

С.М. Клочан

Вивчення питання застосування міжнародних діагностичних критеріїв скронево-нижньощелепних розладів – DC/TMD, як основного діагностичного алгоритму в дослідницьких і клінічних цілях (аналіз літератури)

Інститут стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме. Для вивчення поширеності диференційованих клінічних діагнозів скронево-нижньощелепних розладів (СНЩР) та аналізу даних незалежних досліджень слід використовувати стандартизовані клінічні діагностичні протоколи з валідними, надійними, клінічно значущими діагностичними критеріями, асоційованими з певним фенотипом патології. Таким інструментом є Діагностичні критерії СНЩР – DC/TMD (The Diagnostic criteria for Temporomandibular disorders), розроблені та рекомендовані International RDC/TMD Consortium Network (2014), International Association for Dental Research (IADR).

Матеріал і методи. Бібліографічний аналіз фахових статей електронних наукових ресурсів PubMed; PMS free article; Google Scholar; Free Medical Journals, Research Gate, електронного ресурсу: International Association for Dental Research, National Institute for Dental and Craniofacial Research; Інституційного репозитарію НМАПО ім. П.Л. Шупика з пошуку та вивчення міжнародного досвіду застосування уніфікованих діагностичних протоколів і діагностичних критеріїв для клінічних діагнозів СНЩР. Для допомоги і перекладі використовували програмний сервіс – Google Перекладач.

Результати досліджень. Вивчення наукової літератури свідчить про реалізацію провідними міжнародними науковими організаціями, які займаються проблемою СНЩР, стандартизованих підходів у діагностиці СНЩР з використанням валідних, надійних, клінічно значущих Діагностичних критеріїв СНЩР – DC/TMD, які також можуть широко використовуватись у наукових і практичних цілях в Україні.

Висновки. Використання стандартизованого підходу в діагностиці СНЩР із застосуванням DC/TMD сприятиме підвищенню рівня узгодженості між дослідженнями поширеності клінічних діагнозів СНЩР, а також проведенню порівняльного аналізу даних незалежних ідентичних досліджень, проведених як в Україні, так і за кордоном. Нагальним є вивчення світового досвіду створення й використання уніфікованих діагностичних протоколів і класифікацій СНЩР і широкого обговорення цих питань у фаховому середовищі в Україні про їх адаптацію й використання. Це сприятиме в подальшому широкому обговоренню та обміну науковими здобутками на сторінках фахових українських і міжнародних видань, наукових конференціях тощо.

Ключові слова: скронево-нижньощелепні розлади, діагностичні критерії, DC/TMD.

Вступ

Вітчизняні фахові наукові джерела повідомляють про широкий діапазон поширеності СНЩР в українській популяції, що породжує вкрай суперечливу оцінку її об'єктивності та істинності.

Мета – вивчити можливість та доцільність застосування міжнародних Діагностичних критеріїв СНЩР та уніфікованих діагностичних протоколів (The Diagnostic criteria for Temporomandibular disorders, DC/TMD) для проведення ситуаційного аналізу поширеності клінічних діагнозів у обстежуваних осіб із СНЩР. Фаховий переклад DC/TMD українською мовою.

Матеріал і методи

Бібліографічний аналіз фахових статей електронних наукових ресурсів PubMed; PMS free article; Google Scholar; Free Medical Journals, Research Gate, електронного ресурсу: International Association for Dental Research, National Institute for Dental and Craniofacial Research; Інституційного репозитарію НМАПО ім. П.Л. Шупика з пошуку й вивчення міжнародного досвіду стосовно застосування уніфікованих діагностичних протоколів і діагностичних критеріїв клінічних діагнозів СНЩР. Для допомоги в перекладі використовували програмний сервіс Google Перекладач.

Результати дослідження

Ретельне вивчення інформаційних першоджерел засвідчило, що факт широкого діапазону поширеності СНЩР в українській популяції, згідно з різними авторами, може пояснюватись, по-перше, різним характером вибірки досліджуваних осіб, в якій вираховується частка наявної патології в кожній групі, наприклад: довільні групи населення; групи осіб, які звернулись по планову стоматологічну допомогу; або групи хворих, які потребують лікування СНЩР. По-друге, неузгодженість і плутанина в питаннях термінології та класифікаційних характеристик [1], відсутність застосування стандартизованих діагностичних протоколів і високоспецифічних діагностичних критеріїв унеможливило проведення порівняльного аналізу отриманих результатів у незалежних дослідженнях.

Так, у роботі [2] йдеться про обстеження категорії осіб, що звернулись за плановою стоматологічною допомогою. Згідно з дослідженнями, ознаки «м'язово-суглобової дисфункції» виявлені у 91,7 % осіб у віці від 25 до 65-ти років.

У роботах [3, 4, 5, 6] увагу зосереджено на обстеженні категорії осіб, які звернулись по консультативно-лікувальну допомогу із приводу наявних ознак СНЩР, наводяться результати диференційної діагностики та

розподілу на групи за характером патології. Так, у дослідженні [3] йдеться про діагностику «більового синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба» у 63 % обстежених хворих, у 7 % – «гострого травматичного артриту», у 9 % – «хронічного травматичного артриту», у 20 % обстежених осіб – «артрозу». Автор повідомляє, що клінічне обстеження пацієнтів проводили згідно з розробленою «Картою обстеження хворого із приводу болю в СНЩС», а діагностичним протоколом обстеження ротової порожнини, оклюзійних взаємовідношень, пальпації СНЩС, жувальних м'язів слугували відповідні методики різних авторів.

