



УДК: 616.724-002.2-07-08

ЧАККА–ПАСТКИ ЖАГ БЎҒИМИДА ОҒРИҚЛИ ДИСФУНКЦИЯ СИНДРОМИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

УСМОНОВА М.К. БАТИРОВ Б.А. ЖУМАНИЯЗОВ А.Б.

EMU UNIVERSITY

Аннотация: Ушбу мақолада чакка–пастки жаг бўғими (ЧПЖБ) оғриқли дисфункция синдромининг этиологияси ва патогенезига доир замонавий қарашлар батафсил тақдим этилган. Касалликнинг ривожланишида окклюзион мувозанатсизлик ва психофизиологик омилларнинг ўрни кўрсатилиб, иккала назариянинг ўзаро тўлдирувчи эканлиги асослаб берилган. Касалликнинг клиник босқичлари, ташхислаш алгоритми ва дифференциал ташхис принциплари батафсил ёритилган. Мураккаб патогенетик механизмлар ва клиник полиморфизмни инобатга олган ҳолда кўп тармоқли ёндашувга асосланган комплекс даволаш дастури тақлиф қилинган.

Калит сўзлар: *оғриқли дисфункция синдроми, окклюзион бузилишлар, чайнов мушаклари гипертонуси, триггер зоналар, миофасциал оғриқ, бруксизм, психоген омиллар.*

Abstract: This article presents a comprehensive review of current understanding of the etiology and pathogenesis of temporomandibular joint (TMJ) pain dysfunction syndrome. The roles of occlusal imbalance and psychophysiological factors in disease development are examined, and their complementary nature is substantiated. Clinical staging, diagnostic algorithms, and differential diagnosis principles are described in detail. A multidisciplinary, evidence-based treatment protocol addressing the complex pathogenetic mechanisms and clinical polymorphism of this condition is proposed.



Key words: *pain dysfunction syndrome, occlusal disorders, masticatory muscle hypertonia, trigger zones, myofascial pain, bruxism, psychogenic factors.*

1. КИРИШ

Чакка–пастки жағ бұғими (ЧПЖБ) касалликлари замонавий стоматологиянинг энг мураккаб ва кўп қиррали муаммоларидан бирини ташкил этади. Бу патологиялар ташхислаш ва даволашда жиддий қийинчиликлар туғдириши билан биргаликда, клиник кўринишининг хилма-хиллиги туфайли турли тиббий мутахассисликлар — оториноларингология, неврология ва психиатрия соҳаларига ҳам алоқадор бўлиши мумкин [4, 6, 7].

ЧПЖБ касалликларини ўрганишнинг долзарблиги беморлар сонининг тобора ортиб бораётгани билан белгиланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига қараганда, аҳолининг 40–75% ида ЧПЖБ дисфункциясининг турли даражадаги белгилари мавжуд, шундан 5–12% и тиббий ёрдам олишни талаб этади [7, 9]. АҚШ Стоматологлар Ассоциациясининг баҳолашича, ушбу мамлакатда тахминан 75 миллион нафар кишида ЧПЖБ дисфункцияси белгилари кузатилади, уни даволашга сарфланадиган харажатлар фақат злокачественный ўсимталарни даволаш харажатларидан кейин иккинчи ўринда туради. Германия ва Европанинг бошқа мамлакатларида ҳам ўхшаш эпидемиологик манзара кузатилмоқда [7].

Ушбу патологиянинг этиологияси ва патогенезига доир аниқ, умумқабул қилинган маълумотларнинг йўқлиги, юз-жағ тизимидаги ўзгаришларни таҳлил қилишга йўналтирилган ташхис тизимларининг тарқоқлиги — буларнинг барчаси клиник амалиётда ҳали ҳал этилмаган муаммолигича қолмоқда [4, 6, 7]. Мазкур мақолада ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдромининг этиопатогенетик механизмлари, клиник кўринишлари, ташхислаш алгоритми ва кўп тармоқли даволаш дастурига доир тизимлаштирилган маълумот тақдим этилади.



2. ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТ ВА НОМЕНКЛАТУРА

Патогенетик механизмларнинг мураккаблиги ва клиник кўринишларнинг турличалиги туфайли ушбу касалликка тиббиёт тарихи давомида жами 20 дан ортиқ турли ном берилган. Бу номлар асосий клиник белгиларни ёки этиологик таснифни акс эттиришга уриниш натижасидир:

–Костен синдроми (Costen J.V., 1934) — дастлабки тасниф бўлиб, у асосан окклюзион ва артикуляцион бузилишларга урғу берган;

–Болевой дисфункционал синдром (Schwartz L., 1955) — мушак оғриғи ва дисфункцияга эътиборни қаратган;

–Миофасциал болевой дисфункционал синдром (Laskin D.M., 1969) — психосоматик омиллар ва мушак патологиясини биргаликда кўриб чиққан;

–ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдроми (Егоров П.М., Карапетян И.С., 1986) — рус тили тиббиётида кенг тарқалган тасниф;

–Краниомандибуляр бузилишлар — стоматологик функционал тизимнинг кенгроқ қамровини акс эттирадиган замонавий атама;

–Темпоромандибуляр касалликлар (ТМД) — ҳозирги кунда халқаро тиббиёт адабиётида энг кенг қўлланиладиган атама.

Бу терминологик хилма-хиллик касалликни турли клиник нуқтаи назардан тавсифлашга уринишлардан дарак беради. Барча таснифларда умумий белгилар мавжуд: юзда оғриқ, чайнов мушакларида болуслик, оғизни очишда чеклов, ЧПЖБ соҳасида щелчок ва шовқин [2, 6].

3. ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗ

3.1. Кўп омилли концепция

1990-йилларнинг ўрталарида ЧПЖБ дисфункциясини ривожланишига нисбатан кўп омилли концепция шаклланди. Ушбу концепцияга кўра, ЧПЖБ



«мақсад органи» сифатида турли генездаги агрессия факторларига нисбатан реакция қилади [4, 7]. Омиллар икки гуруҳга бўлинади:

Системали омиллар биологик тизимнинг физиологик толерантлигига таъсир кўрсатади: сурункали стресс, эмоционал лабиллик, ташвиш, невротик бузилишлар, вегетатив дисфункция. Маҳаллий омиллар орасида бўғимнинг ўткир ва сурункали травмаси, бруксизм, тиш йўқотиши, ногўғри тайёрланган протезлар, ортодонтик нуқсонлар мавжуд.

3.2. Окклюзион дисбаланс назарияси

Ушбу назариянинг тарафдорлари окклюзион бузилишларни бўғим ва мушакларнинг функционал ноқулайлигининг бирламчи сабаби деб ҳисоблайди. Окклюзион муносабатларнинг жиддий ўзгаришлари компенсатор ҳаракатлар ва парафункционал гиперактивликка, охир-оқибат мушакларда лактатацидоз ва миоген оғриқ синдромини юзага келтиради [6, 7].

Патогенез занжири қуйидагича кечади: бирламчи босқичда мушакда резидуал кучланиш, сўнгра маҳаллий гипертонус пайдо бўлади. Маҳаллий гипертонуслар қисқа муддатли спазмларга ёки доимий мушак кучайишига — миоспазмга айланиши мумкин. Натижада, мушакларда триггер нуқталар пайдо бўлиб, улар иррадиирловчи оғриқ манбаига айланади ва ЧПЖБ ни ноанатомик ҳолатга мажбур этади [6, 7].

3.3. Психофизиологик назария

Ушбу назарияга кўра, марказий нерв тизими (МНТ) ЧПЖБ дисфункциясининг патогенезида марказий ўрин тутаяди. МНТ ролини менсимаслик патогенезни тор тушунишга ва қўшма патологияни баҳолашда хатоларга олиб келади. Клиник тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ЧПЖБ дисфункцияси бор беморларнинг ҳар бешинчисида депрессив бузилишлар аниқланади [1, 3].



