



на выявил незначительную отрицательную корреляцию ( $r=-0,177$ ) между увеличением уровня SUV и улучшением результатов лечения, однако статистическая значимость оказалась недостоверной ( $p=0,2$ ).

В результате проверки U критерием Манна–Уитни для двух независимых выборок среднее значение SUV также статистически значимо не различалось в группе больных с рецидивом ( $n=14$ ) и сохраняющими статус ремиссии более одного года ( $n=40$ ).

В группе больных с ДБККЛ ( $n=22$ ) уровень SUV варьировал от 4,2 до 69,7, среднее значение составило  $40,18 \pm 14,39$ . При сравнении средних степеней накопления  $^{18}\text{F}$ -ФДГ в группе больных с ЛХ ( $n=54$ ) и ДБККЛ ( $n=22$ ) выяснилось, что дисперсии различаются на высоком уровне значимости ( $p<0,001$ ) и больные с ЛХ имеют более низкое значение средней степени накопления  $^{18}\text{F}$ -ФДГ, чем больные с ДБККЛ. Корреляционный анализ Спирмана выявил сильную корреляцию ( $r=0,682$ ) между вариантом лимфомы и уровнем SUV ( $p<0,001$ ).

Результаты о разности среднего уровня SUV при проведении ПЭТ с  $^{18}\text{F}$ -ФДГ первичным больным с лимфомой Ходжкина и

ДБККЛ были проверены на репрезентативной выборке больных ( $n=151$ ), из которых 101 с лимфомой Ходжкина и 50 с ДБККЛ. Значение SUV также не подчинялось закону нормального распределения. Среднее значение SUV при ЛХ равнялось  $15,07 \pm 7,2$ ; а при ДБККЛ –  $44,6 \pm 12,6$ . В результате проведения анализа  $t$ -критерием Стьюдента для независимых выборок получены данные о равенстве двух дисперсий ( $p<0,05$ ) и статистическая значимость была проверена с помощью U критерия Манна–Уитни. В итоге ранжирования данных средний ранг при ДБККЛ составил 123,27, в то время как при ЛХ средний ранг был намного меньше и равнялся 52,6, данные были вычислены на высоком уровне достоверности ( $p<0,001$ ).

Таким образом, величина степени накопления  $^{18}\text{F}$ -ФДГ (SUV) не влияет на исход терапии больных ЛХ по протоколу ABVD, а также на скорость метаболического ответа и сокращения опухолевой массы. Однако уровень SUV значительно ниже в группе больных с лимфомой Ходжкина по сравнению с группой больных с диффузной В-крупноклеточной лимфомой, что может быть использовано для дифференциальной диагностики.

© А.К.ИОРДАНИШВИЛИ, А.А.СЕРИКОВ, 2018  
УДК 616.724:656.61

**Иорданишвили А.К.** (*professoraki@mail.ru*), **Сериков А.А.** — Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у плавсостава ВМФ.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*С использованием методов аускультации височно-нижнечелюстного сустава и миотонометрии жевательных мышц определена частота встречаемости и степень тяжести течения их заболеваний у плавсостава ВМФ. Установлено, что эта патология у данной категории военнослужащих встречается соответственно в 14 и 6% случаев, у 30–54% пациентов протекает в средней или тяжелой степени. Рекомендовано в ходе медицинских осмотров плавсостава выявлять лиц, имеющих клинические признаки указанной патологии и направлять их в военно-медицинские организации для уточнения диагноза и специализированного лечения.*  
**К л ю ч е в ы е с л о в а:** плавсостав ВМФ, патология височно-нижнечелюстного сустава, парафункция жевательных мышц, артроз, бруксизм.

*Jordanishvili A.K., Serikov A.A. — Diseases of the temporomandibular joint and masticatory muscles in the naval crew. Using the methods of auscultation of the temporomandibular joint and myotonometry of the masticatory muscles, the frequency of occurrence and severity of the course of their diseases in the Navy's naval crew was determined. It was found that this pathology in this category of servicemen occurs in 14 and 6% of cases, respectively, in 30–54% of patients it has an average or severe degree of flow. It is recommended during the medical examinations of the crew to identify people who have clinical signs of these diseases and send them to military medical organizations to clarify the diagnosis and specialized treatment.*

**К е у w o r d s:** naval crew, pathology of temporomandibular joint, parafunction of masticatory muscles, arthrosis, bruxism.

В доступной литературе отсутствуют сведения о частоте заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и жевательных мышц у плавсостава ВМФ. Эта патология сопровождается продолжительным болевым синдромом и бруксизмом, приводящим к возникновению генерализованной формы

повышенной стираемости зубов, что существенно усложняет устранение дефектов зубных рядов протезами.