У роботах [4, 5, 6] повідомляється про результати обстеження хворих зі скронево-нижньощелепними розладами, які диференційовані по групах за патологічними проявами. Так, у осіб із СНЩР у 38,8 % діагностовано суглобові розлади, у 36,4 % – м'язові, у 19,0 % осіб – комбіновані (м'язово-суглобові – оклюзійні). У пацієнтів з поєднаною патологією СНЩР у 78,2 % осіб спостерігали зміщення суглобового диска, у 8,6 % – гіпермобільність СНЩС, у 8,6 % – артрит СНЩС, у 100 % – міофасціальну патологію жувальних м'язів. У вивчених

роботах автора йдеться про загальноприйняті методики клініко-лабораторного обстеження хворих, променеву діагностику суглобової патології, натомість він зауважує про недосконалість діагностичних алгоритмів з оцінкою патологічних структурних, морфологічних і функціональних змін у тій чи іншій групі клінічних діагнозів.

Згідно з даними [7], внутрішньо-суглобові розлади сягають $51,70 \pm 4,60$ % у структурі суглобових скронево-нижньощелепних розладів. Серед них $72,13 \pm 5,74$ % – частка зміщень суглобового диска з редукцією, $27,8 \pm 5,74$ % – зміщення диска без редукції, у $44,90 \pm 7,11$ % внутрішньо-суглобові розлади поєднувалися з артралгією, у $53,06 \pm 7,13$ % – з міалгією. Для діагностики автором використовувались спеціально адаптовані опитувальники, Гамбурзький протокол, індекс Хелкімо, а також розроблені та описані в роботі [8, 9] алгоритми диференційованої діагностики СНЩР. Натомість у роботі [10] наголошується, що присутність лише певних клінічних симптомів у пацієнта не має вирішального значення при встановленні діагнозу м'язово-суглобова дисфункція. Основою діагностики є порушення параметрів

Таблиця 1

**Основні хронологічні кроки
від створення Дослідницьких діагностичних критеріїв СНЩР (RDC/TMD, 1992 р.)
до нових Діагностичних критеріїв СНЩР (DC/TMD, 2013 р.)**

Роки	Подія
1992	Публікація RDC/TMD. Створена експертна класифікація найбільш поширених СНЩР, отриманих з епідеміологічних та клінічних даних. Двовісна система діагностичних критеріїв, яка оцінювала клінічний стан (вісь I) і психологічний стан та інвалідність, пов'язані з болем (вісь II)
2001–2008	Проект перевірки. Тривають перевірка та вдосконалення діагностичних критеріїв. Проводяться багаторівневі дослідження та всеосяжна оцінка надійності й обґрунтованості діагностичних алгоритмів RDC/TMD. Визначено необхідність їх перегляду
2008	Симпозіум на конференції Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень (International Association for Dental Research, IADR) у Торонто. Переглянуті діагностичні алгоритми RDC/TMD та представлені міжнародному науковому співтовариству. Опублікована критика та рекомендації про виправлення та оптимізацію для використання в дослідженнях.
2009	Міжнародний семінар з досягнення консенсусу по RDC/TMD на конференції Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень (IADR) в Майамі. Виступи представників міжнародної стоматологічної, медичної клінічної та дослідницької спільноти а також пацієнтів. Опубліковано критику та рекомендації щодо вдосконалення та полегшення використання RDC/TMD в клінічних та дослідницьких цілях.
2010	Публікація основних висновків за проектом перевірки. Переглянуті алгоритми RDC / TMD надавали надійні та достовірні клінічні діагностичні критерії щодо СНЩР, пов'язаних з болем. Продемонстрована необхідність у візуалізації більшості дислокацій дисків СНЩС та дегенеративних захворювань СНЩС. Підтримка існуючих інструментів осі II. Рекомендовано подальше вдосконалення DC/TMD та їх міжнародне впровадження
2010	Симпозіум на конференції Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень IADR (Барселона). DC/TMD представлений міжнародній клінічній і дослідницькій спільноті. Критика та коментарі до діагностичних алгоритмів осі I для найбільш поширених протоколів оцінки СНЩР та осі II.
2011	Міжнародний семінар з досягнення консенсусу по RDC/TMD на конференції IADR (Сан-Дієго). Удосконалення діагностичних алгоритмів осі I для звичайних і менш поширених СНЩР
2011–2012	Регіональні випробування інструментів діагностичних алгоритмів по осі I та осі II RDC/TMD і звітування дослідників із країн, де проводились випробування: Баффало (США), Міннеаполіс (США), Мальмо (Швеція), Аархус (Данія), Хейдельберг (Німеччина), Стокгольм (Швеція).
2012	Завершення розробки DC/TMD на конференції Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень, IADR (Ігуасу-Фолс). Подальший внесок членів національних і міжнародних організацій з вивчення болю та СНЩР. Огляд DC/TMD учасниками конференції IADR 2009 року
2013	Кінцева оцінка надійності та валідності діагностичних критеріїв (вісь I) експертами. Остаточна робота над DC/TMD

електропотенціалів жувальних м'язів поруч з відповідною клінічною симптоматикою. На думку авторів, недооцінка саме цього положення необґрунтовано підвищує статистичні показники поширеності захворювання «м'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба».

Виходячи з того що СНЩР є узагальнюючим поняттям різних за проявами м'язово-скелетних і нейро-м'язових патологічних станів з ураженням СНЩС, жувальних м'язів, а також асоційованих з структур, вкрай необхідним є вивчення поширеності диференційованих клінічних діагнозів СНЩР з використанням саме стандартизованих діагностичних протоколів – простих, чітких, надійних і клінічно значущих діагностичних характеристик, асоційованих з певним фенотипом патології.

