

3. Орехова Л.Ю., Бубнова Л.Н., Глазанова Т.В., Розанов Н.К. Роль изменений в системе иммунитета при заболеваниях тканей пародонта//Пародонтология. — 1999. — № 1. — С. 27–29.

4. Пинегин Б.В., Латышева Т.В. Иммунодефицитные состояния: возможности применения иммуномодуляторов // Леч. врач. — 2001. — № 3. — С. 48–50.

Поступила 30.04.10.

THE USE OF POLYOXYDONIUM IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS

S.L. Blashkova, N.A. Makarova

Summary

Presented were the results of use of the drug polyoxydonium in complex treatment of chronic generalized periodontitis. Shown was the positive effect of the drug on the course of the disease.

Key words: polyoxidonium, chronic generalized periodontitis.

УДК 611.724: 616.72-009.7:053

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Елена Николаевна Силантьева

*Кафедра терапевтической и детской стоматологии и ортодонтии (зав. — проф. В.Ю. Хитров)
Казанской государственной медицинской академии,
e-mail: ElenaSilantjeva@mail.ru*

Реферат

Изучены клинические особенности синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в период болезненного спазма жевательных мышц у пациентов различных возрастных групп. У пациентов зрелого возраста синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава более интенсивен, различается по характеру, сенсорному восприятию и эмоциональному отношению к боли, провоцируется большим числом факторов, чем у лиц подросткового и юношеского возраста.

Ключевые слова: болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, возрастные группы, гипертонусы жевательных мышц, движения нижней челюсти.

Одной из актуальных проблем современной стоматологии являются своевременная диагностика и лечение распространенной патологии челюстно-лицевой области — синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (СБД ВНЧС). СБД ВНЧС имеет множество названий: болевая дисфункция ВНЧС [12], миофасциальный болевой синдром лица [5], синдром дисфункции ВНЧС [4, 7], темпоромандибулярная дисфункция [11] и др. Отсутствие единого мнения о происхождении данного заболевания, сочетание нескольких симптомов и их непостоянство затрудняют диагностику [9]. В последние годы отмечается тенденция к «омолаживанию» синдрома, который диагностируется даже у детей с 5-летнего возраста [13].

Вопросам диагностики заболевания посвящено большое количество работ, но основными методами до сих пор остаются клинические [2, 3, 5, 8, 9, 10, 11].

В клинической картине заболевания выделяют два периода — дисфункцию ВНЧС и болезненный спазм жевательных мышц. Заболевание может начаться как с первого, так и со второго периода [9]. Однако пациенты с СБД ВНЧС чаще всего обращаются к стоматологам в поисках решения проблем с болью в челюстно-лицевой области именно в периоде болезненного спазма жевательных мышц, т.е. миофасциального болевого синдрома (МБС).

Ведущим симптомом, свидетельствующим о СБД ВНЧС, служит боль, оценка которой всегда сложна и неоднозначна. Боль обусловлена наличием участков повышенного тонуса (гипертонуса) и триггерных точек в жевательных мышцах [6, 8]. Триггерные точки в жевательных мышцах сочетаются с очаговым повышением тонуса в мышцах шеи и плечевого пояса, остеохондрозом позвоночника [7]. Боль и гипертонус в жевательных мышцах оказывают влияние на характер, объем движений нижней челюсти, траекторию открывания и боковых смещений рта.

Под наблюдением находились 234 пациента с СБД ВНЧС без зубочелюстных аномалий (мужчин — 22 и женщин —

212 в возрасте от 12 до 35 лет). Больные были подразделены на 3 группы: 1-я (53 чел.) — подростковый возраст; 2-я (99) — юношеский; 3-я (82) — первый зрелый возраст. Клиническое обследование больных МБС осуществляли по специально разработанной карте-схеме, включающей изучение характера болей в настоящее время, локализацию, давность заболевания, выявление провоцирующих боль факторов, проводимого ранее лечения и его эффективности.

