ 2017 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

О.Я. Мокрик

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема діагностики та лікування пацієнтів з хворобами скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС) упродовж багатьох років не втрачає актуальності, у зв'язку з відсутністю єдиної думки щодо походження таких хвороб, патогенез, методи диференційної діагностики та схожістю клінічної картини різних нозологій (Klasser G.D., 2009, Manfredini D., 2009).

Часто пацієнти з хворобами СНЩС не звертаються за медичною допомогою, а порушення виявляють випадково, при зверненні в стоматологічну клініку. Такі пацієнти звертаються переважно до хірургів, терапевтів або ортопедів-стоматологів зі скаргами на дискомфорт, біль у ділянці СНЩС, зміну траєкторії рухів нижньої щелепи та ступеня відкривання рота (Хватова В.А., 2009, Макєєв В.Ф., 2013).

Частота звернень пацієнтів зі скаргами характерними для скронево-нижньощелепних розладів (СНР) зростає. Проте, при детальному обстеженні не завжди виявляють форми СНР, а й інші патології чи хвороби, які можуть не бути дотичними до стоматології, що мають подібну симптоматику. До них належать ревматизм, головний біль напруги, новоутвори щелепно-лицевої ділянки, ускладнене прорізування третіх молярів, хронічні інфекції тощо (Гринин В.М., 2010, N. Ogi, 2010). В процесі дослідження введений термін імітовані СНР, який охоплює патології та хвороби, що мають подібну або тотожну симптоматику до СНР, у зв'язку з чим цих пацієнтів часто скеровують до стоматолога (L.G. Nagao., 2002, A.F. Herrera, 2007, M. Pancholi, 2007, N. Marchese, 2013).

Задумкою дослідників (Коротких Н.Г., 2003, Шибінський В.Я., 2009, Manfredini D., 2009), складність розпізнавання СНР, на початкових стадіях, полягає у тривалій відсутності больового синдрому та патологічних змін у суглобі за клінічними і рентгенологічними ознаками. Біль при скронево-нижньощелепних розладах, який виникає значно пізніше, часто іррадіює в різні ділянки обличчя, шию, органи порожнини рота, що ускладнює діагностику (Телішевська У.Д., 2007). Низка авторів вважає, що повноцінна диференційна діагностика порушень СНЩС можлива лише при комплексному проведенні загальноклінічних і спеціальних методів дослідження, таких як: електроміографія жувальних м'язів, рентгенографія СНЩС, графічна реєстрація рухів суглобових головок нижньої щелепи. Для уточнення діагнозу та проведення диференційної діагностики хворих скеровують на консультацію до терапевта, невропатолога, психіатра, ревматолога, оториноларинголога чи фахівця з інфекційних хвороб (Сангулія С.Г., 2004, Manfredini D., 2009, Кулінченко Р.В., 2010, Kleinrok M., 2015).

Останніми роками у вітчизняній та іноземній літературі описують активне вдосконалення таких методів дослідження, як комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) та аксіографія для діагностики СНР та патологічних станів, що їх імітують (Баданин В.В., 2000, Рабухіна Н.А., 2003, Y. Takano, 2004, T. Rutkiewicz, 2006, Дворник В.М., 2008, M. Wiese, 2008, Воловар О.С., 2010, Макєєв В.Ф., Телішевська У.Д., 2012).

Отже, незважаючи на активне застосування в діагностичній практиці нових, більш інформативних методів дослідження, складнощі в їх трактуванні та диференційній діагностиці все ще залишаються, що потребує подальших досліджень.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького “Розпрацювання та удосконалення клінічних методів та технологічних засобів комплексного лікування пацієнтів з втратою зубів, деформаціями та ушкодженнями зубо-щелепної системи” (державна реєстрація № 0114U000112). Автор є безпосереднім виконавцем фрагментів означеної науково-дослідної роботи кафедри.

Мета дослідження. Обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв та розпрацювання діагностичних комплексів для підвищення якості диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз складових симптомів патологічного процесу при скронево-нижньощелепних розладах.

2. Визначити ступеневий зв'язок між скронево-нижньощелепними розладами і симптомами, що їх супроводжують.

3. Визначити частоту та систематику хвороб та патологічних станів, що імітують скронево-нижньощелепні розлади.

4. Означити провідні методи обстеження та визначити їх діагностичний рівень у диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів і хвороб, що їх імітують.

5. Опрацювати діагностичні алгоритми диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Об'єкт дослідження: скронево-нижньощелепні розлади та хвороби, що їх імітують.

Предмет дослідження: скронево-нижньощелепні суглоби з різними формами скронево-нижньощелепних розладів, структура скарг та симптомів, дані протоколів додаткових методів обстеження.

Методи дослідження: клінічні – для визначення скарг, анамнезу і стану зубо-щелепної системи за наявності симптомів СНР; додаткові (променеві та непроменеві методи) – для візуалізації структур ШНЦС; аналітичні – для вивчення всіх показників за картами обстеження пацієнтів для формування бази даних скарг та симптомів при СНР; статистичні – для визначення діагностичних алгоритмів диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Наукова новизна одержаних результатів. Уточнено наукові дані про наявність спільних симптомів і синдромів у пацієнтів зі скронево-нижньощелепними розладами та у пацієнтів з хворобами, що їх імітують з визначенням частоти