Саме з цією метою в 1992 році створюється експертна класифікація найбільш поширених СНЩР з отриманих епідеміологічних і клінічних даних (LeResche et al., 1992 р.). Визначення й теоретичне обґрунтування класифікаційних підгруп проводиться шляхом застосування розроблених Дослідницьких діагностичних критеріїв для СНЩР (The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders, RDC/TMD) – двовісної системи, яка оцінює як клінічний стан пацієнтів із СНЩР (вісь I), так і їх психологічний стан, інвалідність, пов'язану з наявним болем (вісь II) [11].

Багатоступеневий проект експертизи, узгодження, перевірки валідності, надійності RDC/TMD, профінансований Національним інститутом стоматологічних і черепно-мозкових досліджень, США (The National Institute of Dental and Craniofacial Research, NIDCR), тривав десь років [12], а результати роботи доповідались міжнародними експертами на численних конференціях Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень (International Association for Dental Research, IADR) [13, 14, 15, 16, 17]. Хронологію кроків від RDC/TMD до DC/TMD підсумовано в таблиці 1 [17].

Зрештою у 2012–2013 роках завершилась розробка оновленої версії RDC/TMD – наразі вже DC/TMD (The Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders), які створені виключно на засадах доказовості. Це прості, надійні, валідні, з високою чутливістю та специфічністю тести, які дозволяють провести оцінку та встановити діагноз на основі анамнезу, клінічного обстеження й у певних випадках візуалізації (променева діагностика). У 2014 році за рекомендацією Міжнародного RDC/TMD – консорціуму Network (International RDC/TMD Consortium Network), Міжнародної асоціації стоматологічних досліджень (IADR), спеціальної групи з вивчення орофасціального болю (Orofacial Pain Special Interest Group), Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain) була опублікована Таксономічна класифікація СНЩР (Taxonomic Classification for Temporomandibular Disorders) та оновлені Діагностичні критерії СНЩР (DC/TMD) для клінічного й дослідницького застосування [18, 19, 20]. Відтоді DC/TMD є найбільш поширеним у застосуванні діагностичним протоколом для досліджень СНЩР.

З метою вивчення поширеності СНЩС в Україні та проведення порівняльного аналізу отриманих результатів з міжнародним досвідом був зроблений фаховий переклад Таксономічної класифікації СНЩР [1] і Діагностичних критеріїв для СНЩР українською мовою.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ ДИСКОВИХ РОЗЛАДІВ [20]

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ, ВИЯВЛЕНІ З АНАМНЕЗУ ТА ОБСТЕЖЕННЯ, ПОВИННІ БУТИ ДОТРИМАНІ ДЛЯ КОЖНОГО ДІАГНОЗУ ЗА ВИЙНЯТКОМ ПІДВИВІХУ, ЯКИЙ БАЗУЄТЬСЯ ЛИШЕ НА АНАМНЕЗІ

Зміщення диска із вправленням (редукцією) (МКХ-9 524.63; МКХ-10 М 26.63)¹

Визначення: інтракапсулярні біомеханічні розлади за участю комплексу «суглобова голівка – суглобовий диск». У положенні звичної оклюзії диск знаходиться в передній позиції по відношенню до суглобової голівки, при відкриванні рота він вправляється. Можуть бути присутні медіальні та латеральні зміщення диска. Клацання, хлопання, звукові шуми відбуваються при вправленні диска.

Виключає діагноз: якщо з анамнезу встановлено наявне донині блокування в поєднанні з перешкодою рухів нижньої щелепи з положення зімкнутих зубних рядів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивна, **принаймні, одна з таких** ознак:

1. Упродовж останніх 30-ти днів² присутній будь-який шум (клацання) в суглобах при рухах нижньої щелепою або функції

АБО

2. Пацієнт указує на будь-який шум (клацання) під час обстеження.

Обстеження: позитивна, **принаймні, одна з таких** ознак:

1. Клацання, хлопання та/або звукові шуми як при закриванні, так і відкриванні рота, виявлені при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «відкривання-закривання»

АБО

- 2-а. Клацання, хлопання та/або звукові шуми, виявлені при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «відкривання-закривання»

I

- 2-б. Клацання, хлопання та/або звуковий шум, виявлений при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «права латеротрузія», «ліва латеротрузія», «протрузія».

Валідність: без візуалізації чутливість 0.34; специфічність 0.92

Візуалізація є еталоном для встановлення діагнозу.

Візуалізація: для підтвердження діагнозу МРТ-критеріями є позитивні обидві такі ознаки:

1. При зімкнутих зубних рядах заднє черевце диска розташоване попереду від 11:30 год. годинникового циферблату, а проміжна частина диска попереду суглобової голівки паросткового відростка

I

2. При повному відкриванні рота, проміжна частина диска розташована між суглобовою голівкою й суглобовим горбиком.

Зміщення диска із вправленням з періодичним блокуванням (МКХ-9 524.63; МКХ-10 М 26.63)

Визначення: інтракапсулярні біомеханічні розлади за участю комплексу «суглобова голівка – суглобовий

¹ МКХ-9: Міжнародна класифікація хвороб 9-го перегляду; МКХ-10: Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду.

² Часові рамки для оцінки наявних біомеханічних внутрішньо-суглобових розладів знаходяться в межах «останні 30-ть днів», оскільки саме для цього інтервалу встановлена чутливість і специфічність указаних діагностичних критеріїв. Обґрунтованість діагнозу з урахуванням іншого часового інтервалу не встановлена, хоча діагностичний процес не виключає оцінки шумів і біомеханічних скарг в інших межах часу.

