

# СПОСОБ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

УДК 616.724+616.831-005.1

Курчанинова М.Г.<sup>1</sup>, Баклушин А.Е.<sup>1</sup>, Ястребцева И.П.<sup>1</sup>, Кочетков А.В.<sup>2</sup>, Нагибина А.А.<sup>1</sup>, Дуняков О.И.<sup>1</sup>, Хохлова А.А.<sup>1</sup>, Пухова Л.Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иваново, Россия

<sup>2</sup>Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, г. Москва

## TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION SYNDROME OF PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE

Kurchaninova MG.<sup>1</sup>, Baklushin AE.<sup>1</sup>, Yastrebtseva IP.<sup>1</sup>, Kotchetkov AV.<sup>2</sup>, Nagibina AA.<sup>1</sup>, Dunyakov OI.<sup>1</sup>, Hohlova AA.<sup>1</sup>, Puhova LD.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ivanovo State Medical Academy» of the Russian Federation Ministry of Health, 153012, Russia, Ivanovo Sheremetev ave., 8

<sup>2</sup>Institute for Advanced Studies of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow

### Актуальность

Инсульт головного мозга является серьезной причиной развития нарушений жизненно важных функций и дезадаптации больного человека в повседневной бытовой жизни и потере социальных связей. Формируются двигательные, чувствительные и иные расстройства, проявляющиеся, в том числе, нарушениями функций мышц и суставов. Развитие нарушений в височно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) сопровождается болями в мышцах в области головы, шеи с формированием суставных, миофасциальных, периостальных триггерных зон [1, 4]. Данные проявления приводят к расстройству жевания, глотания и артикуляции [11]. В этой связи изучение проявлений нарушения функционирования ВНЧС являются важным звеном комплексной диагностики структуры человеческого организма, перенесшего инсульт, что определяет актуальность данного исследования.

**Цель исследования** – разработать способ оценки степени выраженности нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с инсультом головного мозга.

### Методы исследования

В ходе работы было обследовано 57 пациентов в возрасте от 39 лет до 70 лет (средний возраст  $59,2 \pm 1,8$  года) в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта головного мозга, которые проходили курс медицинской реабилитации на базе клиники ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России. Из них 35 пациентов составили основную группу исследования (22 мужчины, 62,9 % и 13 женщин, 37,1%), 22 – группу сравнения (13 мужчин (59,1 %) и 9 женщин (40,9%).

Критериями включения пациентов в основную группу пациентов были: выявленный синдром нарушенной функции височно-нижнечелюстного сустава (МКБ-10 K07.60), установленный по наличию соответствующих признаков (болевого синдром артрогенной и миогенной

природы, шумовые явления в области ВНЧС, нарушения экскурсии нижней челюсти на различных фазах её движения), интактные зубные ряды или дефекты зубных рядов (МКБ-10 K 00.00) [13].

Всем пациентам проводилось обследование неврологического и стоматологического статуса. Функциональные возможности и структурные изменения пациентов были оценены по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

Стоматологическое обследование включало осмотр лица с проведением кефалометрии, фоторегистрацию в фас и профиль, проведение внешнего осмотра и осмотра полости рта, включая пальпацию и аускультацию ВНЧС и окружающих мягких тканей, а также проведение мануального обследования мышц головы и шейно-плечевой области с целью выявления триггерных пунктов и признаков мышечной дистонии по предложенной Р. Славичеком схеме, включающей анкетирование. Всем пациентам предлагалось заполнить опросник, позволяющий графически документировать топическую локализацию болевых ощущений в голове и теле в целом. С целью оценки амплитуды мышечного сокращения проводилось электромиографическое обследование (ЭМГ) жевательной группы мышц челюстно-лицевой области: височных, жевательных, подъязычных, грудино-ключично-сосцевидных одновременно с двух сторон с помощью электронного миографа Нейро-МВП (Россия) [6, 14]. Биотоки исследуемых мышц регистрировались в состоянии физиологического покоя и при максимальном волевом сжатии зубных рядов в положении центральной окклюзии с определением амплитуды мышечного сокращения (мкВ).

Степень выраженности нарушения функции ВНЧС определялась по индексу дисфункции ВНЧС М. Nelkimo [15] и соотносилась с доменами МКФ: b7101 Подвижность нескольких суставов; функции объема и свободы

движения суставов всего тела, b7151 Стабильность нескольких суставов, b7350 Тонус изолированных мышц и мышечных групп, b 28016 Боль в суставах, b 28010 Боль в голове и шее.