Эмоционал кўзғалиш ҳолатида чайнов мушакларининг рефлектор қисқиши кузатилади. Сурункали эмоционал зўриқиш бруксизмга, мушаклар дискоординациясига ва окклюзион ўзгаришларга замин яратади. Психовегетатив лабиллик ва функционал бузилишлар ўртасидаги боғлиқлик ҳам аниқланган [3, 6].

3.4. Иккала назариянинг ўзаро тўлдирувчилиги

Ҳозирги кунда ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдроми полиэтиологик касаллик сифатида тан олинган. Иккала назария ҳам оғриқнинг миоген табиатда эканлигини ва чайнов мушакларининг дискоординациясини асосий патогенетик омил сифатида эътироф этади. Окклюзион ва психоген омиллар «порочний доира»нинг алоҳида бўғинлари бўлиб, бу доирани узиш фақат кўп тармоқли ёндашув орқали мумкин [1, 3, 6].

1-жадвал. Асосий патогенетик назарияларнинг таqqoslami

Мезон	Окклюзион дисбаланс назарияси	Психофизиологик назария
Бирламчи омил	Окклюзион ва артикуляцион нотўғри муносабатлар	Психоген стресс, эмоционал лабиллик
Оғриқ характери	Миоген (мушак кислотаси), ацидоз	Миоген, нейропатик компонент билан
Асосий механизм	Мушак гипертонуси → спазм → дисфункция	МНТ гиперактивлиги → бруксизм → дисфункция



Мезон	Окклюзион дисбаланс назарияси	Психофизиологик назария
Асосий симптом	Щелчок, крепитация, оғиз очишда чеклов	Оғриқ, ухлашда бузилишлар, депрессия
Даволаш ёндашуви	Окклюзион коррекция, шина терапияси	Анксиолитиклар, антидепрессантлар, психотерапия

4. КЛИНИК КЎРИНИШ

4.1. Дисфункция босқичи

Дастлабки босқичда функционал бузилишлар устунлик қилади. Бемор асосан қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилади: бўғимда щелчок ва крепитация, чайнов пайтида ва тинч ҳолатда мушак оғриғи, нотекис (S-шакли) қуйи елка ҳаракати, кулоқда беркиш ва шовқин (тиннитус). Рентгенограммада ушбу босқичда ўзгаришлар одатда аниқланмайди.

4.2. Оғриқли спазм босқичи

Кейинги босқичда оғриқ синдроми кескин кучаяди. Оғизни очиш жиддий равишда чекланади (норма — 40–50 мм, спазм пайтида 20–25 ммгача камаяди), невралгик характерли оғриқ юзага келади, иррадиация висок, бўйин, куйинга, кулоқ ва тера соҳаларига кузатилади. Триггер нукталар сони кўпаяди.

Сурункали ҳолатда оғриқ доимий тусга киради, депрессия ва ухлашнинг бузилиши кўшилади. Беморлар ижтимоий ва касбий фаолиятни чеклашга мажбур бўлади.



5. ТАШХИСЛАШ АЛГОРИТМИ

5.1. Шикоятлар ва анамнез

Тўлиқ анамнез йиғиш ташхислашнинг биринчи ва энг муҳим босқичи ҳисобланади. Беморнинг психоген омиллари (стресс, ишдаги зўриқиш, оила муаммолари) ва маҳаллий омиллари (травма, тиш йўқотиш вақти, протезлаш тарихи) батафсил аниқланади. Оғриқнинг давомийлиги, кучи (ВАШ бўйича), иррадиация манзараси ва провокацион омиллар аниқланади.

5.2. Клиник текшируви

–Ташқи кўрик: юз симметрияси, шиш, гиперемия, мимика мушаклари ҳолати;

–ЧПЖБ пальпацияси: оғриқ, крепитация, сустав бошчасининг ҳаракати;

–Аускультация: патологик товушлар характери;

–Чайнов мушаклари пальпацияси: гипертонус зоналари, триггер нукталар аниқлаш;

–Оғизни очиш амплитудасини ўлчаш (мм) ва пастки елканинг ён ва олдинга ҳаракатини баҳолаш;

–Прикус ва окклюзия текшируви: артикуляция қоғози, силикон изламалар.