диск». У положенні звичної оклюзії диск знаходиться в передній позиції по відношенню до суглобової голівки, при відкриванні рота він періодично вправляється. Якщо диск не вправляється з відкриванням рота, відбуваються періодичні обмеження (блокування) відкривання рота. Для здійснення відкривання необхідно зробити руховий маневр, щоб розблокувати СНЩС. Можуть бути присутні медіальні та літеральні зміщення диска. Можуть спостерігатися клацання, хлопання, звукові шуми при вправленні диска.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидві** такі ознаки:

- 1-а. Упродовж останніх 30-ти днів присутній будь-який шум при рухах нижньою щелепою або функції

АБО

- 1-б. Пацієнт указує на будь-який шум під час обстеження

I

2. Упродовж останніх 30-ти днів спостерігалось блокування щелепи з обмеженим відкриванням рота навіть на мить з наступним її розблокуванням.

Обстеження: позитивна принаймні **одна з таких** ознак:

1. Клацання, хлопання та/або звуковий шум як при закриванні, так і відкриванні рота, виявлені при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «відкривання–закривання»

АБО

- 2-а. Клацання, хлопання та/або звуковий шум, виявлені при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «відкривання–закривання»

I

- 2-б. Клацання, хлопання та/або звуковий шум, виявлений при пальпації впродовж принаймні одного із трьох повторень «права латеротрузія», «ліва латеротрузія», «протрузія»

Валідність: без візуалізації чутливість 0,38; специфічність 0,98

Візуалізація є еталоном для встановлення діагнозу.

Візуалізація: для підтвердження діагнозу МРТ-критеріями є **позитивні обидві** такі ознаки в разі, якщо стан періодичного блокування диска не представлено в даний момент на знімку:

1. При зімкнених зубних рядах заднє черевце диска розташоване попереду від 11:30 год. годинникового циферблату, а проміжна частина диска попереду суглобової голівки паросткового відростка

I

2. При повному відкриванні рота проміжна частина диска розташована між суглобовою голівкою й суглобовим горбиком.

Якщо під час зйомки відбулося блокування диска, що зафіксовано на МРТ-зображенні у вигляді зміщеного диска без вправлення, необхідно встановити діагноз, спираючись на МРТ-зображення, яке є базовим, а діагноз «зміщення диска із вправленням з періодичним блокуванням» підтверджується клінічно.

Зміщення диска без вправлення з обмеженим відкриванням рота (МКХ-9 524.63; МКХ-10 М 26.63)

Визначення: інтракапсулярні біомеханічні розлади за участю комплексу «суглобова голівка – суглобовий диск». У положенні звичної оклюзії диск знаходиться в передній позиції по відношенню до суглобової голівки, при відкриванні рота він не вправляється. Можуть бути присутні медіальні та латеральні зміщення диска. Цей розлад пов'язаний з постійним

обмеженням відкривання рота, який не зникає при певних рухових маневрах, проведених лікарем або пацієнтом. Цей розлад описаний як «закритий замок» і характеризується обмеженим відкриванням рота.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидві** такі ознаки:

1. Щелепа заблокована, так що рот не може відкриватися на нормальну величину

I

2. Обмеження у відкриванні рота настільки виражені, що присутній ускладнений прийом їжі (жування).

Обстеження: позитивний для такого:

Наявне максимальне з допомогою лікаря відкривання рота (пасивне розтягування), включаючи вертикальне різцеве перекриття 40,0 мм.

Валідність: без візуалізації чутливість 0,80; специфічність 0,97.

Візуалізація є еталоном для встановлення діагнозу.

Візуалізація: для підтвердження діагнозу МРТ-критеріями є позитивні **обидві** такі ознаки:

1. У положенні максимального фісурно-горбкового контакту (звична оклюзія) заднє черевце диска розташоване попереду від 11.30 год. циферблата годинника, а проміжна частина диска – попереду суглобової голівки

I

2. При повному відкриванні проміжна частина диска розташовується попереду суглобової голівки.

Примітка: наявне максимальне пасивне відкривання рота < 40,0 мм устанавлюється клінічно. Наявність суглобового шуму не виключає цей діагноз.

Зміщення диска без вправлення та обмеження відкривання рота (МКХ-9 524.63; МКХ-10 М 26.63)

Визначення: інтракапсулярні біомеханічні розлади комплексу «суглобова голівка – суглобовий диск». У положенні звичної оклюзії диск знаходиться в передній позиції по відношенню до суглобової голівки, при відкриванні рота він не вправляється. Можуть бути присутні медіальні та латеральні зміщення диска. Цей розлад НЕ супроводжується в теперішній час обмеженням відкривання рота.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва** такі симптоми з історії хвороби в минулому:

1. Щелепа заблокована, так що рот не може відкриватися на нормальну величину

I

2. Обмеження при відкриванні рота настільки виражені, що це ускладнює харчування (жування).

Обстеження: позитивний для такого:

Наявне максимальне з допомогою лікаря відкривання рота (пасивне розтягування), включаючи вертикальне різцеве перекриття сягає $\geq 40,0$ мм

Валідність: без візуалізації чутливість 0,54; специфічність 0,79.

Візуалізація є еталоном для встановлення діагнозу.

Візуалізація: для підтвердження діагнозу МРТ-критеріями є позитивні **обидві** такі ознаки:

1. У положенні максимального фісурно-горбкового контакту (звична оклюзія) заднє черевце диска розташоване попереду від 11.30 год. циферблату годинника, а проміжна частина диска – попереду суглобової голівки

I

2. При повному відкриванні проміжна частина диска розташована попереду суглобової голівки.