При осмотре обращалось внимание на внешний вид больного, цвет кожи, конфигурацию и наличие асимметрий и дефектов лица, западение щек и губ, выраженность носогубных складок. Исследовали состояние лимфатических узлов лица и шеи. При определении вида прикуса руководствовались соотношением жевательных поверхностей при смыкании зубных рядов в центральной окклюзии и положением нижней челюсти при физиологическом покое жевательной и мимической мускулатуры используя классификацию Л.Г. Персина (2004). Особое внимание уделяли состоянию тканей пародонта. Учитывали цвет десны, рельеф и плотность десневого края, его кровоточивость, количество над- и поддесневых зубных отложений, степень ретракции десны с обязательным определением гигиенических и пародонтальных индексов, а также окклюзионного соотношения в различных участках зубных дуг. Из исследования исключали лиц с аномалиями развития краниовертебральной области, заболеваниями ЦНС, травмами и врожденными асимметриями ЧЛЮ, другими заболеваниями ВНЧС (артритами, остеоартрозом), бруксизмом. При необходимости больных консультировали у отоларинголога и стоматологов (хирург, ортопед, ортодонт). Лица с хроническим периодонтитом, хроническим и острым пародонтитом не участвовали в исследовании. Боль оценивали применяя многомерный вербально-цветовой тест, который является объективным методом экспресс-оценки, разработанный Г.А. Адашиной, Е.Е. Мейзеровым (2003, 2004). Он позволяет определять количественно (в баллах) выраженность составляющих болевого синдрома по 6 шкалам, охватывающим различные уровни переживания

боли человеком: ноцицепция (1-я шкала — частота боли; 2-я — длительность боли; 3-я — вербально-цветовая шкала оценки интенсивности боли), ощущение боли (сенсорное восприятие боли — 4-я); переживание боли (эмоциональное отношение к боли — 5-я); уровень адаптивности (шкала модальностей, выявляющая зависимость выраженности болевых ощущений от времени суток, климатических условий, положения тела, условий питания, стрессовых факторов — 7-я шкала).

С целью выявления очагов гипертонуса и степени их болезненности, триггерных мышечных зон и точек производили пальпацию височной, жевательной, латеральной и медиальной крыловидных мышц, мышц дна полости рта, грудиноключично-сосцевидной и трапециевидной мышц. О состоянии височно-нижнечелюстного сустава судили по пробам с нагрузкой (надавливанием) на подбородок и углы нижней челюсти. С этой целью просили пациента разжать зубы и расслабить жевательные мышцы. Нажимали на подбородок спереди назад, а затем на углы нижней челюсти снизу вверх. Определяли характер движений головки нижней челюсти снаружи и со стороны слухового прохода в покое и при движении. Анализировали характер и объем безболезненных движений нижней челюсти, выясняли, какие движения провоцируют или устраняют боль.

В 1 и 2-й группах ни в одном случае не удалось диагностировать изолированный СБД ВНЧС (без клинических признаков шейного вертебрального дистрофического синдрома, сколиоза или нарушений осанки). У лиц 3-й группы неврологами был диагностирован шейный вертебральный дистрофический синдром или клинически значимый шейный остеохондроз: цервикалгия или цервикобрахиалгия с дисфиксационным механизмом поражения позвоночно-двигательного сегмента с мышечно-дистоническими проявлениями или с преобладанием дисциркуляторного механизма поражения позвоночно-двигательного сегмента, вегетативно-ирритативными проявлениями. Клиническое обследование пациентов с СБД ВНЧС выявило у них наличие постоянного, но различного по характеру в зависимости от возраста болевого симптома (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп по характеру болей (в %)