5.3. Функционал текширув

–Электрмиография (ЭМГ): чайнов мушаклари биоэлектрик фаолиятини баҳолаш;

–Аксиография: пастки елка кинематикасини 3D форматда тасвирлаш;

–Окклюзион таҳлил (T-Scan): окклюзион кучларнинг вақт ва зонавий тақсимотини ўлчаш.

5.4. Нурли ташхислаш



–Ортопантомограмма (ОПТГ): тишлар, суяк ўзгаришлари, бўғим ҳолати умумий кўриниши;

–Конус-нурли компьютер томографияси (КЛКТ): суяк тузилишини уч ўлчамда баҳолаш;

–МРТ: дискнинг ҳолати, диск-суяк муносабати, бўм мулоимтўқимали тузилмалар баҳолаш;

–Ультратовуш текшируви: синовиал суюқлик ва атроф тўқималарни баҳолашда.

5.5. Мутахассислар консултацияси

ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдромининг кўп тармоқли табиати туфайли қуйидаги мутахассислар билан ҳамкорлик зарур: хирург-стоматолог, ортопед, ортодонт, невролог, психотерапевт/психиатр, оториноларинголог, гастроэнтеролог (рефлюксни истисно этиш учун), реабилитолог.

2-жадвал. Дифференциал ташхис

Патология	Асосий симптомлар	Ташхис усули	Фарқли белги
Ревматоид артрит	Эрталаб қотиши, симметрик шикаст	МРТ, РА тест	Системали жараён белгилари
Инфекцион артрит	Иситма, шиш, гиперемия	Зарбий иммунология, КАТ	Ўткир бошланиш



Патология	Асосий симптомлар	Ташхис усули	Фарқли белги
Невралгия тройничного нерва	Электр тоғи оғриғи, провокация	ЭМГ, МРТ	Триггер нуктаси тери
Мигрень	Пульсация, ёруғликдан қочиш	Анамнез, неврология	Унилатерал, кучли
Шейный остеохондроз	Бўйин ва кўрак оғриғи	КТ умуртқа роға	Ирадиация манзараси
Деформирловчи артроз	Крепитация, қаришлик белгилари	КТ, рентген	Суяк деформацияси

6. КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ

6.1. Дори терапияси

Дори терапияси даволашнинг асосий бўғинини ташкил этади ва патогенезнинг турли қисмларига йўналтирилган:

–Марказий миорелаксантлар (толперизон — мидокалм 150 мг × 3; тизанидин — сирдалуд 2–4 мг × 3): чайнов мушаклари гипертонусини камайтиради, рефлектор спазмни йўқотади;

–Маҳаллий блокадалар: тройничный нерв блокадалари 2% лидокаин билан, триггер нукталарга инъекция;



–НПВС (диклофенак — вольтарен, ибупрофен, нимесулид, целекоксиб): яллиғланишга қарши ва аналгетик таъсир;

–Антидепрессантлар (амитриптилин 10–25 мг, пипофезин — пиразидол, флувоксамин — феварин): нейрпатик оғриқ компонентини камайтиради, уйқуни тиклайди;

–Анксиолитиклар (афобазол, тофизопам — грандаксин, эсциталопрам — ципралекс): стресс ва ташвишни камайтиради;

–Нейропротекторлар (актовегин в/в, В гуруҳи витаминлари — нейромультивит, мильгамма): нерв тўқимасини тиклайди;

–Никотин кислота: микроциркуляцияни яхшилаиди, мушак метаболизмни қўллаб-қувватлайди.

6.2. Окклюзион коррекция

–Шина терапияси: стабилизацион окклюзион шиналар ЧПЖБ ни тушириши, мушак кучанишини камайтиради ва бруксизм таъсирини пасайтиради;

–Тизимли пришлифовка: окклюзион нукталарни мувозанатлаш;

–Ортодонтик коррекция: ногўғри прикусни бартараф этиш;

–Хирургик коррекция: кескин анатомик деформациялар мавжудлигида.