Статистический анализ исследования осуществлялся с помощью программ Excel (Microsoft Office 2010) и Statistica 7.0. («StatSoft»).

### Результаты и их обсуждение

В раннем восстановительном периоде ишемического инсульта головного мозга пациенты предъявляли жалобы на слабость в конечностях (МКФ b 730 Функции мышечной силы), онемение в них (МКФ b 270 Сенсорные функции, связанные с температурой и другими раздражителями), головокружение (более 3/4 пациентов; МКФ b 235 Вестибулярные функции).

Головные боли в височной или затылочной области отмечала практически половина пациентов, в теменной – более, чем 1/3, в заушной – каждый 10-ый, в лобной – практически каждый 3-й. Выявленные изменения сопровождались болевым синдромом, соответствующим коду МКФ (b28010 Боль в голове и шее).

В ходе неврологического обследования состояния мимической мускулатуры и мышц языка выявлена асимметрия лица у 9 из 10 больных, в том числе более чем у 8 из 10 – асимметрия носогубных складок. Девиация языка отмечена более чем в 3/4 случаев.

Пациенты предъявляли жалобы на наличие боли при открывании рта (у 4-х из 10), на дискомфорт (практически у 2/3) и щелчок в области ВНЧС (практически у каждого 4-го). Проведение стоматологического обследования позволило выявить болезненность при пальпации ВНЧС (латеральные полюсы при ротации, заднее суставное пространство, основание височно-нижнечелюстной связки) практически у 2/3 пациентов.

При пальпации мышц головы и шеи практически все пациенты ощущали боль в зонах, отличающихся от локализации пальпируемых мышц (иррадиирующие боли): при мануальном обследовании трапецевидной мышцы, пациенты отмечали боли в области шеи, а также в височной и теменной областях; жевательной и латеральных крыловидных мышц пациенты – в височной области; двубрюшных и подъязычных мышц – в области шеи. При обследовании грудино-ключично-сосцевидных мышц 9 из 10 пациентов отмечали появление болей в теменной области.

По мнению ряда авторов [7, 8, 3, 10], дезорганизация мышечного тонуса, сопровождающая синдром нарушенной функции височно-нижнечелюстного сустава, запускает механизмы компенсации и приводит к нарушению активности мышц-антагонистов, формированию зон иррадиирующих болей в области головы и шеи с триггерных точек напряженных перикраниальных мышц, что нашло подтверждение в нашем исследовании. Практически у всех пациентов височная область являлась зоной иррадиирующих болей при пальпации трапецевидной, жевательной, латеральной крыловидной мышц; область шеи – при мануальном исследовании трапецевидной, двубрюшной и подъязычной мышц, а практически у 9 из 10 больных теменная зона – при изучении трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышц. Выявленные изменения соответствовали коду МКФ – b2804 Иррадиирующая боль в сегменте или области. Таким образом, возможно жалобы пациентов на головные боли можно рассматривать не только как следствия сосудистых катастроф, но и как проявления стоматологической патологии.

Состояние мышечного аппарата краниомандибулярной системы соответствовало пункту МКФ – b7350 Тонус изолированных мышц и мышечных групп. По результатам исследования мы определили наличие повышенного тонуса разной степени одноименных мышц: трапецевидной, жевательной, латеральной крыловидной, грудино-ключично-сосцевидной, двубрюшной и подъязычной. При пальпаторном исследовании практически у всех пациентов было выявлено повышение тонуса одновременно в трапецевидной, жевательной, латеральной крыловидной мышцах, а также в трапецевидной, двубрюшной и подъязычной, практически у 9 из 10 обследованных – в трапецевидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцах. Данные сочетания мышц соответствовали их комбинациям, имеющим иррадиирующие боли в зонах головы.

При пальпации височной и жевательной мышц на стороне поражения головного мозга болезненность встречалась в 1,5 раза чаще, чем на непораженной стороне. Болезненность подъязычных мышц наблюдалась у всех обследованных лиц. Совпадали стороны болезненности при пальпации челюстно-подъязычной мышцы и поражения головного мозга, причем на стороне поражения болезненность встречалась в 1,5 раза чаще.