Примітка: наявність суглобового шуму не виключає цей діагноз.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ РОЗЛАДІВ – ГІПЕРМОБІЛЬНІСТЬ СУГЛОБА: ДИСЛОКАЦІЇ СУГЛОБОВОЇ ГОЛІВКИ

**Сублюксація, люксація (підвивих, вивих)
(МКХ – 9 830.1; МКХ-10 803 ОХХА)**

Визначення: гіпермобільний розлад за участю комплексу «суглобова голівка – суглобовий диск і суглобовий горбик». При відкритому роті комплекс «суглобова голівка – суглобовий диск» розташовується попереду суглобового горбика, а при закриванні рота комплекс суглобова голівка - суглобовий диск не може повернутись у нормальне положення без маніпулятивного рухового маневру. Тривалість дислокації може бути коротко- або довготривалою. Якщо пацієнт може самостійно вправити дислокацію, це підвивих (сублюксація). Якщо пацієнт потребує допомоги лікаря, щоб усунути дислокацію та нормалізувати рух нижньої щелепи, це вивих (люксація). Ці розлади називають «відкритим замком».

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидві такі** ознаки:

1. За останні 30 днів спостерігалось блокування щелепи або спазм при широко відкритому роті в той момент, коли неможливо його закрити із широко відкритого положення

I

2. Неможливість закрити рот із широко відкритої позиції без самостійного маніпулятивного маневру.

Обстеження: незважаючи на можливу відсутність клінічних ознак розладу при обстеженні, результат є позитивним при нездатності пацієнта повторити нормальне закривання рота без звичних для нього маніпулятивних маневрів

Валідність без проведеного обстеження і ґрунтується виключно на анамнезі. Чутливість 0,98, специфічність 1,00.

Візуалізація: візуальним критерієм для підтвердження діагнозу є позитивна ознака того, що суглобова голівка розташована за межами суглобової ямки та горбика і хворий не може закрити рот.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ ДЕГЕНЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА (МКХ-9 715.18; МКХ-10 М 19.91)

Визначення: дегенеративні зміни СНЩС, які характеризуються пошкодженням суглобових тканин з деструктивними змінами кісткової тканини суглобової голівки та/або суглобового горбика.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивна є **щонайменше одна з таких** ознак:

1. Упродовж останніх 30-ти днів присутній будь-який шум(-ми) у скронево-нижньощелепному суглобі під час рухів нижньою щелепою або під час функції

АБО

2. Пацієнт указує на будь-який шум під час обстеження.

Обстеження: позитивний для такої ознаки:

1. Крепітація, виявлена при пальпації під час щонайменше однієї з таких дій: відкриття, закриття, права або ліва латеротрузія, протрузійні рухи.

Валідність: без візуалізації чутливість 0,55; специфічність 0,61.

Візуалізація: діагноз буде підтверджуватись, якщо позитивною буде одна з таких ознак дегенеративних змін кісткових елементів:

- субхондральні кісти;
- ерозія (-зії) кісткових елементів;
- генералізований склероз або остеофіт (-фіти).

Коментарі: сплющення та/або кортикальний склероз суглобової голівки не є ознакою, яка достовірно підтверджує діагноз дегенеративних захворювань суглоба, а може являти собою нормальну варіацію кісткових змін у похилому віці, ремоделювання суглобової голівки або ж бути передвісником початкових проявів дегенеративних захворювань СНЩС.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ДЛЯ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ БОЛЬОВИХ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ [21, 22]

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ, ВИЯВЛЕНІ З АНАМНЕЗУ Й ОБСТЕЖЕННЯ, ПОВИННІ БУТИ ДОТРИМАНІ ДЛЯ КОЖНОГО ДІАГНОЗУ ЗА ВИЙНЯТКОМ ПІДВИВИХУ, ЯКИЙ БАЗУЄТЬСЯ ЛИШЕ НА АНАМНЕЗІ

Міалгія (МКХ-9 729.1; МКХ-10 М 79.1)

Визначення: біль м'язового походження, зумовлений руками нижньої щелепи, функціями, парафункціями й повторення цього болю під час проведення провокативних тестів для жувальних м'язів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні обидва такі симптоми:

1. Біль³ у щелепі, скронях, у вусі, у навколоушній ділянці

I

2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або пара функції.

Обстеження: позитивний **для обох таких** симптомів:

1. Підтвердження⁴ болю (локалізації) у скронево-нижньощелепному або жувальному м'язі (-ах)

I

2. Повідомлення про знайомий біль⁵ у скронево-нижньощелепному або жувальному м'язі (-ах) щонайменше під час одного з таких провокативних тестів:

А. Пальпація скроневого або жувального м'язу (-ів)

АБО

Б. Максимальні самостійні або з допомогою рухи при відкриванні рота

Валідність: чутливість 0,90; специфічність 0,99.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з болем, зазначений біль не є більш значущою ознакою. Інші жувальні м'язи можна обстежити, якщо цього вимагають клінічні обставини, натомість чутливість і специфічність для діагностичних знахідок у такому випадку не встановлюються.

³ Часові рамки для оцінки болю, включаючи головний біль, знаходяться в межах «останні 30 днів», оскільки саме для цього інтервалу встановлено чутливість і специфічність указаних діагностичних критеріїв. Обґрунтованість діагнозу з урахуванням іншого часового інтервалу не встановлена, хоча діагностичний процес не виключає оцінки наявного болю, включаючи головний біль в інших часових межах.

⁴ Лікар разом з пацієнтом повинен ідентифікувати всі анатомічні ділянки, де пацієнт відчував біль протягом останніх 30-ти днів. Локалізація болю, викликаного провокативним тестом (-ами) повинна знаходитись у ділянці анатомічних структур відповідно діагнозу.

⁵ «Знайомий біль» або «знайомий головний біль» ґрунтуються на повідомленні пацієнта, що біль, викликаний зазначеним провокативним тестом (-ами), повторює біль, який відчував пацієнт, як правило, протягом останніх 30-ти днів. «Знайомий біль» – це біль, схожий на біль у скаргах пацієнта, «знайомий головний біль» – це головний біль, схожий на головний біль у скаргах пацієнта.