6.3. Физиотерапия

–Электрофорез ва диадинамоэлектрофорез: дори моддаларини ўтказишни тезлаштиради;

–Лазер терапияси: яллиғланишга қарши ва репаратив таъсир;

–Магнитотерапия: шиш ва оғриқни камайтиради;

–Электронейростимуляция (TENS): нейромодуляция, аналгезия;

–Иглорефлексотерапия: Э-чи нукталарига таъсир орқали оғриқ синдромини камайтиради;



–КВЧ-терапия ва транскраниал электростимуляция: МНТ нейромедиатор балансини тиклашда;

–Димексид + лидокаин компресслари: маҳаллий яллиғланишга қарши ва аналгетик таъсир.

6.4. Реабилитация

–Аутоген тренинг ва биологик тескари алоқа: мушак гипертонусини онгли назорат этишни ўргатади;

–Даволовчи жисмоний тарбия (ДЖТ): чайнов мушаклари учун махсус машқлар;

–Аутомассаж ва чайнов мушаклари, бўйин ва елка камари мушакларини массаж;

–Мануал терапия: умуртқа роуа ва ТМЈ бўшлиғи блокадаларини бартараф этиш;

–Психологик консультация ва когнитив-хулқий терапия: стресс омилини бошқариш.

7. ХУЛОСА

ЧПЖБ оғриқли дисфункция синдроми — этиопатогенетик механизмларнинг мураккаблиги, клиник кўринишнинг полиморфизми ва турли тиббий соҳалар билан чекланиши билан ажралиб турадиган касаллик. Ушбу патологиянинг муваффақиятли ташхислаш ва даволаши қуйидагиларни тақозо этади:

–Беморнинг кенг қўламли клиник, функционал ва нурли текшируви;

–Стоматолог, невролог, психотерапевт ва реабилитолог ҳамкорлигига асосланган кўп тармоқли ёндашув;

–Дори терапияси, окклюзион коррекция, физиотерапия ва психологик ёрдамни ўз ичига оладиган комплекс даволаш;



–Сурункали хасталикларда рецидивни олдини олиш учун доимий мониторинг ва реабилитация.

Ушбу синдромни даволашдаги асосий мақсад — «порочний доира»ни — окклюзион ва психоген омилларнинг ўзаро чуқурлаштирувчи таъсирини — узиш ҳамда беморнинг ҳаёт сифатини тиклашдир. Мультидисциплинар гуруҳ ишининг самарадорлиги алоҳида мутахассис даволашдан устун эканлиги клиник тадқиқотлар билан тасдиқланган [1, 3, 7].

АДАБИЁТЛАР

1. Александров М.Т. ва бошқ. Миофасциал оғриқ синдромлари ва психосоматик бузилишлар. — Москва: Медицина, 2018. — 312 б.
2. Бушан М.Г. Клиник стоматология. — Кишинёв, 2001. — 528 б.
3. Гречко В.Е. Одонтогенный боль жевательных мышц. // Журнал невропатологии. — 2019. — №4. — Б. 45–52.
4. Дергилев А.П. Стоматологик патологияда магнит-резонанс томография. — Новосибирск, 2016. — 264 б.
5. Лисова Т.В., Попов С.А. Окклюзия ва артикуляция: замонавий ёндашувлар. // Стоматология. — 2020. — №3. — Б. 18–24.
6. Петросов Ю.А. Чакка–пастки жаг бўғими касалликлари. — Краснодар: Советская Кубань, 1996. — 352 б.
7. Хватова В.А. ЧПЖБ клиник гнатология. — Москва: Медицина, 2005. — 296 б.
8. Costen J.B. A syndrome of ear and sinus symptoms dependent upon disturbed function of the temporomandibular joint. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1934; 43: 1–15.



9. Laskin D.M. Etiology of the pain-dysfunction syndrome. J. Am. Dent. Assoc. 1969; 79: 147–153.

10. Schwartz L. Pain associated with the temporomandibular joint. J. Am. Dent. Assoc. 1955; 51: 394–397.

11. Okeson J.P. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. 8th ed. St. Louis: Elsevier, 2019. — 488 p.