Показатели повышенного мышечного тонуса нашли свое отражение в результатах ЭМГ. Без учета стороны локализации процесса, отмечалась тенденция к увеличению биоэлектрической активности левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы по сравнению с правой: электрическая активность левых грудино-ключично-сосцевидных мышц составила в среднем  $211,01 \pm 54,836$  мВ, а правых одноименных мышц –  $179,33 \pm 52,87$  мВ.

Было отмечено повышение электрической активности правых жевательных и височных мышц по сравнению с соответствующими мышцами противоположной стороны, в независимости от локализации процесса в ЦНС, а именно: электрическая активность правых жевательных мышц составила в среднем  $248,37 \pm 77,64$  мВ и  $231,11 \pm 67,57$  мВ у левых жевательных. Средний показатель электрической активности правых височных мышц –  $287,13 \pm 76,05$  мВ, а у левых  $224,38 \pm 49,15$  мВ.

При рассмотрении электрической активности мышц с учетом локализации церебрального процесса, активность левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы при локализации процесса слева в ЦНС выше по сравнению с показателями при локализации процесса справа: электрическая активность левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы составила  $226,03 \pm 7,97$  мВ и  $171,51 \pm 5,65$  мВ соответственно. А биоэлектрическая активность правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше при локализации процесса справа и составляет  $169,46 \pm 25,82$  мВ, а при левосторонней локализации  $142,56 \pm 34,08$  мВ.

Практически у всех пациентов обнаружены признаки функциональной перегрузки челюстно-лицевого аппарата, выражающиеся в наличии дефектов зубных рядов, рецессий десны, нарушений целостности твердых тканей зубов, таких как патологическая стираемость, абфракционные дефекты и трещины эмали (МКФ s3200 Нарушения структуры рта. Зубы). Абфракционные дефекты и трещины эмали встречались практически у 2/3 пациентов на стороне, противоположной очагу ишемии головного мозга и более, чем у 1/3 – на стороне, соответствующей очагу поражения.

Клинические проявления нарушенной функции ВНЧС отмечались у 35 больных. Определялся клиниче-

ский индекс дисфункции ВНЧС М. Helkimo [15], который составил у пациентов с легкой степенью выраженности расстройств  $2,75 \pm 0,38$  балла, умеренной –  $5,85 \pm 0,52$ , тяжелой –  $10,0 \pm 0,11$  балла (табл.). Полные расстройства отсутствовали у обследованных нами больных.

Отсутствие дисфункции по индексу М. Helkimo (0 баллов) соответствует отсутствию нарушений по шкале МКФ (0–4%), легкая дисфункция (1–4 балла) соответствует легким нарушениям по МКФ (5–24%), дисфункция средней степени (5–9 баллов) соотносится с умеренными нарушениями по МКФ (25–49%). Дисфункция ВНЧС тяжелой степени, ранее диагностируемая при значениях индекса М. Helkimo от 10 до 25 баллов, подразделена на грубые (10–15 баллов) и полные (16–25 баллов), что соответствует тяжелым (50–95%) и абсолютным (96–100%) нарушениям по МКФ. Наличие сильного ограничения открывания рта и дислокация суставной головки соответствуют полному нарушению структуры и функции ВНЧС (табл.).

В ранее проводимых исследованиях [2, 5, 9, 12] индекс Helkimo использовался для определения перечня симптомов нарушенной функции ВНЧС и их

оценки в баллах, по сумме которых устанавливалась тяжесть расстройства функции. Нами же была проведена адаптация индекса к шкале МКФ, что позволило установить степень потери функции ВНЧС и, в дальнейшем, осуществлять работу по оценке ее влияния на бытовую и социальную адаптацию и уровень качества жизни пациентов с инсультом.

#### Выводы:

При ишемическом инсульте головного мозга у 2/3 обследованных пациентов отмечается нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. Оно клинически проявляется болью, ограничением объёма движений, девиацией нижней челюсти в сторону от средней линии при открывании рта, сопровождаемом звуковыми феноменами, а также болезненностью при пальпации жевательных мышц или самого сустава.

Установлена степень нарушения функции ВНЧС, в соответствие с «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»: у каждого пятого пациента она имела легкую степень выраженности, у двух из трех – умеренную и у каждого седьмого больного – тяжелую.