Типи міалгії, диференційовані провакативними пальпаторними тестами: локальна міалгія, міофасціальний біль, міофасціальний біль з іррадіацією

Локальна міалгія (МКХ-9 729.1; МКХ-10 M79.1)

Визначення: біль м'язового походження, зумовлений рухами нижньої щелепи, функціями, парафункціями, біль локалізується тільки в ділянці пальпації при використанні міофасціального протоколу обстеження.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва такі** симптоми:

1. Біль у щелепі, скронях, у вусі, у навколоушній ділянці
2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або парафункції.

Обстеження: позитивний для **всіх** таких ознак:

1. Підтвердження болю (локалізації) у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

2. Повідомлення про знайомий біль при пальпації у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

3. Повідомлення про біль у ділянці пальпації.

Валідність: чутливість і специфічність не встановлені.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з болем, зазначений біль не є більш значущою ознакою. Інші жувальні м'язи можна обстежити, якщо цього вимагають клінічні обставини, натомість чутливість і специфічність для діагностичних знахідок у такому випадку не встановлюються.

Міофасціальний біль (МКХ-9 729.1; МКХ-10 M79.1)

Визначення: біль м'язового походження, зумовлений рухами нижньої щелепи, функціями, парафункціями, біль поширюється за межі місця пальпації, але знаходиться в межах досліджуваного м'яза при застосуванні міофасціального протоколу обстеження.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва такі** симптоми:

1. Біль у щелепі, скронях, у вусі, у навколоушній ділянці
2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або парафункції.

Обстеження: позитивний для **всіх** таких ознак:

1. Підтвердження болю (локалізації) у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

2. Повідомлення про знайомий біль при пальпації у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

3. Повідомлення про біль, що поширюється за межі місця пальпації, але знаходиться в межах м'яза.

Валідність: чутливість і специфічність не встановлені.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з болем, зазначений біль не є більш значущою ознакою. Інші жувальні м'язи можна обстежити, якщо цього вимагають клінічні обставини, натомість чутливість і специфічність для діагностичних знахідок у такому випадку не встановлюються.

Міофасціальний біль з іррадіацією (МКХ-9 729.1; МКХ-10 M79.1)

Визначення: біль м'язового походження, зумовлений рухами нижньої щелепи, функціями, парафункціями,

кціями, біль поширюється за межі м'яза, який пальпується при застосуванні міофасціального протоколу обстеження, спостерігається поширення болю на інші ділянки.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва такі** симптоми:

1. Біль у щелепі, скронях, у вусі, у навколоушній ділянці

2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або парафункції.

Обстеження: позитивний для **всіх** таких ознак:

1. Підтвердження болю (локалізації) у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

2. Повідомлення про знайомий біль при пальпації у скроневому або жувальному м'язі (-ах)

3. Повідомлення про біль, що поширюється за межі досліджуваного при пальпації м'яза.

Валідність: чутливість 0,86; специфічність 0,98.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з болем, зазначений біль не є більш значущою ознакою. Інші жувальні м'язи можна обстежити, якщо цього вимагають клінічні обставини, натомість чутливість і специфічність для діагностичних знахідок у такому випадку не встановлюються.

Артралгія (МКХ-9 524.62; МКХ-10 M26.62)

Визначення: біль суглобового походження, на який впливають рухи нижньою щелепою, будь-яка функція й парафункція; відновлення цього болю відбувається при проведенні провакативних проб.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва такі** симптоми:

1. Біль у щелепі, скронях, у вусі, у навколоушній ділянці

2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або парафункції.

Обстеження: позитивний для **обох таких** ознак:

1. Підтвердження болю в ділянці СНЩС
2. Повідомлення про знайомий біль у СНЩС (-ах) щонайменше під час **одного з таких** провакативних тестів:
 - А. Пальпація латерального полюса або навколо латерального полюса

АБО

- Б. Максимальні самостійні або з допомогою рухи при відкриванні рота, рухи вправо або вліво, бічні або протрузійні.

Валідність: чутливість 0,89; специфічність 0,98.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з болем, зазначений біль не є більш значущою ознакою.

Головний біль як прояв СНЩР (МКХ-9 339.89 і 748.0; МКХ-10 G 44.89)

Визначення: головний біль у скронях як вторинний біль, зумовлений СНЩР, а саме спричинений рухом щелепи, функцією, парафункцією, її повторення цього болю відбувається при застосуванні провакаційних тестів для жувальної системи.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Анамнез: позитивні **обидва такі** симптоми:

1. Головний біль будь-якого типу у скронях
2. Біль видозмінюється від рухів щелепою, функції або парафункції.

Обстеження: позитивний для **обох таких** ознак:

1. Підтвердження головного болю, який локалізується в ділянці скроневого м'язу (-ів)

I

2. Повідомлення про знайомий головний біль у скронях щонайменше під час **одного з таких** провокаційних тестів.
А. Пальпація скроневого м'язу (-ів).

АБО

Б. Максимальні самостійні або з допомогою рухи при відкриванні рота, рухи вправо або вліво, бічні або протрузійні.

Валідність: чутливість 0,89; специфічність 0,87.

Коментарі: для іншого діагнозу, пов'язаного з головним болем, зазначений головний біль не є більш значущою ознакою.

Примітка: представлений діагноз, пов'язаний з болем, зумовлений СНЩР (наприклад, міалгія або артралгія СНЩР) треба встановити за допомогою валідних критеріїв діагностики.