Характер боли	Группы больных			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2-я	1 и 3-я	2 и 3-я
Ноющие постоянные	28,30±6,25	32,30±4,72	15,80±4,05	>0,05	>0,05	<0,05
Ноющие приступообразные	52,83±6,92	59,69±4,96	26,80±4,92	>0,05	<0,05	<0,05
Стреляющие	13,20±4,69	6,10±2,42	17,10±4,18	>0,05	>0,05	<0,05
Ломящие	45,28±6,90	42,40±4,99	25,60±4,85	>0,05	<0,05	<0,05
Давящие	7,55±3,66	12,20±3,30	9,70±3,29	>0,05	>0,05	>0,05
Тянущие	28,30±6,25	27,30±4,50	26,80±4,92	>0,05	>0,05	>0,05
Пронзающие	1,89±1,89	1,01±1,01	0,0±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Кинжальные	1,89±1,89	1,01±1,01	0,0±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Тупые	1,89±1,89	1,01±1,01	0,0±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Жгучие	0,0±0,0	0,0±0,0	52,40±9,00	>0,05	<0,05	<0,05
Мозжащие	0,0±0,0	0,0±0,0	71,90±4,99	>0,05	<0,05	<0,05
Пульсирующие	0,0±0,0	0,0±0,0	6,10±2,66	>0,05	<0,05	<0,05
Самопроизвольные	5,60±3,19	6,10±2,42	12,20±3,64	>0,05	>0,05	>0,05
Иррадиирующие	3,77±2,62	3,03±1,73	34,10±5,27	>0,05	<0,05	<0,05
Распирающие	0,0±0,0	0,0±0,0	2,40±1,70	>0,05	>0,05	>0,05
В области жевательных мышц:						
быстрая утомляемость	5,60±3,19	8,08±2,75	12,20±3,31	>0,05	>0,05	>0,05
усталость	5,60±3,19	3,03±1,73	4,80±2,16	>0,05	>0,05	>0,05
дискомфорт	11,30±4,39	13,10±3,41	2,40±1,55	>0,05	>0,05	<0,05
неприятные ощущения	13,20±4,69	12,20±3,31	12,20±3,38	>0,05	>0,05	>0,05
чувство стягивания, онемения	0,0±0,0	0,0±0,0	1,20±1,10	>0,05	>0,05	>0,05

Таблица 2

Распределение пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп по локализации болей (в %)

Локализация боли	Группы больных			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2-я	1 и 3-я	2 и 3-я
Висок	5,60±3,20	8,08±2,75	30,50±5,12	>0,05	<0,05	<0,05
Половина лица	0,0±0,0	3,03±1,73	30,50±4,92	>0,05	<0,05	<0,05
Челюсти	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Зубы	22,64±5,80	11,11±3,17	23,20±4,69	>0,05	<0,05	<0,05
ВНЧС	13,20±4,69	24,24±4,32	21,90±4,60	>0,05	>0,05	>0,05
Щеки	0,0±0,0	15,15±3,69	32,90±5,22	>0,05	<0,05	<0,05
Ухо	0,0±0,0	3,03±1,73	7,30±2,89	>0,05	<0,05	>0,05
Темень	0,0±0,0	2,02±1,42	9,70±0,0	>0,05	<0,05	<0,05
Язык	0,0±0,0	0,0±0,0	7,30±2,89	>0,05	<0,05	<0,05
Небо, голова	0,0±0,0	0,0±0,0	3,60±2,07	>0,05	>0,05	>0,05
Десны	0,0±0,0	10,10±3,041	13,40±3,79	<0,05	<0,05	>0,05
Шея	100,0±0,0	100,0±0,0	100,0±0,0	>0,05	>0,05	>0,05
Надплечья	71,70±6,25	66,67±4,76	62,20±5,39	>0,05	>0,05	>0,05
Плечо	52,83±6,92	51,51±5,05	59,70±5,43	>0,05	>0,05	>0,05
Лопатка	28,30±6,25	26,26±4,44	46,30±2,83	>0,05	<0,05	<0,05
Рука	32,07±6,47	34,34±4,87	39,0±5,41	>0,05	>0,05	>0,05

По характеру болей пациенты подросткового и юношеского возраста (1 и 2-я возрастные группы) не различались ($p>0,05$). У тех и других чаще, чем в 3-й группе, выявлялись приступообразные «ноющие», ломящие боли ($p<0,05$), а во 2-й группе – постоянные боли ($p<0,05$). У пациентов

3-й группы достоверно преобладали жгучие, мозжащие, пульсирующие боли, с широкой зоной иррадиации в половину лица, головы, шеи, теменную область, язык ($p<0,05$). В 3-й возрастной группе чаще, чем во 2-й, определялись стреляющие боли ($p<0,05$). Кроме боли, у части

Слова-дескрипторы, отражающие эмоциональное отношение к боли у пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп (в %)

