

ЭРОНОВ ЁҚУБ ҚУВАТОВТИЧ



**БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**
монография

БУХОРО – 2025

УЎК 616-093

52.54

Н 87

Эронов Ё.Қ.

Бруксизм билан касаланган беморларни комплекс даволаш ва профилактикаси [Матн]: монография / Ё.Қ.Эронов – Бухоро “Sadriddin Salim Buxoriy” Durdona nashriyoti, 2025. – 120 б.

КБК 54.5

Муаллиф:

**Эронов Ёқуб
Қуватович**

- Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Болалар стоматологияси кафедраси PhD, катта ўқитувчиси

Такризчилар:

**Курызов Акбар
Куранбаевич**

- Ургенч давлат тиббиёт институти Терапевтик ва ортопедик стоматология кафедраси мудири DSc, доцент

**Астанов Отабек
Миржонович**

- Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ортопедик стоматология ва ортодонтия кафедраси доценти, PhD

Монография Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Илмий кенгашида муҳокама қилинган ва тасдиқланган
(.....)

КИРИШ

Ҳозирги кунда тиш каттиқ тўқималарида нуқсонлари бўлган беморларни эстетик ва функционал реабилитация қилиш ҳамда самарали даволаш стоматологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Беморларда бруксизмнинг тарқалиш даражаси уйғониш ҳолатидаги бруксизм учун (АБ) 22% дан 30% гача ва уйқудаги бруксизм учун (СБ) 8% дан 16% гача, болаларда эса СБ учун 40% гача кўтарилади. Ҳозирги кунда бруксизм уйқу ёки бедорлик пайтида юзага келадиган жағ мушакларининг турли хил фаолияти учун "умумий атама" деб ҳисобланади. Улар турли хил этиологияларга эга, аммо периферик келиб чиқиши эмас, балки уларнинг марказий асаб тизимидаги ўзгаришлари қисмида ҳам патологик ўзгаришларни кузатиш мумкин. Акс ҳолда соғлом одамларда бруксизм мушакларнинг хатти-ҳаракати сифатида қаралиши мумкин, зарарсиз бўлиши ҳамда клиник оқибатларга хавф ёки ҳимоя омил бўлиши мумкин. Шунинг учун бруксизмни даволаниш мумкин бўлган клиник оқибатларни ва асосий шароитларни бартараф этишга қаратилган бўлиши лозим. Бруксизм ортопедик тузилмалардаги ўзгаришларга сабаб бўлиши мумкин. Ушбу патологияни "ихтиёрий ишламайдиган силлиқлаш ёки тишларнинг патологик едирилиши" деб таърифлаш мумкин. Тишларни силлиқлаш ва сиқиш бир хил парафункционал ҳодисадир. Бруксизм уйқу ва уйғониш пайтида пайдо бўлади. Касалликнинг шакллари фарқлаш учун эҳтиёткорлик билан ташҳислаш керак, чунки улар турли хил этиологияга эга бўлиши мумкин.

I БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМНИНГ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАСАВВИРЛАРИ

Бруксизмнинг этиопогинетик жиҳатлари

Уйқу бруксизми феномени бутун дунёдаги амалиётчилар учун катта кизиқиш уйғотади. Ўтказилган илмий тадқиқот ишлари маълумотларига кўра, сўнгги 10 йил ичида ушбу мавзу бўйича 3000 га яқин мақола нашр этилган. Турли тадқиқотчилар нуктаи назаридан, бруксизм ҳақида фикрлар турлича. Бруксизмнинг клиник кўриниши кўп қиррали бўлгани учун касаллик турли мутахассисликдагит шифокорлар: стоматологлар, неврологлар, оториноларингологлар, психиатрларнинг кизиқиш доирасига киради. Ушбу шартнинг ягона терминологияси ва таснифи ҳали ҳам мавжуд эмас. "Бруксизм "юнонча" брийчеин "сўзидан келиб чиққан бўлиб, "тишларни ғижирлаш" деган маънони англатади. Ушбу атама биринчи марта С. Miller томонидан 1938 йилда киритилган. Биологик омилларга тишларнинг окклюзион нисбати бузилиши, тиш шикастланиши, психологик сабаблар stress, психо-эмоционал бузилишлар бўлиши мумкин. Бруксизм кўпинча аноксик энцефалопатия, Ретт синдроми, хореа каби неврологик касалликлар билан бирга келади (Тананд, Янкович, 2000). Турли муаллифларнинг фикрига кўра, бруксизмнинг тарқалиши 6 дан 20% гача ўзгариб туради. Ушбу ўзгарувчанликнинг сабаби беморларнинг ушбу патология ҳақида тез-тез беҳабарлиги ва уни дастлабки босқичларда аниқлаш қийинлигини кўрсатади. Бруксизмни даволаш унинг этиологиясига асосланиши керак. Патологияни ўз вақтида аниқлаш ва даволашни тўғри режалаштириш муҳим аҳамиятга эгадир.