**Таблица.** Частота встречаемости отдельных клинических проявлений нарушенной функции ВНЧС у пациентов с церебральным инсультом.

Клинический признак нарушений функции ВНЧС	Описание клинического проявления в зависимости от степени его выраженности	Частота встречаемости при разной степени выраженности нарушений функции ВНЧС (%)		
		Лёгкой степени	Умеренной степени	Тяжелой степени
Открывание рта	Свободное (открывание рта $\geq 40$ мм; протрузия, латеротрузия и медиотрузия $\geq 7$ мм)	50,0	92,3	-
	Немного ограничено (открывание рта 30-39 мм; протрузия, латеротрузия и медиотрузия 4-6 мм)	50,0	7,7	-
	Сильно ограничено (открывание рта $\leq 29$ мм; протрузия, латеротрузия и медиотрузия $\leq 3$ мм)	-	-	-
Функции сустава	Открывание и закрывание рта по средней линии (допустима девиация не более 2 мм), отсутствие звуковых феноменов ВНЧС	50,0	76,9	66,7
	Девиация нижней челюсти $\geq 2$ мм, наличие звуковых феноменов ВНЧС	50,0	15,4	-
	Дислокация суставной головки или временное блокирование движений суставной головки	-	7,7	33,3
Мышечная боль	Жевательные мышцы при пальпации безболезненны	25,0	7,7	-
	От 1 до 3 мышц болезненны	75,0	38,5	-
	$\geq 4$ мышцы болезненны	-	53,9	100,0
Суставная боль	Сустав безболезненный при пальпации	25,0	32,5	33,33
	Сустав болезненный при пальпации снаружи (с одной или двух сторон)	75,0	30,8	-
	Сустав болезненный при пальпации через наружную стенку слухового прохода	-	30,8	66,7
Боль при выдвижении нижней челюсти	Отсутствует	75,0	66,2	66,7
	При одном движении	25,0	30,8	-
	При повторных (двух и более) движениях	-	-	33,3
Индекс дисфункции ВНЧС М. Helkimo		20,0	65,7	14,3

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Взаимосвязь между биоэлектрической активностью мышц челюстно-лицевой области, поструральным статусом и функцией жевания у пациентов с дистальной окклюзией в период смены зубов [Текст] / Кречина Е.К. [и др.]. – Журнал стоматология №4. – 2013. – С. 57–61.
2. Гаврюшова, Л.В. Эффективность лечения взрослых пациентов с дистальной окклюзией при различных вариантах расположения элементов височно-нижнечелюстного сустава [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. медиц. наук : 14.01.14 / Гаврюшова Лилия Владимировна; ГОУВПО "Волгоградский государственный медицинский университет". – Волгоград, 2011. – 96 с.
3. Иваничев, А.Г. Цервикальная атаксия (шейное головокружение): монография [Текст] / А.Г. Иваничев, Н.Г. Старосельцева, В.Г. Иваничев. – Казань: [б.и.]. – 2011. – 244 с.
4. Иде, И. Анатомический атлас височно-нижнечелюстного сустава [Текст] / И. Иде, К. Наказава Ю. – Москва: Азбука, 2004. – 114 с.
5. Иорданишвили, А. К. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста / А. К. Иорданишвили, Г. А. Рыжак, Л. Н. Солдатова. – СПб: Нордмедиздат, 2011. – 190 с.
6. Котельников, Г.П. Остеоартроз: руководство [Текст] / Котельников Г.П., Ларцев Ю.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 208 с.
7. Ландузи, Ж. Височно-нижнечелюстные суставы. Определение, стоматологическое и остеопатическое лечение [Текст] / Под редакцией д.м.н Д.Е. Мохова. – СПб.: ООО «Невский ракурс», 2014. – 276 с.
8. Ледер, З. Диагностика и лечение функциональных нарушений [Текст] / Под редакцией к.м.н С.Н. Супрунова. МСК.: ООО «Квинтесс», 2009. – 192 с.
9. Овсянников, К.А. Диагностика и лечение функциональных нарушений зубочелюстного аппарата больных с концевыми дефектами зубных рядов [Текст] : 14.01.14 / Овсянников Константин Александрович; СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – Санкт-Петербург, 2014. – 186 с.
10. Первичная диагностика и лечение миофасциального болевого синдрома лица в условиях амбулаторного стоматологического приема [Текст] / И.Н. Брега [и др.]. – Лечащий врач. – 2011. – №5. – С.16–22.
11. Роль окклюзионных нарушений в патогенезе головной боли напряжения [Текст] / О.Г. Бугровецкая [и др.]. – Мануальная терапия. – 2012. – №4. – С. 33–38.
12. Этиопатогенетические факторы возникновения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у молодых лиц [Электронный ресурс] / Д.Б. Романова, Т.В. Степаненко, А.В. Лосев, К.В. Лосев // Здравоохранение Чувашии. – 2010. – №1. – Режим доступа: [https://giduv.com/journal/2010/1/etiopatogeneticheskie\\_faktory\\_svoobodnyj](https://giduv.com/journal/2010/1/etiopatogeneticheskie_faktory_svoobodnyj).
13. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and applications : recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain [Текст] / Eric Schiffman [et.al.]. – Journal of Oral & Facial Pain and Headache. – 2014. – Vol. 23. – P. 6–27.
14. Sforza C EMG analysis of trapezius and masticatory muscles: experimental protocol and data reproducibility/ Sforza C, Rosati R, de Menezes M, Musto F, Toma//J Oral Rehabil. – 2011. – № 9. – P. 372–373. (10).
15. Studies of function and dysfunction of the masticatory system. [Текст] / M. Helkimo. – Thesis. Göteborg: University of Göteborg, Sweden. – 1974. (11).