**Цель исследования.** Изучение частоты патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц у плавсостава ВМФ.



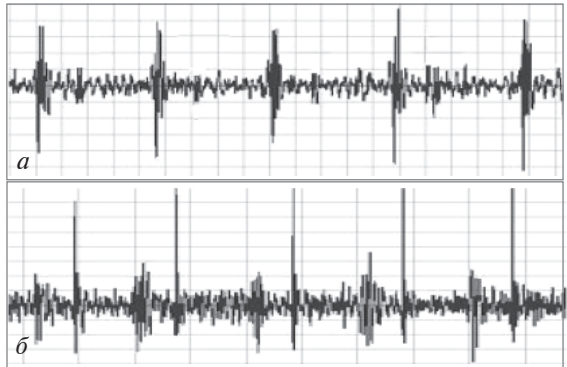
**Материал и методы.** Проведено стоматологическое обследование 172 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет, проходящих военную службу на кораблях и подводных лодках ВМФ.

Для выявления патологии ВНЧС оценивали степень открывания рта, наличие девиации нижней челюсти при открывании и закрывании рта, наличие звуковых феноменов в области ВНЧС при движениях нижней челюсти, а также наличие артралгии в состоянии физиологического покоя и при движениях нижней челюсти. Оценка выявленной симптоматики проводили в балльной системе по общепринятой методике для определения степени тяжести течения выявленной патологии ВНЧС. Для выявления звуковых феноменов в области ВНЧС использовали электронный стетофонендоскоп, который позволял регистрировать звуковые феномены в области ВНЧС (шум трения суставных поверхностей, крепитация, хруст, шелканье) в виде фонограмм (см. рисунок).

Для установления степени выраженности патологии жевательных мышц (парафункций) пользовались общепринятой методикой, предусматривающей балльную оценку жалоб пациента на утомляемость жевательных мышц, сжатие или скрежетание зубов, определение гипертрофии или гипертонуса жевательных мышц, а также генерализованных форм пародонтита и (или) повышенной стираемости зубов. Для определения тонауса собственно жевательных мышц применяли миотонometriю.

Полученный в результате клинического исследования материал обработан с использованием специализированного пакета для статистического анализа «Statistica for Windows v. 6.0». Различия между сравниваемыми группами считались достоверными при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что из 172 обследованных военнослужащих плавсостава ВМФ заболеваниями ВНЧС страдали 24 человека (13,95%), в то время как активные жалобы на патологию ВНЧС предъявляли лишь 12 больных (50%). У 22% пациентов клиническая картина заболевания была типичной для болевой дисфункции ВНЧС, а у 2% соответствовала височно-нижнечелюстному артрозу. Выявленная клиническая симптоматика патологии ВНЧС позволила уточнить степень тяжести ее течения. Наиболее часто (45,83%) у плавсостава встречалась легкая степень тяжести патологии ВНЧС ( $p \leq 0,05$ ). У 33,3% обследованных моряков была диагностирована средняя, а у 20,8% (5 человек) тяжелая степень патологии ВНЧС.



Фонограмма ВНЧС при открывании рта в норме (а) и при регистрации звуковых феноменов (б).

Из выявляемых шумов в области ВНЧС при движении нижней челюсти у обследованных чаще определялось шелканье, что согласно МКБ-Х характерно для нозологической формы патологии ВНЧС, определяемой как «шелкающая челюсть» (K07.61).

Патология жевательных мышц выявлялась у плавсостава реже, чем заболевания ВНЧС, а именно в 5,81% случаев (у 10 человек). С одинаковой частотой у обследованных были диагностированы две формы парафункции жевательных мышц, а именно сжатие зубов и скрежетание зубами (бруксизм). При этом в большинстве случаев (у 8 человек) имелось сочетание патологии ВНЧС и жевательных мышц ( $p \leq 0,05$ ). По степени тяжести течения парафункции жевательных мышц обследованные распределились следующим образом: тяжелая степень – 13, средняя – 25, легкая – 62%.

Ни один из обследованных ранее за медицинской помощью в связи с патологией ВНЧС и жевательных мышц не обращался и не получал специализированного лечения после углубленных осмотров.

**Выводы.** 1. Заболевания ВНЧС и жевательных мышц у плавсостава встречаются соответственно в 14 и 6% случаев и часто отягощают друг друга. 2. В ходе плановых углубленных осмотров плавсостава необходимо выявлять военнослужащих, имеющих клинические признаки патологии ВНЧС и жевательных мышц, и направлять их в военно-медицинские организации для уточнения диагноза и проведения специализированного лечения. 3. Врачам-стоматологам при проведении плановых углубленных осмотров плавсостава целесообразно проводить аускультацию ВНЧС с применением электронного стетофонендоскопа и миотонometriи собственно жевательных мышц, что при минимальных затратах времени позволит существенно повысить эффективность выявления у военнослужащих патологии ВНЧС и жевательных мышц.