

## **ЯВЛЕНИЯ ПРОЗОПАЛГИИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ПАТОЛОГИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

**Михайлик Р. А.<sup>2</sup>, Лопушанская Т. А.<sup>1</sup>, Петросян Л. Б.<sup>1</sup>**

---

*В статье представлено описание результатов исследования пациентов клиники стоматологии с болями в области лица. Проведен анализ клинических проявлений прозопалгий лица и дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.*

**Ключевые слова:** височно-нижнечелюстной сустав, лицевая боль, прозопалгия.

*The article describes the results of a study of dental clinic patients with facial pain. The analysis of clinical manifestations of facial prosopalgia and temporomandibular joint dysfunction was carried out.*

**Keywords:** temporomandibular joint, facial pain, prosopalgia.

---

### **Актуальность**

Лечение болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) – сложная, до конца не решенная и экономически затратная проблема. Неудачи в лечении подчас обусловлены ошибками в диагностике [2]. Неправильно поставленный диагноз влечет за собой неадекватное лечение, которое, как правило, не позволяет реабилитировать пациента [5]. Болевая симптоматика при дисфункции ВНЧС негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни пациентов [1, 3]. Часто болевой симптом при ДВНЧС сходен с болями при невралгии ветвей тройничного нерва, остеохондрозе шейного отдела позвоночника и других заболеваниях головы и шеи, которые сопровождаются болью [4, 1, 3].

**Цель исследования:** предложить алгоритм дифференциальной диагностики больных с болью в области лица, ассоциированной с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

**Задачи исследования:** оценить размеры отверстий черепа по ходу ветвей тройничного нерва.

### **Материалы и методы**

Было обследовано 52 больных с жалобами на боль в области лица и клиническими проявлениями дисфункции ВНЧС в возрасте от 37 до 56 лет (средний возраст 45 лет) – 34 женщин и 18 мужчин. Клиническое обследование включало применение клинического индекса Хелкимо и использование визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) для оценки степени боли. Кроме того, всем больным было проведена гнатодинамометрия (ГДМ) для выявления болевой дисфункции ВНЧС [1], магнитно-резонансная томография области ВНЧС и спиральная компьютерная томография (СКТ) костей черепа. Компьютерная томография выполнялась на аппарате Light Speed Plus фирмы General Electric с четырьмя линейками детекторных рядов. В стандартный протокол исследования входили следующие параметры: толщина среза 0,625 мм, интервал 0,625 мм, поле исследования от 140 до 170 мм, матрица 520, наклон Гентри равный нулю. Основными условиями выполнения являлись неподвижность пациента и предварительное удаление съемных протезов. Зоны интереса при сканировании в условиях компьютерной томографии обязательно включали височно-нижнечелюстные суставы, верхнюю и нижнюю челюсти, основание черепа. Магнитно-резонансное исследование области ВНЧС осуществляли на сверхвысокопольном (3,0 Т) МР-томографе Signa Excite HDx (фирма GE, США) и проводили в два этапа, первый – в положении привычной окклюзии, второй – с открытым ртом. Использовали головную катушку 8HR Brain.

## Результаты

По клиническому индексу Хелкимо в анализируемой группе наиболее часто встречалась легкая и средняя степень дисфункции: 20 (40,4%) и 18 (36,1%) больных соответственно. По данным ВАШ в анализируемой группе больных наиболее часто встречалась низкая (57,4%) и средняя (31,9%) степень выраженности боли. В анализируемой группе больных показатели ГДМ были либо >80 Н (48,9%), либо <80 Н (51,1%). По данным ГДМ усилия сжатия, превышающие 80 Н, характерны для сохранного состояния ВНЧС. Таким образом, были выявлены пациенты с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава – 48,9% и сохранным ВНЧС – 51,1%. Проведенная диагностика с использованием ГДМ позволяет предположить, что у больных с сохранным ВНЧС прозопалгия не была обусловлена патологией ВНЧС.