Отношение к боли	Группы больных			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2-я	1 и 3-я	2 и 3-я
Небеспокоящая	7,55±3,66	5,05±2,1	0,0±0,0	>0,05	<0,05	<0,05
Отвлекающая	18,87±5,42	15,15±3,62	3,60±2,07	>0,05	<0,05	<0,05
Мешающая	20,75±5,62	28,28±4,44	13,40±3,79	>0,05	>0,05	<0,05
Беспокоящая	24,53±5,97	20,2±4,06	17,00±4,17	>0,05	>0,05	>0,05
Раздражающая	5,66±3,20	7,07±2,59	7,3±2,89	>0,05	>0,05	>0,05
Надоевшая	16,98±5,21	10,1±3,04	6,09±2,66	>0,05	>0,05	>0,05
Надоедливая	18,87±5,42	16,16±3,72	7,3±2,89	>0,05	>0,05	>0,05
Угнетающая	3,77±2,64	6,06±2,41	14,60±3,92	>0,05	<0,05	>0,05
Опостылевшая	0,0±0,0	1,01±1,01	1,20±1,21	>0,05	>0,05	>0,05
Тягостная	5,66±3,20	4,04±1,99	12,1±3,62	>0,05	>0,05	>0,05
Пугающая	9,43±4,05	7,07±2,59	4,90±2,40	>0,05	>0,05	>0,05
Мучающая	3,77±2,64	5,05±2,1	12,1±3,62	>0,05	>0,05	>0,05
Терзающая	0,0±0,0	0,0±0,0	10,9±3,46	>0,05	<0,05	<0,05
Выматывающая	3,77±2,64	4,04±1,99	15,8±4,05	>0,05	<0,05	<0,05
Изводящая	1,89±1,89	1,01±1,01	6,09±2,66	>0,05	>0,05	>0,05
Устрашающая	0,0±0,0	0,0±0,0	1,20±1,21	>0,05	>0,05	>0,05
Мучительная	0,0±0,0	0,0±0,0	10,9±3,46	>0,05	<0,05	<0,05
Истязаяющая	0,0±0,0	0,0±0,0	1,20±1,21	>0,05	>0,05	>0,05
Измощающая	0,0±0,0	0,0±0,0	1,20±1,21	>0,05	>0,05	>0,05
Тяжкая	0,0±0,0	0,0±0,0	1,20±1,21	>0,05	>0,05	>0,05

пациентов отмечались быстрая утомляемость и усталость жевательных мышц. У лиц 1-й группы чаще, чем в 3-й группе, имели место неприятные ощущения в области жевательных мышц ($p < 0,05$). Боль имела обширную и стабильную локализацию в области челюстей, шеи, ВНЧС, деснах, надплечьях, плечах, руке ($p > 0,05$), однако у больных 3-й группы чаще концентрировалась в височной области, половине лица, зубах, щеках, темени, языке, лопатке, области уха, деснах (табл. 2).

Из 46 слов-дескрипторов, описывающих боль по многомерному вербально-цветовому тесту, лица 1 и 2-й групп выбрали 10, а 3-й — 11 (табл. 3). В двух первых группах преобладали приступообразные ноющие, ломящие, реже постоянные, тянущие, стреляющие, давящие боли, в 3-й группе — мозжащие, жгущие боли, реже иррадиирующие, тянущие, ломящие, ноющие постоянные или приступообразные. Помимо боли, в трех возрастных группах выявлялись неприятные ощущения сдавления или подергивания мышц, быстрая утомляемость, усталость, дискомфорт в области жевательных мышц.

Подростки и лица юношеского возраста достоверно чаще, чем пациенты зрелого возраста, характеризовали боль как беспокоящую, отвлекающую ($p < 0,05$), во 2-й группе чаще, чем в 3-й, — еще и как мешающую ($p < 0,05$). Ни у одного из подростков и лиц юношеского возраста не было боли терзающей, мучительной, истязаяющей, изнуряющей, тяжелой, опостылевшей ($p < 0,05$). Лица зрелого возраста чаще, чем подростки, отмечали угнетающие боли и чаще, чем пациенты 1 и 2-й групп ($p < 0,05$) — выматывающие (табл. 3).

Провоцирующими боль факторами в 1 и 2-й группах достоверно чаще, чем в 3-й, были использование жевательной резинки в течение 5—10 минут, статическая нагрузка и достоверно реже — разгибания шейного отдела позвоночника, круговые движения головы, стресс, тепло, вечернее время и разговор, а в 1-й чаще, чем во 2-й ($p < 0,05$), — разгибание шейного отдела позвоночника (табл. 4).