хибної симптоматики. Науково обґрунтовано розпрацьований комплекс диференційної діагностики між різними формами скронево-нижньощелепних розладів та хворобами, що їх імітують. Уточнено наукові дані про структуру імітованих скронево-нижньощелепних розладів загальносоматичного та стоматологічного генезу. Доповнено наукові дані щодо діагностичних ознак різних форм скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують, за методом логістичної регресії, які покладені в основу розпрацювання спеціальної програми диференційної діагностики СНР. На підставі якісного і кількісного аналізу результатів діагностичних тестів запропоновано та науково доведено доцільність застосування спеціально розробленої комп'ютерної програми для визначення індивідуального ризику розвитку скронево-нижньощелепних розладів за їх різними формами.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновано алгоритми діагностики скронево-нижньощелепних розладів із застосуванням спеціалізованої карти обстеження, яка рекомендована для клінічного застосування та формування баз даних при наукових дослідженнях. На підставі аналізу якості та діагностичної доцільності різних променевих і непроменевих методів додаткової діагностики запропоновано застосування двох паралельних тестів додаткової діагностики. На основі карти обстеження сформований алгоритм дій для постановки діагнозу з урахуванням анамнестичних показників, використанням діагностичних тестів і призначенням додаткової діагностики та, на підставі статистичних обрахунків, розроблено програму для діагностики, диференційної діагностики та розвитку СНР, яку рекомендовано для щоденного використання у клінічній практиці.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є завершеним, особистим науковим дослідженням здобувача. Автор провела патентно-інформаційний пошук за темою дисертації, проаналізувала та систематизувала наукову літературу. Спільно із науковим керівником сформулювала мету та завдання дослідження. Автор самостійно здійснила клінічні дослідження, систематизувала та проаналізувала отримані результати. Розпрацювала та апробувала спеціалізовану карту обстеження пацієнта з підозрою на СНР. Спільно з керівником Центру біостатистики, кандидатом медичних наук, доцентом кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО ЛНМУ Данила Галицького Гутором Т. Г. розпрацьована комп'ютерна програма визначення індивідуального ризику розвитку СНР.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати досліджень викладено та обговорено на засіданнях кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та науково-практичних конференціях: „Актуальні проблеми сучасної медицини” (Київ 2010), 5-та Східноєвропейська конференція з проблем стоматологічної імплантації (Львів 2011), “Контроверсійні питання сучасної клінічної медицини” (Львів 2011), “Інноваційні технології в сучасній стоматології” (Івано-Франківськ 2013), “Стоматологія ХХІ століття. Естафета поколінь.”

(Одеса 2013), 6-та Східноєвропейська конференція з проблем стоматологічної імплантації (Львів 2013), “Контроверсійні питання сучасної клінічної медицини” (Львів 2013), “Інноваційні технології в сучасній стоматології” (Івано-Франківськ 2014), “Актуальні проблеми стоматології, щелепно-лицевої хірургії, пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї” (Полтава 2014), “Інноваційні технології в стоматології” (Тернопіль 2014), “Інноваційні технології в сучасній стоматології” (Івано-Франківськ 2015), I Miedzynarodowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowej Lekarzy Dentystow (Kazimierz Dolny 2015), 7-ма Східноєвропейська конференція з проблем стоматологічної імплантації (Львів 2015), VI міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених (Вінниця 2015), ISPOR 18th Annual European Congress (Milano 2015), “Актуальні проблеми стоматології” (Львів, 2015), “Інноваційні технології в сучасній стоматології” (Івано-Франківськ 2016), Национальный конгресс с международным участием «Паринские чтения» (Минск 2016), II Miedzynarodowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowej Lekarzy Dentystow (Kazimierz Dolny 2016).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 14 наукових робіт, з них 8 статей у фахових виданнях визначених МОН України, 6 у збірниках наукових праць, матеріалах і тезах міжнародних конференцій.

Обсяг і структура дисертації. Текст дисертаційної роботи викладено на 190 сторінках друкованого тексту, з яких 149 сторінок основного тексту, і складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалу і методів дослідження, трьох розділів результатів власного дослідження, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел літератури, який містить 194 найменування, з них 76 кирилицею, 118 латиною та додатків. Дисертація містить 19 таблиць та ілюстрована 70 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали і методи дослідження.

Обстежено 135 пацієнтів віком від 13 до 88 років (98 жінок та 37 чоловіків) із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади, які звернулися або були скеровані іншими медичними закладами м. Львова, Львівської області та інших областей України на кафедру ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

У процесі дослідження проведено їх клінічне обстеження, аналіз додаткових методів діагностики, консультації з лікарями інших спеціальностей для встановлення супутніх хвороб, а також хвороб, що імітували СНР та розподіл пацієнтів за групами виявлених скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

Крім загальноприйнятих методів суб'єктивного та об'єктивного обстежень застосовані спеціально розпрацьовані нами карти обстеження пацієнтів із підозрою на СНР.

Для встановлення діагнозу використана класифікація СНР за B.W. Neville, D.D. Damm, C.M. Allen, J.E. Bouquot (1995), за якою СНР поділяють на артрогенні та міогенні розлади. Після наповнення бази даних виявилось, що ця класифікація не охоплювала всі варіанти СНР і саме тому такий розлад як гіпермобільність СНЩС виділений в окрему групу СНР через особливості його етіології, перебігу, скарг пацієнтів та лікування.

Обстежені пацієнти були розподілені на 5 груп за видами СНР: 1 група – артрогенні розлади, 2 група – міогенні розлади, 3 група – гіпермобільність СНЩС, 4 група – комбіновані розлади (за їх комбінацією: артрогенний + міогенний, артрогенний + міогенний + гіпермобільність СНЩС, артрогенний + гіпермобільність СНЩС), 5 група – патологія, що імітувала СНР (таб.1).

Таблиця 1

Розподіл обстежених пацієнтів за видами скронево-нижньощелепних розладів

Діагноз	жінки		чоловіки		разом	
	п	%	п	%	п	%
артрогенний СНР	32	23,7	15	11,1	47	34,8
міогенний СНР	9	6,7	2	1,5	11	8,2
гіпермобільність СНЩС	4	3,0	2	1,5	6	4,5
артрогенний СНР + міогенний СНР	21	15,5	1	0,7	22	16,2
артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС	4	3,0	1	0,7	5	3,7
артрогенний СНР + гіпермобільність СНЩС	2	1,5	4	3,0	6	4,5
імітований СНР	26	19,2	12	8,9	38	28,1
разом	98	72,6	37	27,4	135	100,0

За отриманими нами даними виявлено переважання кількості жінок із СНР над чоловіками у 2,6 рази, що збігається з даними літератури. Лише в одній групі комбінованих розладів (артрогенний + гіпермобільність СНЩС) кількість чоловіків була більшою. Між діагностованих патологій “артрогенний СНР” переважав із частотою – 34,8%. На другому місці за частотою виявлені імітовані СНР – 28,1%, на третьому місці комбінація артрогенного та міогенного розладів (комбінований СНР) – 16,2%.

З урахуванням значної кількості хвороб, що могли імітувати СНР для стандартизації обстеження та проведення диференційної діагностики нами розпрацьовані карти обстеження пацієнтів із підозрою на СНР або імітований розлад, побудовані за логічним ланцюгом обстеження від заповнення паспортної частини і до встановленого діагнозу та призначеного лікування, які є зручними при первинному обстеженні та легко зрозумілі при наступних відвідуваннях. В основу розробки таких карт покладені ергономічність та компактність, так як різноманіття запропонованих у науковій літературі карт обстеження пацієнтів із підозрою на СНР є надто громіздкими та важко зрозумілими для лікаря первинної ланки.