## REFERENCES:

1. Vzaimosvjaz' mezhdju bioelektricheskoj aktivnost' myshc cheljjustno-licevoj oblasti, postural'nym statusom i funkciej zhevanija u pacientov s distal'noj okkluziej v period smeny zubov [Tekst] / Krechina E.K. [i dr.]. – Zhurnal stomatologija №4. – 2013. – S. 57–61. [The relationship between the bioelectric activity of the muscles of the maxillofacial region, postural status and chewing function of patients with distal occlusion in the period of change of teeth]
2. Gavryushova, L.V. Jefferktivnost' lechenija vzroslyh pacientov s distal'noj okkluziej pri razlichnyh variantah raspolozhenija jelementov visochno-nizhnecheljustnogo sustava [Tekst]: avtoref. dis. na soisk. uchen. step. kand. medic. nauk : 14.01.14 / Gavryushova Liliya Vladimirovna; GOUVPO "Volgogradskij gosudarstvennyj medicinskij universitet". – Volgograd, 2011. – 96 s.[ Efficacy of the treatment of adult patients with distal occlusion with the various elements of the location options of the temporomandibular joint]
3. Ivanichev, A.G. Cervikal'naja ataksija (shejnoe glavokruzhenie): monografija [Tekst] / A.G. Ivanichev, N.G. Starosel'ceva, V.G. Ivanichev. – Kazan': [b.i.]. – 2011. – 244 s.[ Cervical ataxia (cervical vertigo)]
4. Ide, J. Anatomicheskij atlas visochno-nizhnecheljustnogo sustava [Tekst] / J. Ide, K. Nakazava Ju. – Moskva: Azbuka, 2004. – 114 s.[ Anatomical Atlas of the temporomandibular joint]
5. Iordanishivili, A. K. Diagnostika i lechenie zabojevanij visochno-nizhnecheljustnogo sustava u ljudej pozhilogo i starcheskogo vozrasta / A. K Iordanishivili, G. A. Ryzhak, L. N. Soldatova. – SPb: Nordmedizdat, 2011. – 190 s.[ Diagnosis and treatment of diseases of the temporomandibular joint in elderly and senile]
6. Kotel'nikov, G.P. Osteoartroz: rukovodstvo [Tekst] / Kotel'nikov G.P., Larcev Ju.V. – Moskva: GJeOTAR-Media, 2009. – 208 s.[ Osteoarthritis: manual ]
7. Landuzi, Zh. Visochno-nizhnecheljustnye sustavy. Opredelenie, stomatologicheskoe i osteopaticheskoe lechenie [Tekst] / Pod redakciej d.m.n D.E. Mohova. – SPb.: ООО «Nevskij rakurs», 2014. – 276 s.[ The temporomandibular joint. Determination, dental and osteopathic treatment ]
8. Leder, Z. Diagnostika i lechenie funkcional'nyh narushenij [Tekst] / Pod redakciej k.m.n S.N. Suprunova. MSK.: ООО «Kvintess», 2009. – 192 s.[ Diagnosis and treatment of functional disorders]
9. Ovsjannikov, K.A. Diagnostika i lechenie funkcional'nyh narushenij zubocheeljustnogo apparata bol'nyh s koncevymi defektami zubnyh rjadov [Tekst] : 14.01.14 / Ovsjannikov Konstantin Aleksandrovich; SZGMU im. I.I. Mechnikova. – Sankt-Peterburg, 2014. – 186 s.[ Diagnosis and treatment of functional disorders of dental-maxilla apparatus of patients with terminal dentition defects ]
10. Pervichnaja diagnostika i lechenie miofascial'nogo bolevoogo sindroma lica v uslovijah ambulatornogo stomatologicheskogo priema [Tekst] / I.N. Brega [i dr.]. – Lechashhij vrach. – 2011. – №5. – S. 16–22 [Primary diagnosis and treatment of myofascial pain syndrome face in terms of outpatient dental reception]
11. Rol' okkluzionnyh narushenij v patogeneze golovnoj boli naprjazhenija [Tekst] / O.G. Bugroveckaja [i dr.]. – Manual'naja terapija. – 2012. – №4. – S. 33–38. [Part of occlusal disorders in the pathogenesis of tension-type headache]
12. Jetiopatogeneticheskie faktory vznikovenija disfunkcii visochno-nizhnecheljustnogo sustava u molododyh lic [Jelektronnyj resurs] / D.B. Romanova, T.V. Stepanenko, A.V. Losev, K.V. Losev // Zdravoohranenie Chuvashii. – 2010. – №1. – Rezhim dostupa: [https://giduv.com/journal/2010/1/etiopatogeneticheskie\\_faktory\\_svoobodnyj](https://giduv.com/journal/2010/1/etiopatogeneticheskie_faktory_svoobodnyj). [ Etiopathogenic factors of dysfunction of the temporomandibular joint in young people]
13. Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and applications : recommendations of the international RDC/TMD consortium network and orofacial pain [Текст] / Eric Schiffman [et.al.]. – Journal of Oral & Facial Pain and Headache. – 2014. – Vol. 23. – P. 6–27.
14. Sforza C EMG analysis of trapezius and masticatory muscles: experimental protocol and data reproducibility/ Sforza C, Rosati R, de Menezes M, Musto F, Toma//J Oral Rehabil. – 2011. – № 9. – P. 372–373. (10).
15. Studies of function and dysfunction of the masticatory system. [Текст] / M. Helkimo. – Thesis. Göteborg: University of Göteborg, Sweden. – 1974. (11).