Результаты сравнения болевых ощущений по шкалам многомерного вербально-цветового болевого теста у пациентов с

Таблица 4

Частота факторов, провоцирующих боль у пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп (в %)

Факторы, провоцирующие боль	Группы больных			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2-я	1 и 3-я	2 и 3-я
Открытие рта	28,30±6,25	27,27±4,49	37,80±5,39	>0,05	>0,05	>0,05
Длительное жевание	22,64±5,80	14,14±3,52	7,30±2,89	>0,05	<0,05	>0,05
Жевание резинки 5–10 минут	22,64±5,80	18,18±3,89	4,90±2,39	>0,05	<0,05	<0,05
Стискивание зубов	11,32±4,39	8,08±2,75	3,60±2,07	>0,05	>0,05	>0,05
Движение нижней челюсти	13,21±4,69	9,09±2,90	4,90±2,39	>0,05	>0,05	>0,05
Статическая нагрузка	37,73±6,72	42,42±4,99	20,70±4,50	>0,05	<0,05	<0,05
Поворот головы в сторону	16,98±5,21	19,19±3,98	13,40±3,78	>0,05	>0,05	>0,05
Поворот головы в стороны	20,75±5,62	19,19±3,98	30,50±5,11	>0,05	>0,05	>0,05
Сгибание шейного отдела позвоночника	22,64±5,80	16,16±3,72	28,00±4,99	>0,05	>0,05	>0,05
Разгибание шейного отдела позвоночника	13,21±4,69	3,03±1,73	32,90±5,22	>0,05	<0,05	<0,05
Круговые движения головы	7,55±3,66	6,06±2,41	23,20±4,69	>0,05	<0,05	<0,05
Стресс	5,66±3,20	11,11±3,17	35,40±5,31	>0,05	<0,05	<0,05
Холод	3,77±2,64	2,02±1,42	1,20±1,20	>0,05	>0,05	>0,05
Тепло	0,0±0,0	0,0±0,0	39,00±5,42	>0,05	<0,05	<0,05
Вечернее время	3,77±2,64	3,03±1,73	47,60±5,55	>0,05	<0,05	<0,05
Разговор	0,0±0,0	0,0±0,0	4,90±2,39	>0,05	<0,05	<0,05

Таблица 5

Сравнение результатов болевого симптома по шкалам многомерного болевого теста у пациентов с СБД ВНЧС различного возраста (в %)

Шкалы	Группы больных			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2	1 и 3	2 и 3
1-я	3,26 ±0,22	3,21±0,15	4,14±0,19	>0,05	<0,05	<0,05
2-я	3,72 ±0,17	3,90±0,10	4,21±0,15	>0,05	<0,05	>0,05
3-я	2,91 ±0,11	2,92±0,06	3,52±0,13	>0,05	<0,05	<0,05
4-я	3,96 ±0,09	3,90±0,06	4,15±0,08	>0,05	>0,05	<0,05
5-я	3,81±0,14	3,79±0,09	4,72±0,12	>0,05	<0,05	<0,05
7-я	2,16 ±0,30	1,99±0,19	3,35±0,23	>0,05	<0,05	<0,05
Интегральный показатель	3,31 ±0,09	3,28± 0,06	4,00±0,07	>0,05	<0,05	<0,05

СБД ВНЧС различных возрастных групп выявили недостоверную разницу по всем шкалам и интегральному показателю между лицами подросткового и юношеского возраста ($p>0,05$). Между группами подросткового и зрелого возраста имелись достоверные различия по 1, 2, 3, 5, 7-й шкалам и интегральному показателю боли ($p<0,05$) и недостоверная разница по 4-й шкале ($p>0,05$). Между группами юношеского и зрелого возраста существовали достоверные различия по 1, 3, 4, 5, 7-й шкалам и интегральному показателю боли ($p<0,05$) и недостоверная ($p>0,05$) по 2-й шкале (табл. 5).

Следовательно, у пациентов зрелого возраста по сравнению с лицами подрост-

кового и юношеского возраста боль возникла достоверно чаще, была интенсивнее, различаясь по характеру, сенсорному восприятию и эмоциональному отношению, провоцировалась большим числом факторов.