Для первинної діагностики на можливість СНР застосовували Експрес-заключення Гамбурзького протоколу. За відсутності або наявності тільки одного з пунктів теста СНР відхиляється, за наявності двох і більше пунктів – у даного пацієнта можливий розвиток СНР і він потребує подальшого обстеження. З метою порівняння даних діагностичних критеріїв з Гамбурзьким протоколом використовували критерії оцінки функції СНЩС за Helkimo M., 1974.

Для детальної діагностики оклюзії проводили огляд та аналіз контрольних гіпсових моделей щелеп, в окремих випадках діагностику в артикуляторі.

Після отримання результатів додаткових обстежень та їх опрацювання, за необхідності, пацієнтів скеровували на додаткові консультації. Додаткові методи обстеження обирали поодинокі або у комбінації, залежно від клінічного діагнозу та ймовірної імітації СНР, а саме: ортопантомографія (ОПГ), зонографія (ЗГ), ультразвукова діагностика (УЗД) СНЩС і жувальних м'язів, 3D комп'ютерна томографія (3D КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Для проведення розрахунків та їх статистичного опрацювання створена комп'ютерна база даних у програмі Microsoft Excel. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного пакету «Statistica 6.0».

Для побудови прогностичної моделі та визначення вірогідності розвитку одного із досліджуваних розладів (артрогенний, міогенний, гіпермобільність СНЩС, імітований) нами застосовано метод логістичної регресії, який дозволяє виявити залежність ознаки, що досліджується (розладу) одночасно від декількох інших факторів та зробити прогноз зміни ознаки, яка вивчалася, від зміни, включених у регресійну модель факторів.

Як результат проведених обрахунків з метою втілення їх у щоденній клінічній практиці та визначення індивідуального ризику виникнення одного із розладів нами опрацьовано електронну програму, яка дає змогу автоматично розрахувати ризик появи патології у конкретної особи та зберегти цю інформацію для подальшого аналізу та порівняння.

Розпрацьована програма є файлом “Microsoft Excel” суть якого полягає у простому способі розрахунку індивідуального ризику розладу на основі введення інформації про визначені чинники ризику. Програма одразу розраховує індивідуальний ризик (IP) та графічно демонструє у якій зоні ризику перебуває дана особа.

Результати дослідження та їх обговорення.

За результатами обстеження 135 пацієнтів із різними формами СНР або їх імітацією проведений підрахунок коефіцієнтів парної кореляції до кожного діагнозу за усіма виявленими клінічними показниками карти обстеження. Дані показників відрізнялися за силою зв'язку, проте тільки певна частина з них були достовірними ($p < 0,05$).

Виявлено, що кількість значимих ($p < 0,05$) чинників клінічних ознак для пацієнтів з артрогенними розладами сягає 19 позицій, з яких вісім належать до від'ємних (негативних), три з яких стосуються анамнестичних даних і п'ять

позитивних клінічних показників. Кількість значимих чинників клінічних ознак для пацієнтів з міогенними розладами сягає 30 позицій, з яких тільки дві належать до від'ємних і стосуються тільки клінічних ознак. Кількість значимих чинників клінічних ознак для пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС сягає 18 позицій, з яких тільки дві належать до від'ємних, із яких один показник стосується анамнезу (скарги) і один клінічних ознак. Кількість значимих чинників клінічних ознак для пацієнтів з імітованими розладами сягає 26 позицій, з яких дев'ять належать до від'ємних, з яких тільки один показник стосується анамнезу і вісім клінічних ознак.

На підставі отриманих даних проведений узагальнюючий аналіз значимості (з кількістю відповідних ознак підтверджених коефіцієнтом парної кореляції) анамнестичних і клінічних показників, а також Експрес-заключення і показників індексу Хелкімо за групами дослідження (таб.2).

Таблиця 2

Анамнестичні і клінічні ознаки підтверджені коефіцієнтами парної кореляції за групами дослідження

	Показники			
	анамнестичні	клінічні	Експрес-заклучення	індекс Хелкімо
Артрогенні СНР	3	8	+	-
Міогенні СНР	11	17	+	+
Гіпермобільність СНЩС	6	10	-	-
Імітовані СНР	7	10	-	-

Наведені у таблиці 2 дані свідчать, що найбільш проблемними в діагностиці скронево-нижньощелепних розладів є міогенні, так як вони містять 11 анамнестичних і 7 клінічних показників підтверджених коефіцієнтами парної кореляції. Суттєвий фактор у діагностику “гіпермобільності СНЩС” та “імітованих СНР” також вносить різноманіття як анамнестичних, так і клінічних показників. У меншому ступені це стосується “артрогенних СНР”, якщо діагностувати це як “розлад”, проте подальша деталізація його характеру потребує додаткових спеціальних методів дослідження.

Запропоновані експрес-методи діагностики такі як “Експрес-заклучення” і “Індекс Хелкімо” є дійсно підтверджені для групи пацієнтів з міогенними СНР.

Значна частина як анамнестичних, так і клінічних показників виявляються у всіх групах дослідження, проте у різному ступені значимості. Саме тому, наступним завданням було визначити взаємодію ознак при поєднаному впливі на розвиток кожного з видів розладів.

У процесі клінічного обстеження та опрацювання отриманого матеріалу нами виокремлено низку чинників, які за даними наукової літератури та власних спостережень могли б впливати на появу розладу. Використавши метод логістичної регресії, виокремлені 14 факторів для артрогенного розладу, 14

факторів для міогенного розладу, 7 факторів для гіпермобільності СНЩС та 8 факторів для імітованого розладу, які при поєднаній дії мають вірогідний вплив на розвиток розладів.

Достовірність обчислених коефіцієнтів перевірено методом Вальда, а цілої моделі – за допомогою ксі-квадрату, значення якого становить 62,669 для артрогенного СНР, 68,783 для міогенного СНР, 45,932 для гіпермобільності СНЩС та 40,637 для імітованого СНР, що вказує на те, що модель є достовірною з вірогідністю помилки менше 0,1% ($p < 0,001$).

Проведена ретроспективна перевірка отриманої моделі на основі даних дослідження показала, що точність отриманого регресійного рівняння становить 80,0% для артрогенного СНР, 83,7% для міогенного СНР, 91,9% для гіпермобільності СНЩС та 79,3% для імітованого СНР.

