

Рубникович С.П., Грищенков А.С., Кузьменко Е.В.
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЦ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
У ПАЦИЕНТОВ С БРУКСИЗМОМ

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь

Введение. В литературе имеется ряд признаков, указывающих на то, что бруксизм может отражать события, связанные с гипервозбудимостью моторных центров мозга и представлять собой не столько патофизиологическое, сколько обще физиологическое явление. Это говорит о необходимости более комплексного физиологического подхода для выявления особенностей мозга людей с проявлениями бруксизма и иных состояний, связанных с чрезмерной моторной активностью.

Цель исследования – определить функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области на основании данных электромиографии у стоматологических пациентов с признаками бруксизма.

Материалы и методы. Объектом исследования являются пациенты ключевой возрастной группы 35–44 года с клиническими признаками бруксизма. Сформированы 2 группы исследования – основная и контрольная. В основную группу исследования включены 3 пациента с клиническими признаками бруксизма, обратившихся за стоматологической помощью. В контрольную группу включены 3 пациента, обратившихся за стоматологической помощью и не имевших клинических признаков бруксизма. Проведено электромиографическое исследование пациентам основной и контрольной групп. Анализировали амплитуду (мкВ) и частоту (имп\с) осцилляций интерференционной ЭМГ. Полученные данные обрабатывали статистически с помощью программ Statistica и Excel. Результаты признавались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведена оценка биоэлектрической активности жевательных и височных мышц в покое и при произвольном напряжении у пациентов с клиническими признаками бруксизма на этапе первичной диагностики, а также оценка биоэлектрической активности жевательных и височных мышц в покое и при произвольном напряжении после курса комплексной терапии. В результате проведенного анализа электромиограмм установлено превышение значений средней амплитуды на 38,9–82,1% для правой и левой собственно жевательных мышц при произвольном напряжении у пациентов с клиническими признаками бруксизма в сравнении с пациентами контрольной группы. Превышение значений максимальной амплитуды при этом составило 76,4–175,5%. Установлено превышение значений средней амплитуды на 90,9–125,2% для правой и левой височных мышц при произвольном напряжении у пациентов с клиническими признаками бруксизма в сравнении с пациентами контрольной группы. Превышение значений максимальной амплитуды при этом составило 265,5–399,4%. Анализ показателей средней амплитуды покоя для собственно жевательных и височных мышц у пациентов с признаками бруксизма в сравнении с пациентами контрольной группы позволил установить увеличение значений для собственно жевательных мышц на 53–56%, для височных – на 71–76%. Изучение максимальной амплитуды в покое для собственно жевательных и височных мышц не является характерным признаком для верификации нарушений мышечного аппарата, что согласуется с научными данными, представленными в актуальных литературных источниках.

Заключение. Анализ данных биоэлектрической активности жевательных и височных мышц в покое и при произвольном напряжении после курса комплексной терапии указывает на выраженное снижение показателей биоэлектрической активности жевательных и височных мышц после курса комплексной терапии, и стремление этих показателей к подобным значениям пациентов контрольной группы. В ходе исследования отмечено, что выявленная асимметрия биоэлектрической активности височных мышц

после курса терапии не определялась, однако сохранялась на тех же значениях в собственно жевательных мышцах, что обусловлено, сложностью симптомокомплекса, включающего бруксизм и расстройства жевательно-речевого аппарата, и требующего расширения терапевтических методов этиопатогенетической направленности. В некоторых случаях определялась резистентность к методам физиотерапевтического воздействия, что обусловлено в первую очередь причинно-следственной связью, характеризующей появление симптома гипертонии жевательных мышц, основополагающим которого является воздействие различных стрессоров хронически. Поэтому эффективность применяемого комплекса методов лечения будет выше, в случаях с возможным использованием патогенетической терапии.

Литература

1. Chan, C. A. Applying the Neuromuscular Principles in TMD and Orthodontics / Journal American Orthodontic Society. 2004. Spring. № 4 (2). P. 20–29.
2. Рубникович, С. П. Дифференцированный психологический подход в диагностике заболеваний височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц / С. П. Рубникович, А. С. Грищенков // Медицинский журнал. 2018. Т. 67, № 1. С. 41–46.
3. Ries, L. G. Asymmetric Activation of Temporalis, Masseter, and Sternocleidomastoid Muscles in Temporomandibular Disorder Patients / L. G. Ries, M. C Alves, F. Berzin // Cranio. 2008 Jan. №26 (1). P.59–64.

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»
Стоматологическая Ассоциация России
Белгородская региональная общественная организация
«Стоматологическая ассоциация»

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Сборник трудов
XVIII Международной научно-практической конференции



Белгород 2025