Висновки

Таким чином, використання стандартизованого підходу в діагностиці СНЩР із застосуванням валідних, надійних ДС/ТМД, проведення досліджень із застосуванням єдиних критеріїв відбору сприятиме підвищенню рівня узгодженості між дослідженнями, порівнянню отриманих результатів між незалежними ідентичними дослідженнями, проведених як в Україні, так і за кордоном. Нагальним є вивчення світового досвіду із створення та використання уніфікованих діагностичних протоколів та класифікацій СНЩР і широкого обговорення цих питань у фаховому середовищі в Україні про їх адаптацію та використання. Це сприятиме в подальшому широкому обговоренню та обміну науковими здобутками на сторінках фахових українських і закордонних видань, наукових конференціях тощо.

ПОСИЛАННЯ

- Klochan SM, Bida VI, Omel'yanenko OA. Teoretychne obgruntuvannya vykorystannya taksonomichnoyi klasyfikatsiyi skronevo-nyzhn oshchelepnykh rozladiv yak metodolohichnoyi osnovy v orhanizatsiyi ta provedenni epidemiolohichnykh doslidzhen. *Sovremennaya stomatolohyya*. – 2018; 4 (93): 67–71 [In Ukrainian]
- Ozhohan RZ, Rozhko MM, Ozhohan ZR. Obgruntuvannya metodiv diahnostryky likuvannya patsiyentiv z defektamy zubnykh ryadiv, poyednanykh iz funktsionalnymy rozladamy skronevo-nyzhn oshchelepnykh suhloviv. *Innovatsiyi v stomatolohiyi*. – 2018; 1: 22–7 [In Ukrainian]
- Mirza OI. Diahnostryka i likuvannya bol ovoho syndromu dysfunktsiyi skronevo-nyzhn oshchelepnoho suhloba. Dr. Med. Sc [thesis]. Poltava; 2002. 48 p. [In Ukrainian]
- Rybert YU. O. Analiz stanu zubo-shchelepnoho kompleksu patsiyentiv iz suhlobovymy skronevo-nyzhn oshchelepnymy rozladamy ta metodiv yikh likuvannya. *Visnyk VDNZU «Ukrayinska medychna stomatolohichna akademiya»*. – 2016; vol. 16; 4 (56): 34–7 [In Ukrainian]
- Rybert YuO. Analiz stanu zubo-shchelepnoho kompleksu patsiyentiv iz yazovymy skronevo-nyzhn oshchelepnymy rozladamy ta metodiv yikh likuvannya. *Aktualni problemy suchasnoyi medytsyny*. 2016; vol. 16; 1 (53): 35–8. [In Ukrainian]
- Rybert YuO. Analiz stanu zubo-shchelepnoho kompleksu patsiyentiv iz kombinovanymy skronevo-nyzhn oshchelepnymy rozladamy ta metodiv yikh likuvannya. *Ukrayins kyy stomatolohichnyy al manakh*. – 2016; vol. 2; 1: 68–71 [In Ukrainian].
- Kulinichenko RV, Dvornyk AV, Kinash YuO. Symptomy vnutrishnykh rozladiv skronevo-nyzhn oshchelepnykh suhloviv za danymy obstezhennya khvorykh na skronevo-nyzhn oshchelepni dysfunktsiyi. *Ukrayins kyy stomatolohichnyy al manakh*. – 2016; vol. 1; 3: 51–4 [In Ukrainian].
- Makeyev VF, Telishevs ka UD, Kulinichenko RV, Telishevs ka OD. Kryteriyy dyferentsiyoi diahnostryky skronevo-nyzhn oshchelepnykh rozladiv. Alhorytmy dodatkovoho doslidzheniya skronevo-nyzhn oshchelepnykh suhloviv metodamy promenevoyi diahnostryky. *L vivs kyy medychnyy chasopys. Acta Medica Leopoliensis*. – 2012; vol. 18; 1: 38–42 [In Ukrainian].
- Makeyev VF, Telishevs ka UD, Kucher AR. Obgruntuvannya vykorystannya alhorytmiv diahnostryky skronevo-nyzhn oshchelepnykh rozladiv. *Ukrayins kyy stomatolohichnyy al manakh*. – 2016; vol. 1; 3: 68–74 [In Ukrainian].
- Boyan AM, Bessonov VI. Issledovaniye prichin razbrosa dannykh o rasprostranennosti myshechno-sustavnoy disfunktsii visochno-nizhnechelyustnykh sustavov u stomatologicheskikh bol'nykh. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. – 2017; 12 (20): 46–50 [In Russian]
- Truelove EL, Sommers EE, LeResche L, Dworkin SF, Von Korff M. Clinical diagnostic criteria for TMD. New classification permits multiple diagnoses. *J. Am. Dent. Assoc.* [Internet]. 1992 Apr [cited 2019 Jun 14]; 123: 47–54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1290490>

- Schiffman EL, Truelove EL, Ohrbach R et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. I: Overview and methodology for assessment of validity. *J Orofac Pain*. [Internet]. 2010 Winter [cited 2019 Jun 14]; 24: 7–24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157055/>
- Dworkin SF, LeResche L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review criteria, examinations and specifications, critique. *J. Craniomandib Disord.* [Internet]. 1992 Fall [cited 2019 Jun 14]; 6: 301–355. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1298767>
- Truelove E, Pan W, Look JO et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. III: Validity of Axis I diagnoses. *J Orofac Pain*. [Internet]. 2010 Winter [cited 2019 Jun 14]; 24: 35–47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157051/>
- Schiffman EL, Ohrbach R, Truelove EL et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. V: Methods used to establish and validate revised Axis I diagnostic algorithms. *J Orofac Pain*. [Internet]. 2010 Winter. 24: 63–78. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157779/>
- Ohrbach R, Turner JA, Sherman JJ et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. IV: Evaluation of psychometric properties of the Axis II measures. *J Orofac Pain* [Internet]. – 2010; 24: 48–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115780/>
- Anderson GC, Gonzalez YM, Ohrbach R et al. The Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. VI: Future directions. *J Orofac Pain*. [Internet]. – 2010 Winter [cited 2019 Jun 14]. 24: 79–88 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3157036/>
- Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Version: January 6, 2014 [cited 2019 Jun 14] / Ohrbach R., Gonzalez Y., List T., Michelotti A., Schiffman E. Available from: <http://www.rdc-tmdinternational.org>
- Peck Christopher C, Goulet J-P, Lobbezoo F, Schiffman EL, Alstergren P, Anderson GC, Reny de Leeuw, Rigmor Jensen, Michelotti A, Ohrbach R, Petersson A, List T. Expanding the Taxonomy of the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) *J Oral Rehabil*. [Internet]. – 2014 Jan. [cited 2019 Jun 14]; 41 (1): 2–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520529/>
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G. International RDC/TMD Consortium Network, International association for Dental Research; Orofacial Pain Special Interest Group, International Association for the Study of Pain. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group. *J Oral Facial Pain Headache*. – 2014 Winter; Vol.28. 1:6-27 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24482784/>