На підставі проведених досліджень нами опрацьована програма, яка є файлом, що відкривається в “Microsoft Excel”, і входить до пакету “Microsoft Office”. Суть розробки полягає у автоматизованому способі розрахунку лікарем-стоматологом індивідуального ризику проявів кожного з розладів у конкретного пацієнта шляхом введення в таблицю інформації, що міститься в карті обстеження. Після проведених розрахунків використавши метод логістичної регресії сумарно визначено 36 ознак при поєднаній дії яких програма розрахує індивідуальний ризик виникнення певного розладу та графічно продемонструє у якій зоні ризику перебуває даний пацієнт.

На початку роботи лікар уводить інформацію в програму за системою 0 – відсутність ознаки, 1 – наявна ознака та в одному з пунктів (зміна ступеня відкривання рота) 0 – зменшене, 1 – норма, 2 – збільшене. На основі отриманих первинних даних програма автоматично розрахує індивідуальні ризики можливого розвитку одного із розладів та представить результати у цифровому вигляді. Водночас програма графічно представить отримані результати шляхом побудови стовпчикових графіків. Залежно від висоти стовпчика відносно червоної лінії можна визначити який рівень ризику кожного з діагнозів є у даного пацієнта.

Підвищення над червоною лінією вказує, що даний пацієнт перебуває в групі ризику і у нього можливе виявлення симптомів патології. У випадку підвищення двох і більше стовпчиків над червоною лінією можна запідозрити наявність комбінованого розладу. Опрацьована система поєднує в собі алгоритм послідовних дій описаних в карті обстеження, де вони розділені на категорії та розташовані логічним ланцюжком. При дотриманні порядку заповнення карти програма обрахує необхідні показники та вирахує ІР.

Характеристика скарг та симптомів при різних формах діагностованих скронево-нижньощелепних розладів. Підтвердженими СНР вважали такі розлади при яких скарги пацієнтів та симптоми, що їх супроводжували співпадали із патологічними змінами виявленими у скронево-нижньощелепному суглобі та жувальних м'язах.

Серед 135 пацієнтів виявлено 7 форм скронево-нижньощелепних розладів: артрогенний, міогенний, гіпермобільність СНЩС, артрогенний + міогенний, артрогенний + міогенний + гіпермобільність СНЩС, артрогенний + гіпермобільність СНЩС та імітований. У 97 (71,9%) діагноз СНР підтверджено, решті 38 (28,1%) пацієнтам встановлено діагноз хвороб, які імітували СНР.

Окремо артрогенний СНР був виявлений у 34,8%, міогенний у 8,1 %, гіпермобільність СНЩС у 4,4% пацієнтів. Серед комбінованих СНР найбільш часто комбінувалися артрогенні та міогенні розлади, з частотою 16,3%, що ускладнювало діагностику та диференційну діагностику. У випадках комбінації розладів виникали складнощі з трактуванням допоміжних протоколів (Експрес-заключення та індекс Хелкімо), так як в них не враховано можливість поєднання розладів.

Артрогенні скронево-нижньощелепні розлади виявлені у 80 пацієнтів (59,3%) із загального числа обстежених, 59 жінок (73,7%) та 21 чоловік (26,3%). З них у 47 пацієнтів (34,8%) були тільки артрогенні СНР, у 22 пацієнтів (16,2%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС і у 6 пацієнтів (4,5%) комбінація артрогенний СНР + гіпермобільність СНЩС. Розподіл пацієнтів за віком виявив, що 86,2% пацієнтів з артрогенними розладами належать до підліткового і молодого віку і лише 13,7% середнього, похилого і старечого віку.

Серед усіх показників, які були проаналізовані за картами обстеження пацієнта з підозрою на СНР для визначення артрогенного СНР як критерії можуть бути використані: наявність больових чи акустичних явищ у СНЩС (69 пацієнтів – 86,2%) та зміна ступеня (47 пацієнтів – 58,8%) і траєкторії відкривання рота (63 пацієнти – 78,7%). Інші показники залишаються тільки як інформаційні але не є визначальними для діагностики.

Для встановлення остаточного діагнозу, за показами, у пацієнтів з артрогенними СНР були використані такі додаткові методи діагностики: ОПГ – 53 (66,3%), ЗГ – 17 (21,3%), УЗД – 42 (52,5%), 3D КТ – 5 (6,3%), МРТ – 5 (6,3%).

Міогенні скронево-нижньощелепні розлади виявлені у 38 пацієнтів (28,1%) із загального числа обстежених, 34 жінки (89,5%) та 4 чоловіків (10,5%). З них у 11 пацієнтів (8,2%) були тільки міогенні СНР, у 22 пацієнтів (16,2%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС. Розподіл пацієнтів за віком встановив, що 86,8% пацієнтів з міогенними розладами належать до підліткового і молодого віку і лише 13,2% пацієнтів середнього, похилого і старечого віку.

Серед усіх показників визначених у карті обстеження пацієнтів з підозрою на СНР для визначення міогенного СНР як критерії можуть бути використані: наявність акустичних явищ у СНЩС (25 пацієнтів – 65,8%), зміна траєкторії відкривання рота (26 пацієнтів – 68,4%), акцентована пальпація жувальних м'язів (38 пацієнтів – 100%).

Для постановки остаточного діагнозу у пацієнтів з міогенними СНР за показами були застосовані наступні додаткові методи діагностики: ОПГ – 24 (63,2%), ЗГ – 14 (36,8%),

УЗД – 24 (63,2%), 3D КТ – 2 (5,3%), МРТ – 3 (7,9%). Застосування всіх цих методів обстеження при міогенному СНР були обумовлені підозрою на комбіновані СНР, а більш часте використання УЗД ніж МРТ обумовлене надто високою вартістю МРТ.

Гіпермобільність СНЩС виявлена у 17 пацієнтів (12,6%) із загального числа обстежених, 10 жінок (58,8%) і 7 чоловіків 41,2%. З них у 6 пацієнтів (4,5%) була тільки гіпермобільність СНЩС, у 5 пацієнтів (3,7%) комбінація артрогенний СНР + міогенний СНР + гіпермобільність СНЩС і у 6 пацієнтів (4,5%) комбінація артрогенний СНР + гіпермобільність СНЩС. Розподіл пацієнтів за віком встановив, що 82,3% пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС це люди підліткового і молодого віку, а лише 17,7% пацієнтів середнього віку.

Серед усіх показників визначених за картами обстеження пацієнта з підозрою на СНР для визначення гіпермобільності СНЩС як критерії можуть бути використані: наявність гіпермобільності інших суглобів (12 пацієнтів – 70,6%), наявність акустичних явищ у СНЩС (16 пацієнтів – 94,1%), зміна траєкторії відкривання рота (8 пацієнтів – 47,0%) та акцентована пальпація жувальних м'язів (10 пацієнтів – 58,8%).