Сўров нафақат бемор билан, балки у билан бирга яшовчи қариндошлари билан ҳам ўтказилиши керак, чунки тунги бруксизм билан

оғриган беморларда кўпинча ўзларининг касалликлари хақида билишмайди. Клиник текширув тўлиқ бўлиши керак, айниқса чакка пастки жағ бўғим (ЧПЖБ), чайнов мушаклари, оғиз бўшлиғи аъзолари ҳолатига эътибор қаратиш лозим. Шу муносабат билан стоматологик даволанишни комплекс режалаштириш диагностик тадқиқотлар мажмуасига, жумладан, компьютер томографияси, аксиография, электромиография каби қўшимча усулларга асосланиши керак. Ушбу клиник ҳолатда бруксизм билан оғриган беморни доимий ортопедик тузилмалар билан протезлашдан олдин даволашнинг тайёргарлик босқичлари келтирилган. Шундай қилиб, тишлар едирилиши сифатида, пастки жағнинг юқорига нисбатан барқарор ҳолатини қўллаб-қувватловчи, шунингдек, функционал окклюзион пайтида пастки жағнинг ҳаракатини бошқариш хусусиятини ҳам ўз аҳамиятини йўқотади.

Ҳозирги кунга қадар бруксизм атамаси илмий адабиётларда менингит ва эпилепсия каби марказий асаб тизими касалликлари бўлган беморларда беихтиёр тиш ишқаланишини тасвирлаш учун ишлатилган. Тадқиқотчилар Бруксизмнинг турли шакллари аниқлашга ҳаракат қилишди. Шундай қилиб, С. Miller аслида Бруксизмни уйқудаги тишларнинг ишқаланиши деб таърифлайди ва "бруксомания" тушунчаси у томонидан кундузи тишларни сиқиш одатини билдириш учун ишлатилади. Рамфёрд ва Аш (1971) "бери-бруксизм" деб тиш сиқишни кўриб, ва тиш ишқаланиш "ғалати бруксизм" деб аталади.

Т. А. Гаидарова (2003) ва ҳаммуалифдошлар маълумотларига кўра бруксизмнинг тиш кўринишларининг босқичлари (яширин, намоён бўлиши ва терминал босқичи) ва касалликнинг оғирлиги бўйича

таснифини ишлаб чиқди (енгил, ўртача ва оғир) даражаларини илмий манбаларида келтиради.

Arnold (1981) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра бруксизмни чайнов органининг кировчи парафункцияларига боғлаш. Муаллифнинг таърифига кўра, бу тишларни сиқиш (сиқиш), силлиқлаш ёки ғижирлатиш (силлиқлаш) ни ўз ичига олган ва ухлаш вақтида у ёки бу миқдорда ҳар бир инсонга хос бўлган фаолиятдир. Чайнов мушакларининг парафункциялари ноўрин, онгсиз, чайнаш, нутқ ва ютиш фаолияти билан боғлиқ бўлмаган деб тушунилади, улар пастки жағнинг спонтан ҳаракатлари ёки тишларнинг сиқилиши шаклида намоён бўлади.

Скорикова Л. А. (2000), ва ҳаммуалифдошлар илмий изланишларида келтиришларича шунингдек, бруксизмни чайнов мушакларининг парафункцияларининг босқичларидан бири деб ҳисоблайди. Кундузги бруксизм тишларнинг қисилиши ва ишқаланиши, тишларга тегиш ва чайнов мушакларининг гипертрофияси ҳодисаларини ўз ичига олади. Тунги бруксизм тишларнинг сиқилиши ва ишқаланиши билан тавсифланади.

Н. Р. Мухлеманн (1955) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра парафункцияларни тиш (бруксизм) ва оғиз (лаблар, ёноқлар, тил ва ёт жисмларнинг сўриш ёки тишлаш) натижасида келиб чиқиши илмий изланишларида келтиради.