Изучение вопроса применения международных диагностических критериев височно-нижнечелюстных расстройств – ДС/ТМД как основного диагностического алгоритма в исследовательских и клинических целях (анализ литературы)

С.Н. Ключан

Резюме. Для изучения распространенности дифференцированных клинических диагнозов височно-нижнечелюстных расстройств (ВНЧР) и анализа данных независимых исследований следует использовать стандартизированные клинические диагностические протоколы с валидными, надежными,

клінічеські значимими діагностическими критеріями, асоційованими з певним фенотипом патології. Таким інструментом являються Діагностическі критерії ВНЧР – DC/TMD (The Diagnostic criteria for Temporomandibular disorders), розроблені та рекомендовані International RDC/TMD Consortium Network (2014), International Association for Dental Research (IADR).

Матеріал і методи. Бібліографічний аналіз професіональних статей електронних наукових ресурсів PubMed; PMS free article; Google Scholar; Free Medical Journals, Research Gate, електронного ресурса: International Association for Dental Research, National Institute for Dental and Craniofacial Research; Інституціонального репозитарія НМАПО ім. П.Л. Шупика, пошук і вивчення міжнародного досвіду по застосуванню уніфікованих діагностических протоколів та діагностических критеріїв для клініческих діагнозів ВНЧР. Для допомоги в перекладі використовували програмний сервіс Google Перекладач.

Результати досліджень. Вивчення наукової літератури свідчить про реалізацію впровадження міжнародними науковими організаціями, які займаються проблемою ВНЧР, стандартизованих підходів в діагностиці ВНЧР з використанням валидних, надійних, клінічеські значимих діагностических критеріїв ВНЧР – DC/TMD, які також можуть широко використовуватися в наукових та практических цілях в Україні.

Висновки. Використання стандартизованого підходу в діагностиці ВНЧР з застосуванням DC/TMD сприяє підвищенню рівня узгодженості досліджень клініческих діагнозів ВНЧР, а також проведенню порівняльного аналізу даних незалежних ідентичних досліджень, проведених як в Україні, так і за кордоном. Актуальним являється вивчення світового досвіду створення та використання уніфікованих діагностических протоколів та класифікацій ВНЧР та широкого обговорення цих питань в професіональній середі в Україні об їх адаптації та використанні. Це буде сприяти, в подальшому, широкому обговоренню та обміну науковими досягненнями на сторінках професіональних українських та міжнародних видань, наукових конференціях та т.д.

Ключові слова: височно-нижньочелюстні розлади, діагностическі критерії, DC/TMD.

Study of the application of international diagnostic criteria for temporomandibular disorders – DC/TMD, as the main diagnostic algorithm for research and clinical purposes (analysis of literature)

S. Klochan

Summary. Standardized clinical diagnostic protocols with valid, reliable, clinically significant diagnostic criteria associated with a particular pathology phenotype should be used to study the prevalence of differentiated clinical diagnoses of temporomandibular disorders (TMD) and the analysis of independent research data. Such a tool is The Diagnostic Criteria for TMD – DC/TMD, developed and recommended by the International RDC/TMD Consortium Network (2014), International Association for Dental Research (IADR).

Material and methods. Bibliographic analysis of professional articles of electronic scientific resources PubMed; PMS free article; Google Scholar; Free Medical Journals, Research Gate, electronic resource: International Association for Dental Research, National Institute for Dental and Craniofacial Research; Institutional repository of NMAPO named after P.L. Shupyk, search and study of international experience in the application of unified diagnostic protocols and diagnostic criteria for clinical diagnoses of TMD. To assist in the translation used software service Google Translator.

Research results. The study of the scientific literature demonstrates the implementation of leading international scientific organizations that deal with the problem of TMD, standardized approaches in the diagnosis of TMD using valid, reliable, clinically significant diagnostic criteria for TMD – DC/TMD, which can also be widely used for scientific and practical purposes in Ukraine.

Conclusions. The use of a standardized approach in the diagnosis of TMD with the use of DC/TMD helps to obtain the results of the prevalence of clinical diagnoses of TMD in the Ukrainian population, as well as a comparative analysis of independent data from studies conducted both in Ukraine and abroad. It is relevant to study world experience in creating and using unified diagnostic protocols and classifications of TMD and a broad discussion of these issues in the professional environment in Ukraine for their adaptation and use. This will further contribute to a broad discussion and exchange of scientific achievements in the pages of professional Ukrainian and international publications, scientific conferences, etc.

Key words: temporomandibular disorders, diagnostic criteria, DC/TMD.

*Клочан Світлана Миколаївна – доцент кафедри ортопедичної стоматології НМАПО ім. П.Л. Шупика.
Тел.: 067-2910510. E-mail: klochan.svitlana@gmail.com.*