Для постановки остаточного діагнозу за показами у пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС використані такі додаткові методи діагностики: ОПГ – 15 (88,2%), ЗГ – 4 (23,5%), УЗД – 14 (82,4%), 3D КТ – 2 (11,8%), МРТ – 1 (5,9%).

Після проведених статистичних обрахунків та їх аналізу встановлено переважання кількості жінок над чоловіками в групі артрогенних СНР у 2,8 рази, міогенних СНР у 8,5 раз та гіпермобільності СНЩС у 1,4 рази, що підтверджує та доповнює наукові дані щодо переважання кількості жінок з СНР над чоловіками. Також, встановлено, що вік пацієнтів до 44 років (підлітковий та молодий) переважав в усіх групах СНР: 86,2%, 86,8% та 82,3% відповідно.

Необхідно зазначити, що перелічені критерії діагностики різних СНР обґрунтовані як поодинокі фактори, проте при обрахунку поєднаної дії декількох факторів вони можуть бути включені у критерії діагностики.

Якісний та кількісний аналіз результатів діагностичних тестів.

Артрогенні СНР. За даними Експрес-заклучення у 71 пацієнта (88,8%) виявлено 2 і більше пунктів, у 9 пацієнтів (11,2%) не виявлено жодного з пунктів. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 2 пацієнтів (2,5%), а у 78 пацієнтів (97,5%) виявлено від 1 до 3 балів.

Міогенні СНР. За даними Експрес-заклучення у 34 пацієнтів (89,5%) виявлено 2 і більше пунктів і у 4 пацієнтів (10,5%) не виявлено жодного з пунктів. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 1 пацієнта (2,6%), а у 37 пацієнтів (97,4%) виявлено від 1 до 3 балів.

Гіпермобільність СНЩС. За даними Експрес-заклучення у 11 пацієнтів (64,7%) виявлено 2 і більше пунктів, а у 6 пацієнтів (35,3%) не виявлено жодного з пунктів. За даними індексу Хелкімо 0 балів виявлено у 1 пацієнта (5,9%), а у 16 пацієнтів (94,1%) виявлено 1 бал. 2 і 3 бали не виявлено в жодного пацієнта.

Аналіз застосування додаткових тестів для визначення СНР встановив: Експрес-заклучення підтвердило діагностовані артрогенні СНР на 88,8%,

міогенні СНР на 89,5% та гіпермобільність СНЩС на 64,7%, а індекс Хелкімо підтвердив діагностовані артрогенні СНР на 97,5%; міогенні СНР на 97,4%; та гіпермобільність СНЩС на 94,1%.

За результатами клінічного та додаткових методів обстеження із 135 пацієнтів виявлено 38 у яких діагноз СНР не підтвердився, що склало 28,1%. Саме тому, такий високий показник імітованих СНР потребував більш детального вивчення.

У результаті ретельного обстеження 38 пацієнтів, у яких діагноз СНР не був підтверджений, виявлено 20 патологій, симптоматика яких імітувала СНР, а саме: гайморит, головний біль напруги, геміплегія обличчя, герпес, епілепсія, змішана пухлина привушної слинної залози, клиноподібний дефект зубів, лімфаденіт привушних слинних залоз, мігрень, невралгія трійчастого нерва, ортодонтична патологія, отит, недіагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи, перелом шилоподібних відростків, періодонтит, пульпіт, ревматизм, сіалоаденіт, тріщина кореня зуба, ускладнене прорізування третіх молярів та невизначена патологія.

Різноманітність та поліморфізм виявленої патології, що пов'язана з різними органами і системами не дозволяє систематизувати їх за морфологічними або функціональними ознаками, саме тому, їх розділено на дві групи: загальносоматичного та стоматологічного генезу (локальні) (таб.3).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів із імітованими СНР за формою патології та статтю

форма імітованого СНР	жінки		чоловіки		разом	
	n	%	n	%	n	%
не визначена патологія	0	0,0	1	2,6	1	2,6
гайморит	1	2,6	0	0,0	1	2,6
головний біль напруги	0	0,0	1	2,6	1	2,6
геміплегія обличчя	1	2,6	1	2,6	2	5,3
герпес	2	5,3	0	0,0	2	5,3
епілепсія	1	2,6	0	0,0	1	2,6
змішана пухлина привушної слинної залози	0	0,0	1	2,6	1	2,6
клиноподібний дефект	0	0,0	1	2,6	1	2,6
лімфаденіт привушних слинних залоз	1	2,6	0	0,0	1	2,6
мігрень	0	0,0	1	2,6	1	2,6
невралгія трійчастого нерва	0	0,0	1	2,6	1	2,6
ортодонтична патологія	6	15,8	0	0,0	6	15,8
отит	3	7,9	0	0,0	3	7,9
недіагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи	1	2,6	3	7,9	4	10,5
перелом шилоподібних відростків	1	2,6	0	0,0	1	2,6
періодонтит	4	10,5	1	2,6	5	13,2
пульпіт	2	5,3	0	0,0	2	5,3
ревматизм	1	2,6	0	0,0	1	2,6
сіалоаденіт	0	0,0	1	2,6	1	2,6
тріщина кореня зуба	1	2,6	0	0,0	1	2,6
ускладнене прорізування третіх молярів	1	2,6	0	0,0	1	2,6
разом	26	68,4	12	31,6	38	100,0

Із даних, представлених в таблиці 3 видно, що кількість жінок з імітованим СНР складає 68,4%, проти 31,6% у чоловіків. Переважання жіночої статі у 2,2 рази серед пацієнтів з імітованими СНР не спростовує думки про емоційну та гормональну залежність як діагностованих, так і імітованих СНР. Серед виявлених патологій найбільш поширеною 15,8% була ортодонтична патологія, наступними за частотою були періодонтит – 13,2% та недиагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи 10,5%.

Отже, виявлено 9 (45,0%) імітованих СНР загальносоматичного генезу: отит, герпес, мігрень, геміплегія обличчя, гайморит, епілесія, головний біль напруги, перелом шилоподібних відростків, ревматизм; та 11 (55,0%) імітованих СНР стоматологічного генезу: недиагностований перелом суглобового відростка нижньої щелепи, пульпіт, періодонтит, сіалоаденіт, невралгія трійчастого нерва, ортодонтична патологія, лімфаденіт привушних слинних залоз, тріщина кореня зуба, клиноподібні дефекти твердих тканин зубів, ускладнене прорізування третіх молярів, змішана пухлина привушної слинної залози.