A. Breustedt (1962) ва ҳаммуалифдошлар илмий изланишларида жуфт функцияларнинг бир нечта гуруҳларини тавсифлайди. Биринчи гуруҳга чайнов мушакларининг иши, иккинчи гуруҳга – тил, лаблар, ёноқларнинг фаолияти натижасида келиб чиқадиган парафункциялар ҳолатлар шулар жумласидандир. Муаллиф шунингдек, минимал психоген стимулга дучор

бўлганда юзага келадиган кўзғалишнинг паст чегараси билан тавсифланган гипофункционал жуфтлик функциясини тасвирлайди.

Ачт (1962) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра парафункцияларни психоген табиатнинг касаллиги деб ҳисоблайди ва уларни статик (гипсаливация) ва динамик (гиперсаливация) билан ажратади. "Бруксомания" атамаси парафункцияларнинг статик гуруҳига киритилган. Ю. Сеферян (1998) бруксизмнинг тунги, кундузги ва комбинацияланган шакллари аниқлайди. Муаллифнинг сўзларига кўра, касаллик пастки жағни кўтарадиган мушакларнинг парафункционал фаоллигини билан боғлиқлигин илмий адабиёт манбаларида келтиради.

К. Р. Этзел (1991) ва ҳаммуалифдошлар "орофациял дискенезия" атамасидан фойдаланади. Неврологлар бруксизмни оромандибуляр дистония шаклларида бири сифатида кўриб чиқишни афзал кўришади.

Сысолятин П.Г. (1997) ва ҳаммуалиф чайнов мушакларининг шикастланиши билан боғлиқ чакка пастки жағ бўғимнинг артикуляр бўлмаган касалликларига бруксизмни келтириб чиқаради.

МКБ-10 таснифига кўра, бруксизм соматоформ касалликлар гуруҳига киритилган (синф В, руҳий касалликлар ва стоматологик касалликлар бирга келиши, коди Ф 45,8 - бошқа соматоформ касалликлар жумласидандир. Уйқу бузилишининг иккинчи халқаро таснифида (2005) бруксизм уйқу пайтида тишларни сиқиш ёки силлиқлаш (силлиқлаш) билан тавсифланган оромотор фаолият сифатида изоҳланади.

Одатда микро фаоллашув реакцияси билан боғлиқ қоида тариқасида, товуш билан бирга келади. Ушбу таъриф таснифнинг биринчи нашридан бери ўзгарди, унда бруксизм парасомния (уйқу пайтида ғайритабиий хатти-ҳаракатлар, уйқу учун масъул бўлган жараёнларга зарар бермасдан ва уйқуни тўхтатмасдан) деб таърифланган.

Като (2003) ва ҳаммуаллифлар бруксизмни уйқу пайтида парасомния ва парафункционал фаолиятга боғлайдилар, бу тишларнинг сиқилиши (тоник фаоллиги) ёки мушак фаолияти фазаларининг такрорланиши (Физик фаоллик) билан тавсифланади, бу эса тишларни ғижирлатишга олиб келади. 2008 йилда Америка Орофациял анестезиология Академияси олимлари бруксизмни кундузи ва кечаси онгсиз парафункционал фаолият, шу жумладан тишларни сиқиш ва силлиқланиши тўғрисида илмий манбаларида келтиради.

S. Sato, R. Slavicek (2004) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра Бруксизм-бу инсон танасидаги стрессни чиқарадиган валфнинг бир тури. Бу ҳолат даволанишни талаб қилмайди, фақат салбий тиш оқибатларини бартараф етиш. Бруксизм атамаси замонавий маҳаллий ва хорижий адабиётларда кенг қўлланилади.

Афсуски, барча тадқиқотчилар касалликларнинг халқаро таснифидан фойдаланмайдилар, бошқа терминологияни киритадилар. Шундай қилиб, тишларнинг онгсиз сиқилишини билдириш учун бир қатор муаллифлар 16 "чайнов мушакларининг парафункцияси", "окклюзив невроз", "бруксомания", "травматик невралгия", "стридор дентинум" атамаларидан фойдаланадилар. Кўпгина тавсифлар ва таснифлар фақат бруксизмнинг пайдо бўлишига олиб келадиган этиологик омилларнинг хилма-хиллигини акс еттиради. Бугунги кунга қадар бруксизм мустақил нозологик бирлик ёки фақат умумий соматик касалликнинг аломати эканлиги аниқланмаган. Ушбу патологиялар бўйича олимларнинг фикрлари кўп қиррали тўлиқ ўрганилмаган.