Для уточнения диагноза всем пациентам проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) области ВНЧС и спиральная компьютерная томография. По данным МРТ пациенты разделились на две группы: 1 группа с сохранным ВНЧС; 2 группа с дислокация суставного диска (табл. 1 и 2).

Таблица 1

Состояние ВНЧС по данным ГДМ и МРТ (n=52)

Распределение по данным ГДМ	Сохранный ВНЧС n=19 (36,2%)		Дислокация диска n=33 (63,8%)	
	n	%	n	%
Сила сжатия <80 Н (n=24)	0	0,0	23	76,7
Сила сжатия >80 Н (n=23)	19	100,0	10	23,3

По данным компьютерной томографии был проведен анализ размеров черепных отверстий по ходу тройничного нерва таких как: for.rotundum, for.ovale, for. ifraorbitale, for.mentale, for. p. majus и for. mandibulare. (табл. 2).

Таблица 2

Размеры черепных отверстий по данным компьютерной томографии

Отверстие/сторона	размер мм <sup>2</sup>	размер мм <sup>2</sup>	P
For.Rotundum (R)	3,85	2,07	<b>0,04*</b>
For.Ovale (R)	25,02	20,50	<b>0,02*</b>
For. Ifraorb (R)	3,91	2,98	0,10
For.Mentale (R)	5,31	4,36	0,27
For. p. Majus (R)	4,74	5,74	0,17
For. Mandibulare (R)	7,88	5,81	0,15
For. Rotundum (L)	4,29	2,02	0,05
For. Ovale (L)	26,09	22,08	0,06
For. Ifraorb (L)	4,33	3,19	0,08
For. Mentale (L)	5,20	4,78	0,63
For. p. Majus (L)	4,44	5,13	0,19
For. Mandibulare (L)	7,97	5,73	0,11

### Выводы

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что ГДМ как метод первичной диагностики позволяет с высокой степенью достоверности (>70%) дифференцировать наличие болевой дисфункции ВНЧС от прозопалгии, которая индуцирована другими факторами.

2. Анализ размеров черепных отверстий, таких как: for.rotundum, for.ovale, for. ifraorbitale, for.mentale, for. p. majus и for. mandibulare, по ходу тройничного нерва по данным СКТ выявил в группе пациентов с прозопалгией и сохранным ВНЧС достоверное снижение площади for. rotundum ( $p < 0,04$ ) и for. ovale ( $p < 0,02$ ) на стороне боли. При этом на противоположной стороне снижение площади for. rotundum находится на границе достоверности  $p = 0,05$ , а for. ovale ( $p = 0,02$ ) – незначительно превышает эту границу.

3. Таким образом, можно утверждать, что не у всех пациентов с прозопалгией и клиническими проявлениями дисфункции ВНЧС боль обусловлена патологией височно-нижнечелюстного сустава.

#### **Список литературы:**

1. Войтяцкая И.В., Цимбалистов А.В. «Синдром сниженного прикуса». Ортопедическая стоматология: национальное руководство: в 2т. / под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. – 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 520 с.

2. Мирза А.И. Дифференциальная диагностика синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с другими болевыми синдромами челюстно-лицевой области. Неврология. 2013; 452: 54-58. – EDN QIVVZN.

3. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. М., Медицина, 2002. 160 с.

4. Трошин В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога. Н. Новгород: НГМА, 2002. 421 с.

5. Цимбалистов А.В. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Белгород: ИД «Белгород» НИУ БелГУ, 2022. 472 с.

---

#### **Как цитировать:**

Михайлик Р. А., Лопушанская Т. А., Петросян Л. Б. Явления прозопалгии, ассоциированные с патологией височно-нижнечелюстного сустава. Материалы VI научной конференции с международным участием: «По итогам НИР: наука и практика в стоматологии», 26 апреля 2024 г., Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 190-194.

---