У всех обследованных при пальпации определялись участки гипертонуса различной болезненности с триггером в жевательных мышцах, мышцах шеи, надплечий, лопаток, с иррадиацией боли при их пальпации в различные отделы лица и шеи. По сравнению с 3-й группой в 1 и 2-й группах достоверно чаще выявлялись очаги болезненного гипертонуса в височной, собственной жевательной, латеральной крыловидной мышцах, мышцах

Распределение пациентов с СБД ВНЧС различных возрастных групп по характеру движений нижней челюсти (в %)

Характер движений	Группы			p		
	1-я	2-я	3-я	1 и 2-я	1 и 3-я	2 и 3-я
Вид движения:						
зигзагообразные	71,70±6,25	75,75±4,33	52,4±5,55	>0,05	<0,05	<0,05
ступенчатые	22,64±5,80	16,16±3,72	39,0±5,45	>0,05	<0,05	<0,05
S-образные	5,66±3,20	8,08±2,75	8,6±3,12	>0,05	>0,05	>0,05
Боковые движения нижней челюсти:						
равномерные	24,53±5,97	19,19±3,98	9,7±3,29	>0,05	<0,05	>0,05
неравномерные	75,47±5,97	80,8±3,99	90,3±2,99	>0,05	<0,05	>0,05
Открытие рта:						
ограничено	39,62±6,78	37,37±4,89	71,9±4,99	>0,05	<0,05	<0,05
увеличено	16,98±5,21	14,14±3,50	4,9±2,40	>0,05	<0,05	<0,05
норма	43,40±6,87	48,48±5,05	23,2±4,69	>0,05	<0,05	<0,05
Наличие боли при открывании рта	5,66±3,20	4,04±1,99	6,09±2,66	>0,05	>0,05	>0,05
Щелчок при открывании рта	24,53±5,97	18,18±3,90	14,6±3,92	>0,05	>0,05	>0,05

шеи, надплечий, лопаток. Слегка болезненные очаги пальпировались чаще в медиальной крыловидной мышце, мышцах шеи, надплечий, участки безболезненного гипертонуса — в височной, медиальной и латеральной крыловидной мышцах, мышцах дна полости рта ($p < 0,05$). У лиц 3-й группы преобладали резко болезненные гипертонусы с иррадиацией при их пальпации в собственно жевательной, медиальной и латеральной крыловидной мышцах, мышцах дна полости рта, мышцах шеи, надплечий, лопаток, слегка болезненные — в височной мышце ($p < 0,05$). Тонус жевательных мышц всегда был повышен, выявлялись его асимметрия и снижение эластичности этих мышц.

При пальпации жевательных мышц выявлялись следующие особенности: у больных 1, 2 и 3-й групп с мышечно-тоническими проявлениями остеохондроза мышцы шейного отдела позвоночника были плотные. Наиболее болезненным местом мышц оказалось брюшко; медленное растяжение вызывало снижение их тонуса. Раздражение очагов гипертонуса при пальпации всегда сопровождалось болями, подобными тем, которые пациент описывал при первом визите. Гипертонусы с активным триггерным пунктом обнаруживались не только на болезненной, но и на противоположной стороне.

У лиц зрелого возраста с вегетативно-ирритативными проявлениями шейного отдела позвоночника одинаково болезненны были брюшко и места прикреп-

ления мышц. Раздражение гипертонусов при пальпации всегда провоцировало боли с неприятным вегетативным оттенком (чувство жжения, ползания мурашек и т.п.), длительным последствием и более обширной зоной иррадиации. В 3-й возрастной группе достоверно чаще, чем у подростков и лиц юношеского возраста, встречалась иррадиация болей в висок, ухо, нижнюю челюсть, ВНЧС, затылок, темя, руку ($p < 0,05$). При наличии гипертонуса в мышцах шеи достоверно чаще отмечалась иррадиация в висок, шею, надплечья, руку ($p < 0,05$).

У всех пациентов имелись изменения в движениях нижней челюсти, причем в 1 и во 2-й группах чаще встречались зигзагообразные, а в 3-й — ступенчатые движения ($p < 0,05$). Открытие рта достоверно чаще было увеличено у лиц 1 и 2-й групп и ограничено у пациентов 3-й. Неравномерные смещения нижней челюсти в стороны у лиц зрелого возраста выявлялись чаще, чем у подростков (табл. 6).