Слависек Р., (2004) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра, бруксизмни организм учун зарур бўлган стрессни бошқариш функцияси (стрессни бошқариш функцияси) ва стресс билан боғлиқ касалликларнинг олдини

олиш ҳолати сифатида қаралади. Аммо, агар стрессни бошқариш функцияси тўқималар ва тана тизимларига турли хил зарар етказса, уни функция деб ҳисоблаш мумкин эмас ва шунинг учун парафункцияни англатади. Шу муносабат билан, бизнинг фикримизча, "Брукс хулқ - атвори" - организм учун нормал стрессни бошқариш функцияси ва "бруксизм" - парафункционал фаолият каби тушунчаларни йиғиндиси ҳисобланади.

Бруксизмнинг тарқалиши, бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, 5 дан 80% гача. Маълумотларнинг бу ўзгарувчанлиги, биринчи навбатда, бруксизмнинг ягона терминологиясининг етишмаслиги билан боғлиқ. Бундан ташқари, аҳоли даражасидаги кенг кўламли тадқиқотларда эпидемиологик таҳлил мавжуд маълумотлар асосида амалга оширилади - бу анкеталар ва сўровномалар, чунки юқори сезувчанлик ва ўзига хосликка эга ташҳислаш усуллари тан нархи юқори ва ҳар доим ҳам мавжуд эмас. Мисол учун, Германия, Италия ва Буюк Британия аҳолисининг 13057 нафарида бруксизм мавжудлиги учун клиник сўровнома тадқиқотини ўтказиш орқали 8,2% уйқу вақтида тишларини ғижирлатиши аниқланди. Адабиёт маълумотларига кўра, чайнов мушакларининг парафункцияларини инсон ҳаёти давомида аниқлаш мумкин деган хулосага келиш мумкин. Касалликнинг частотаси кенг ўзгарувчанлик билан тавсифланади. Шундай қилиб, чайнов мушакларининг парафункцияларининг патологик ҳолатлари билан тавсифланади.

Бруксизмнинг келтириб чиқарувчи этиологик факторлар

Ҳозирги вақтда бруксизмнинг сабаблари тўлиқ ўрганилмаган. Турли хил этиологик омиллар мавжуд, улар орасида: окклюзия, психологик, экзоген, генетик шартлар, ЭЭГ фаоллашув реакциялари,

нейротрансмиттерларнинг таъсири ва биргаликда юзага келадиган касалликлар сифатида қаралади.

Бруксизмнинг келиб чиқишидаги окклюдия омиллар

Бир қатор тадқиқотчилар тиш ва окклюдиянинг деформацияси, тишларнинг қисман йўқлиги, нотекис патологик едирилишлар, иррационал протезлар, периодонтит каби окклюдия номуносивблик маҳаллий омиллар бруксизм ривожланишига сезиларли таъсир кўрсатади. Окклюдия концепция 1961 йилда Рамфёрд томонидан омалаштирилди. Шунингдек, ўз тадқиқотида тўғри окклюдия доволаш бруксизм эпизодларининг пасайишига олиб келиши мумкинлигини тасдиқланди.

Каламқаров Х. А., (2007) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра чайнов мушакларининг парафункцияларининг кўплаб этиологик омиллари орасида асосий ўрин тишларнинг йўқолиши, тиш аномалиялари, юз скелетининг деформациялари билан боғлиқ функционал ортостоматологик юзга берилади.

Ўз навбатида, баъзи олимлар бруксизм ривожланишининг окклюдия назариясига шубҳа қилишди. Като (2003) томонидан олиб борилган тадқиқотларда касалликнинг тарқалиши назорат гуруҳида ҳам, окклюдия интерференцияли беморлар гуруҳида ҳам бир хил эканлигини ўз тадқиқотларида исботлади.

Lobbezoo (2001) ва ҳаммуалифдошлар фикрига кўра тишлар морфологияси ва уйқу бруксизм болалар ва катталар беморлар орасида бруксизмда ҳеч қандай боғлиқлик мавжуд эмаслиги таъкидлайди.

Rugh (1975) ва ҳаммуалифдошлар маълумотларига кўра сунъий окклюдия тўсиқларни яратиш бўйича тажрибада бруксизм этиологиясида окклюдия бузилиш фақат иккиламчи роль ўйнашини исботлади ва

окклюзияни тузатиш парафункционал фаолиятни бартараф этишга олиб келмайди деб ҳисоблайди.