Аналіз карт обстеження пацієнтів із підозрою на СНР виявив, що первинною ознакою звертання на консультацію було скерування пацієнта іншим лікарем, який первинно його обстежував (71,1%), а саме лікарів-ортодонтів (22,8%), оториноларингологів (8,3%), невропатологів (4,9%), ревматологів (5,9%), стоматологів-хірургів (24,6%), інші (4,6%). Випадки самостійного звертання пацієнтів, які надалі були скеровані до інших спеціалістів склали 28,9%.

За даними Експрес-заключення, встановлено, що у 17 (44,7%) пацієнтів можливість справжнього СНР не виявлена, проте, у 21 (55,3%) пацієнта, за даними Експрес-заключення (≥ 2) може бути СНР. Такий різнобій за Гамбурзьким протоколом викликаний тим, що серед шести його пунктів, містяться три, які можуть бути позитивними і при імітованих патологіях. Отже, можна стверджувати, що застосування Гамбурзького тесту з метою диференційної діагностики між підтвердженими та імітованими СНР не є інформативним, а лише інформуючим про можливість виявлення основних скарг характерних для СНР.

Оцінка стану зубо-щелепного комплексу за індексом Хелкімо визначила, що у 12 (31,6%) пацієнтів немає жодної дисфункції СНЦС, у 19 (50,0%) легка дисфункція, у 5 (13,2%) дисфункція середньої важкості і у 2 (5,3%) пацієнтів важка дисфункція. Отже, у 26 (68,4%) пацієнтів все-таки були виявлені дисфункції зубо-щелепного комплексу різної важкості. Це підтверджує, що в процесі обстеження пацієнтів із імітованими СНР паралельно були виявлені різні форми власне СНР, проте вони не були основною причиною звертання пацієнта, можливо розвинулися на тлі імітованого СНР та не турбували пацієнта. Така діагностика виступає як діагностика преморбідних симптомів СНР, а, відтак, повинна міститися в карті обстеження пацієнта з підозрою на СНР.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове вирішення науково-практичної задачі, яке полягає у підвищенні якості диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують.

1. Проведено аналіз результатів обстеження пацієнтів із підозрою на скронево-нижньощелепні розлади. Встановлено, що серед 135 обстежених із підозрою на СНР у 97 пацієнтів (71,9%) підтверджені різні форми СНР. Серед них у 80 пацієнтів (59,3%) виявлена артрогенна патологія, у 38 (28,1%) міогенна, у 17 (12,6%) гіпермобільність СНЩС як поодинокі, так і у комбінаціях. У 38 пацієнтів (28,1%) виявлені патології, які імітували скронево-нижньощелепні розлади.
2. Визначено діагностичні критерії для різних форм СНР. Для артрогенного СНР основними критеріями є: наявність больових чи акустичних явищ у СНЩС і зміна ступеня та траєкторії відкривання рота; для міогенних СНР – наявність акустичних явищ у СНЩС, зміна траєкторії відкривання рота, акцентована пальпація жувальних м'язів; для гіпермобільності СНЩС – наявність гіпермобільності інших суглобів, наявність акустичних явищ у СНЩС, зміна траєкторії відкривання рота та акцентована пальпація жувальних м'язів.
3. Аналіз застосування додаткових тестів для визначення СНР встановив: Експрес-заключення підтвердило діагностовані артрогенні СНР на 88,8%, міогенні СНР на 89,5% та гіпермобільність СНЩС на 64,7%, а індекс Хелкімо підтвердив діагностовані артрогенні СНР на 97,5%; міогенні СНР на 97,4%; та гіпермобільність СНЩС на 94,1%.
4. Серед пацієнтів із діагностованими імітованими СНР виявлено 20 патологій, симптоматика яких імітувала СНР, з них 9 (45,0%) загальносоматичного генезу та 11 (55,0%) стоматологічного генезу.
5. Оцінка інформативності різних методів додаткової діагностики підтвердила цінність ортопантомографії як методу первинної діагностики. Ультразвукова діагностика визначена чутливим методом в діагностиці запальних явищ у СНЩС та менш чутливим в діагностиці зміщень суглобового диска. Зонографія та 3D комп'ютерна томографія є чутливими у визначенні кісткових патологій СНЩС. Магнітно-резонансна томографія є методом, що дозволяє оцінити і кісткові і м'якотканинні структури СНЩС.
6. Розпрацьована комп'ютерна програма диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів, розраховує індивідуальний ризик розвитку різних форм скронево-нижньощелепних розладів на підставі анамнестичних і клінічних ознак визначених у пацієнта та дозволяє здійснити їх моніторинг та клінічну функціональну діагностику.

СПИСОК ПРАЦЬ ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. **Макєєв В.Ф.** Критерії диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів, класифікація та загальні клінічні підходи у діагностиці / В.Ф. Макєєв, Р.В. Кулінченко, У.Д. Телішевська, **О.Д. Телішевська** // Львівський медичний часопис “Acta Medica Leopoliensia”. – 2011. – vol. 17, №4. – С. 56-60. *(Здобувач брала участь у обстеженні пацієнтів, статистично обробила отримані результати).*
2. **Макєєв В.Ф.** Критерії диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів. Алгоритми додаткового дослідження скронево-нижньощелепних суглобів методами променевої діагностики / В.Ф. Макєєв, Р.В. Кулінченко, У.Д. Телішевська, **О.Д. Телішевська** // Львівський медичний часопис “Acta Medica Leopoliensia”. – 2012. – vol.18, №1. – С. 38-42. *(Здобувач проводила дослідження та апробацію отриманих даних).*
3. **Телішевська У.Д.** Ступеневий зв'язок між скронево-нижньощелепними розладами та симптомами, що їх супроводжують / У.Д. Телішевська, **О.Д. Телішевська** // “Український стоматологічний альманах”. – 2014. – №3. – С. 57-61. *(Внесок здобувача полягає у обстеженні хворих та опрацюванні клінічних даних).*
4. **Телішевська О.Д.** Хвороби, що імітують скронево-нижньощелепні розлади. Нозологічні форми та симптоми / О.Д. Телішевська // Новини стоматології. – 2014. – №4. – С. 52-54. *(Здобувач опрацювала літературу, провела клінічне обстеження хворих, систематизувала отримані дані та підготувала статтю до друку).*
5. **Макєєв В.Ф.** Синдром Ігла у диференційній діагностиці скронево-нижньощелепних розладів / В.Ф. Макєєв, **О.Д. Телішевська** // Український стоматологічний альманах. – 2014. – №4. – С. 36-39. *(Здобувач брала участь у обстеженні пацієнтів, статистично обробила отримані результати та підготувала статтю до друку).*
6. **Телішевська О.Д.** Вчасно не діагностовані переломи суглобових відростків нижньої щелепи як причина скронево-нижньощелепних розладів / О.Д. Телішевська // Новини стоматології. – 2015. – №2. – С. 40-45. *(Здобувач опрацювала літературу, провела клінічне обстеження хворих, підготувала статтю до друку).*
7. **Телішевська О.Д.** Хвороби, що імітують скронево-нижньощелепні розлади. Пульпіт, періодонтит, тріщина кореня зуба / О.Д. Телішевська // Галицький лікарський вісник. – 2015. - №2. – С.122-127. *(Здобувач опрацювала літературу, провела клінічне обстеження хворих, підготувала статтю до друку).*
8. **Телішевська О.Д.** Диференційна діагностика скронево-нижньощелепних розладів із застосуванням розробленої комп'ютерної програми визначення індивідуального ризику їх розвитку / О.Д. Телішевська // “Український