**РЕЗЮМЕ**

В статье отражены результаты обследования 57 пациентов в раннем восстановительном периоде с церебральным инсультом. Установлено, что при ишемическом инсульте головного мозга у 2/3 обследованных пациентов отмечается нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. Оно клинически проявляется болью, ограничением объема движений, девиацией нижней челюсти в сторону от средней линии при открывании рта, сопровождаемом звуковыми феноменами, а также болезненностью при пальпации жевательных мышц или самого сустава.

Установлена степень нарушения функции ВНЧС, в соответствии с «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья»: у каждого пятого пациента она имела легкую степень выраженности, у двух из трех – умеренную и у каждого седьмого больного – тяжелую.

**Ключевые слова:** синдром нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава, методика оценки, электромиография, церебральный инсульт, индекс дисфункции Helkimo.

**ABSTRACT**

The article reflects the results of an examination of 57 patients with ischemic stroke in the early recovery period. It was found that two-thirds of examined patients with an ischemic stroke had a malfunction of the temporomandibular joint (TMJ). It was clinically manifested by pain, limitation of motion of temporomandibular joint, pathological bruit and lateral deviation of the mandible during patient's mouth opening, as well as tenderness of the masticatory muscles and temporomandibular joints.

The degree of TMJ's dysfunction was determined according to the «International Classification of Functioning, Disability and Health». Every fifth patient had "mild level of dysfunction", two of three – «moderate level of dysfunction», and one of seven had «heavy level of dysfunction».

**Keywords:** temporomandibular joint dysfunction syndrome, method of estimation, electromyography, cerebral stroke, Helkimo index.

**Контакты:**

**Курчанинова М.Г.** E-mail: m.kurchaninova@gmail.com