Таким образом, клиническая картина СБД ВНЧС зависит от возраста больных, что необходимо учитывать при диагностике и выборе метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашинская Г.А. Цветовой выбор — как метод оценки боли у пациентов с различными формами болевого синдрома: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. — М., 2003. — 23 с.
2. Баданин В.В. Нарушение окклюзии — основной этиологический фактор в возникновении дисфункции

височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология. — 2000. — № 1. — С. 51–54.

3. Герасименко М.Ю., Кувшинов Е.В., Турбина Л.Г. и др. Комплексная реабилитация больных с миофасциальными болями с синдромами височно-нижнечелюстного сустава // Росс. стоматол. ж. — 2001. — № 1. — С. 10–13.

4. Дармаев Б.В. Особенности жевательной системы при синдроме дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у жителей Забайкалья: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Иркутск, 2007. — 22 с.

5. Егоров П.М., Пузин М.Н., Кушлинский Н.Е. Миофасциальный болевой синдром лица. — М.: Изд-во Рос. ун-та Дружбы народов, 1991. — 115 с.

6. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль: Монография. — Казань, 2007. — 392 с.

7. Петров Е.А. Комплексное лечение больных с синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и остеохондрозом позвоночника: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— Иркутск, 2003.— 24 с.

8. Пономарев А.В. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. канд. мед. наук.— Самара, 2004. — 21 с.

9. Пузин М.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. — М.: Медицина, 2002. — 160 с.

10. Хватова В.А. Клиническая гнатология. — М.: Медицина, 2005. — 295 с.

11. De Wijer A., Lobbezoo-Scholte A.M., Steenks M.H. Reliability of clinical findings in temporomandibular disorders //J. Orofac. Pain. —1995. — Vol. 9(2). —P. 181–191.

12. Tourne L. Functional state of the masticatory system in healthy individuals (control group) and in patients with temporomandibular joint dysfunction //Rev. Belge Med. Dent. — 1997. — Vol. 52(4). — P. 102–114.

13. Thilander B., Rubio G., Pena L., de Mayorga C. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development// Angle Orthod. — 2002. — Vol. 72(2). — P. 146–154.

Поступила 15.06.09.

AGE CHARACTERISTICS OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT PAIN DYSFUNCTION SYNDROME

E.N. Silantieva

Summary

Studied were the clinical characteristics of the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome during the period of painful masticatory muscles spasm in patients of different age groups. In adult patients the temporomandibular joint pain dysfunction syndrome was more intense, varied in nature, sensory perception and emotional relationship to pain, it was provoked by a greater number of factors than of those patients of the adolescent and young age.

Key words: temporomandibular joint pain dysfunction syndrome, age groups, hypertonicity of masticatory muscles, the movement of the mandible.

УДК 616.517–039.1: 616.596–002.828

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ ОНИХОМИКОЗАХ НЕДЕРМАТОФИТНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Андрей Владимирович Рыбин¹, Алексей Сергеевич Нестеров²,
Наталья Иосифовна Потатуркина-Нестерова²

¹Ульяновский областной клинический кожно-венерологический диспансер (главврач — М.А. Магомедов),

²кафедра инфекционных и кожно-венерических болезней (зав. — проф. Л.М. Киселёва),

²кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии (зав. — проф. Н.И. Потатуркина-Нестерова)
медицинского факультета Ульяновского государственного университета, e-mail: htadn@rambler.ru

Реферат

Выявлены особенности видового спектра возбудителей онихомикозов у больных псориазом и характера клинического течения кожного процесса при поражении ногтей пластин. Установлено, что среди выделенных недерматофитных микромицетов, являющихся этиологическим фактором онихомикозов, наиболее частой причиной поражения ногтей пластин у больных псориазом являются грибы рода *Aspergillus* spp., обладающие токсичностью. Они вызывают развитие онихомикоза, характерной особенностью которого является преобладание тотальной дистрофической формы поражения ногтей пластинок.

Ключевые слова: псориаз, клиника, онихомикоз, аспергиллы, патогенез.

В структуре хронических заболеваний кожи в экономически развитых странах псориаз составляет 3–5% [7, 11]. Изменения ногтей пластин у больных псориазом отмечаются в 30–50% случаев, часто сочетаются с артропатиями, особенно в области дистальных межфаланговых суставов кистей. У 77,9% больных наличие микотической инфекции приводит к развитию микогенной сенсibilизации, нарастающей по мере тяжести основного заболевания [4]. В основе всех псориазических онихий лежат развитие папул и