- стоматологічний альманах”. – Полтава – 2016. – №. – С.75-80. *(Здобувач приймала участь у розпрацюванні програми, провела статистичні обрахунки і підготувала статтю до друку).*
9. Диагностическое значение ультразвукографии в оценке переднего смещения суставного диска височно-нижнечелюстного сустава / В.Ф. Макеев, А.Р. Кучер, Ю.О. Риберт, У.Д. Телішевська, О.О. Жизномирська, **О.Д. Телішевська** // сб. тр. Нац.конгр. с междунар. участием «Паринские чтения 2016». – Минск, 2016. – С.134-137. *(Здобувач приймала участь у проведенні діагностичних заходів та підготовці тез).*
 10. Телішевська У.Д. Особливості своєчасного виявлення та діагностики преморбідних симптомів скронево-нижньощелепних розладів / У.Д. Телішевська, **О.Д. Телішевська** // Матеріали VI Східноєвропейської конференції з проблем стоматологічної імплантації. – Львів, 2013. – С. 34-35. *(Здобувач опрацювала літературу, систематизувала отримані дані).*
 11. Valentyn Makeyev. Determination of the risk factor diseases of temporomandibular disorders / Ulyana Telishevskaya, Volodymyr Shybinsky, **Oksana Telishevskaya** // I Miedzynarodowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowej Lekarzy Dentystow. – Kazimierz Dolny, 2015. – С. 33. *(Здобувач брала участь у підготовці тез).*
 12. **Телішевська О.Д.** Виявлення імітованих скронево-нижньощелепних розладів у пацієнтів при плануванні ортопедичної та ортодонтичної реабілітації / О.Д. Телішевська // Матеріали VII Східноєвропейської конференції з проблем стоматологічної імплантації. – Львів. – 2015. – С. 10. *(Здобувач провела клінічне обстеження, проаналізувала отримані дані, підготувала матеріали до друку).*
 13. Valentyn Makeyev. Analysis of costs for diagnosis and differential diagnosis of patients with possible temporomandibular disorders in Ukraine / Ulyana Telishevskaya, Volodymyr Shybinsky, **Oksana Telishevskaya**, Oresta Pinyazhko // ISPOR 18th Annual European Congress. – Milan, 2015. – С. 354. *(Здобувач підготувала тези).*
 14. Ulyana Telishevskaya Diseases that simulate temporomandibular disorders / Ulyana Telishevskaya, Volodymyr Shybinsky, **Oksana Telishevskaya** // II Miedzynarodowa Konferencja Szkoleniowo-Naukowej Lekarzy Dentystow. – Kazimierz Dolny. – 2016. – С. 33. *(Здобувач брала участь у підготовці тез).*

АНОТАЦІЯ

Телішевська О.Д. Обґрунтування клініко-діагностичних критеріїв диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів та хвороб, що їх імітують. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 – Стоматологія. – Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, Львів, 2016.

Дисертація присвячена вирішенню питання діагностики та диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів (СНР) шляхом розпрацювання спеціалізованих карт обстеження пацієнтів з підозрою на СНР та на їх основі програми визначення індивідуального ризику розвитку СНР.

У клінічній частині роботи визначено структуру форм СНР, проведено розподіл розладів за віком і статтю. Здійснено аналіз складових симптомів патологічного процесу при скронево-нижньощелепних розладах, визначено частоту та систематику хвороб та патологічних станів, що імітують скронево-нижньощелепні розлади, визначено ступеневий зв'язок між скронево-нижньощелепними розладами і симптомами, що їх супроводжують. Встановлено, що серед 135 обстежених із підозрою на СНР у 97 пацієнтів (71,9%) підтверджені різні форми СНР. У 38 пацієнтів (28,1%) виявлені патології, які імітували скронево-нижньощелепні розлади. Для визначення артрогенного СНР як критерії можуть бути використані: наявність больових чи акустичних явищ у СНЩС та зміна ступеня і траєкторії відкривання рота; для міогенних СНР – наявність акустичних явищ у СНЩС, зміна траєкторії відкривання рота, акцентована пальпація жувальних м'язів; для гіпермобільності СНЩС – наявність гіпермобільності інших суглобів, наявність акустичних явищ у СНЩС, зміна траєкторії відкривання рота та акцентована пальпація жувальних м'язів. Серед пацієнтів із діагностованими імітованими СНР виявлено 20 патологій, симптоматика яких імітувала скарги подібні до СНР. Аналіз застосування додаткових тестів для визначення СНР встановив: Експрес-заключення підтвердило діагностовані артрогенні СНР на 88,8%, міогенні СНР на 89,5% та гіпермобільність СНЩС на 64,7%, а індекс Хелкімо підтвердив діагностовані артрогенні СНР на 97,5%; міогенні СНР на 97,4%; та гіпермобільність СНЩС на 94,1%.

У аналітичній частині роботи розпрацьовано комп'ютерну програму диференційної діагностики скронево-нижньощелепних розладів, що розраховує індивідуальний ризик розвитку різних форм скронево-нижньощелепних розладів на підставі анамнестичних і клінічних ознак визначених у пацієнта.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб, скронево-нижньощелепні розлади, діагностика, диференційна діагностика, хвороби, що імітують, програма визначення індивідуального ризику.

АННОТАЦИЯ

Телишевская О.Д. Обоснование клинко-диагностических критериев дифференциальной диагностики височно-нижнечелюстных расстройств и болезней, которые их имитируют. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.22 – Стоматология. – Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого МЗ Украины, Львов, 2016.

Диссертация посвящена решению вопроса диагностики и дифференциальной диагностики височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР) путем разработки специализированных карт обследования пациентов с подозрением на ВНЧР и на их основе программы определения индивидуального риска развития ВНЧР. В клинической части работы определена структура форм ВНЧР, проведено распределение расстройств по возрасту и полу. Осуществлен анализ составляющих симптомов патологического процесса при височно-нижнечелюстных расстройствах, определены частота и систематика болезней и патологических состояний, имитирующих височно-нижнечелюстные расстройства, ранжирована связь между височно-нижнечелюстными расстройствами и симптомами, которые их сопровождают. Установлено, что среди 135 обследованных с подозрением на ВНЧР у 97 пациентов (71,9%) подтверждены различные формы ВНЧР. У 38 пациентов (28,1%) выявлены патологии, которые имитировали височно-нижнечелюстные расстройства. Для определения артрогенного ВНЧР в качестве критериев могут быть использованы: наличие болевых или акустических явлений в ВНЧС и изменение степени и траектории открывания рта; для миогенный ВНЧР – наличие акустических явлений в ВНЧС, изменение траектории открывания рта, акцентированная пальпация жевательных мышц; для гипермобильности ВНЧС – наличие гипермобильности других суставов, акустические явления в ВНЧС, изменение траектории открывания рта и акцентированная пальпация жевательных мышц. Среди пациентов с диагностированными патологиями, которые имитировали ВНЧР выявлено 20 патологий, симптоматика которых имитировала жалобы подобные ВНЧР. Анализом применения дополнительных тестов для определения ВНЧР установлено что Экспресс-заключение подтвердило диагностированные артрогенные ВНЧР в 88,8%, миогенные ВНЧР в 89,5% и гипермобильность ВНЧС в 64,7%, а индекс Хэлкимо подтвердил диагностированные артрогенные ВНЧР в 97,5%; миогенные ВНЧР в 97,4%; и гипермобильность ВНЧС в 94,1%.

В аналитической части работы разработано компьютерную программу дифференциальной диагностики височно-нижнечелюстных расстройств, которая рассчитывает индивидуальный риск развития различных форм височно-нижнечелюстных расстройств на основании анамнестических и клинических признаков выявленных у пациента.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, височно-нижнечелюстные расстройства, диагностика, дифференциальная диагностика, имитирующие болезни, программа определения индивидуального риска.

SUMMARY

Telishevska O.D. Reasoning for clinical diagnostic criteria for differential diagnosis temporomandibular disorders and diseases that mimic them (copyright reserved)

Dissertation for the academic degree of Candidate of Medical Sciences (PhD) on specialty 14.01.22 – Dentistry. – Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Ministry of Health Care of Ukraine, Lviv, 2016.

Diagnosis and treatment of patients with diseases of temporomandibular joint (TMJ) is relevant through the years. The main problem is in the absence of consensus on the origin of disease, pathogenesis, methods of differential diagnosis and the similarity of the clinical picture of different nosologies.

Study involved 135 patients suspected of temporomandibular disorders (TMD). They applied or were directed to the Prosthetic Dentistry Department Danylo Halytsky Lviv National Medical University from other medical institutions in Lviv, Lviv region and other regions of Ukraine. The age of patients ranged from 13 to 88 years, 98 women and 37 men.

Due to the TMD classification by B.W. Neville, D.D. Damm, C.M. Allen, J.E. Bouquot (1995), used by us, TMD are divided into arthrogenic and myogenic ones. The classification insufficiency was found after filling the database. The associated pathology and non-TMD pathology have been found. TMJ hypermobility was allocated as a separate group through the features of its etiology, course, patients' complaints and treatment.

A predominance of women over men with diagnosed TMD 2.6 times was found. This fact coincides with the literature. The number of men was higher only in the group of combined disorders (TMJ hypermobility + arthrogenic TMD). The patients with diagnosed "arthrogenic TMD" dominated among the identified pathologies, their number reached – 34.8%. The second highest rate is mimicking TMD – 28.1%. The third is arthrogenic and myogenic disorders combination (combined TMD) – 16.2%.

According to a survey of 135 patients with various forms of mimic TMD the correlation coefficients for each pair of diagnosis for all identified clinical indicators in survey cards was calculated. These figures differ according to the power of communication, but only some of them were reliable ($p < 0,05$).

During clinical examination and processing of received material, we have singled out a number of factors which, according to scientific literature and our own observations, could affect the appearance of disorder. Using logistic regression, 14 factors for the arthrogenic TMD, 14 factors for myogenic TMD, 7 factors to TMJ hypermobility and 8 factors for mimic TMD were identified. These factors in combined action have the likely impact on the development of disorders.

Based on our research, we worked out a program that is a "Microsoft Excel" file, and is part of the package "Microsoft Office". The essence is in development an automated calculating method of the individual risk manifestations of disorders in particular patient. This is achieved by introducing information, contained in the survey cards, into the table. After the calculations, using a logistic regression, we identified a total of 36 signs at the combined effect of which the program will calculate the individual risk for a particular disorder. The program can graphically show where the current risk zone of the patient is.

Using the results of clinical and additional methods of examination we found 38 patients, among 135, in which the TMD diagnosis was not confirmed. It amounted 28.1%. Such a high rate of mimic TMD should be scrutinized.

Multiplicity and polymorphism of detected pathology is associated with different organs and systems. This fact prevents systematization of them on morphological or functional features. That's why they are divided into two groups: by somatic and dental origin (local).

Key words: temporomandibular joint, temporomandibular disorders, diagnosis, differential diagnosis, diseases that mimic, the program to determine the individual risk.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗГ – зонографія

ІР – індивідуальний ризик

ЛНМУ – Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

МРТ – магнітно-резонансна томографія

ОПГ – ортопантомографія

СНР – скронево-нижньощелепний розлад

СНЩС – скронево-нижньощелепний суглоб

УЗД – ультразвукова діагностика

3D КТ – 3D комп'ютерна томографія

Тираж здійснено у друкарні
Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького
79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69

Підписано до друку 27.01.2017 р.
Формат 60×84/16. Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 0,9.
Тираж 100 прим.