Семкина В.А. (2007) ва ҳаммуалифдошлар окклюзия бузилиши мушак-скелет тизимининг дисфункцияси мавжуд беморларнинг 85.2% да бруксизмни аниқлайдилар[73;41-42б, 82;15-23б, 84;686-693б]. Шу билан бирга Бруксизм билан оғриган беморларнинг 100 фоизида содир бўлишини тасдиқлайди, аммо патологик едирилиш клиник белгилари ва шикоятлари бўлмаган беморларнинг 40 фоизида ҳам кузатилиши мумкинлигини илмий манбаларида келтиради.

Генетик фон

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, бруксизм генетик жиҳатдан аниқланган касалликдир. Шундай қилиб, кимнинг ота-оналар Brooks хатти қисм мавжудлигини қайд болалар ҳам бу касаллик сезгир еди. Бруксистларнинг 20-50% болалигида тишларини ғижирлатган камида битта тўғридан-тўғри қариндошига ега, 87% еса балоғат yoshida бу касалликдан азият чеккан. Финляндия егизаклар жалб бир коҳорт ишда, енг юқори таалукли коэффициенти монозиготис егизаклар орасида топилган, дизиготис кишиларнинг фарқли ўлароқ.

Гаидарова Т. А. (2003) ва ҳаммуалифлар бруксизм ирсиятнинг аутосомал доминантлик тури билан генетик жиҳатдан аниқланган касаллик эканлигини аниқлади. Шунга қарамай, бруксизмнинг генетик белгилари ҳали топилмади. Бруксизм ривожланишида мумкин бўлган генетик компонентни яратиш учун популяция даражасида қўшимча тадқиқотлар ўтказиш керак. Касаллик ривожланиш механизми генетик полиморфизм натижасида эмас, балки патологик мушак фаолияти бузилиши учун масъул бир ген борлиги таъкидлайди.

Бруксизмнинг пайдо бўлиши учун экзоген хавф омиллари орасида: алкоголь, гиёҳванд моддалар ва кофеинни истеъмол қилиш, тамаки чекиш, дори-дармонларни қабул қилиш (масалан, селектив серотонинни қайтариб олиш ингибиторлари) ҳам шулар жумласидандир.

Гиперактивлиги бузилиши каби қўшма касалликлар натижасида ҳам келиб чиқиш илмий адабиётларда келтирилган, восита бузилиши (Паркинсон касаллиги, Ҳантингтон касаллиги), эпилепсия, гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги, парасомния (уйқуда гапириш, тунги энурез ҳолатлари). Бироқ, бруксизм юқоридаги касалликларнинг оқибатими ёки параллел бузилишлар ва бир ҳолат бошқасини қай даражада кучайтиришини тўлиқ ўрганилмаган. Экзоген омиллар ва биргаликда соматик касалликлар бўлмаса, бруксизм бирламчи ёки идиопатик деб аталади. Бруксизм билан оғриган беморларнинг 66% дан 84% гача юз соҳасида оғриқ борлиги ҳақида хабар беришади. Шу билан бирга, бир соатлик уйқу учун қўзғалишнинг паст частотаси ҳамда юз ва бош оғриғи ривожланиши учун юқори частотали уйқу соатига (> 4 қисм) нисбатан катта хавф омилдир. Бундан ташқари, бошқа парафункциялар (лаблар, ёноқларни тишлаш) ҳам орофациял оғриқни келтириб чиқариши ёки ривожланиши кузатилади.

Чакка пастки жағ бўғими касалликлари катталар ва болаларда сезиларли даражада боғлиқлиги мавжуд. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бруксизм уйқу вақтида мушакларнинг гиперактивлиги туфайли ЧПЖБ оғриғининг миоген компонентида иштирок этиши мумкин. Шу билан бирга, ЧПЖБ соҳасидаги оғриқ ва уйғониш вақтида чайнов мушаклари соҳасидаги оғриқ турли хил шароитлар бўлиши мумкин. Шундай қилиб, ЧПЖБ дисфункцияси бўлган беморларнинг аксарияти кун охирида оғриқ интенсивлигининг чўққиси ҳақида хабар беришади, бруксизм билан

оғриган беморлар эса эрталаб чайнов ва чакка мушаклар соҳасидаги оғриқдан шикоят қиладилар.

Беморларда уйқудаги нафас олиш бузилиши ўртасидаги муносабатлари тўлиқ ўрнатилмаган. Бу уйқу ва нафас касалликлар (аденоэктомия) даволаш сўнг, едирилиш камайди. Ушбу маълумотлар РМА обструктив уйқу апнесидан кейин ҳаво йўллариининг ўтказувчанлигини тиклашга ёрдам берадиган промоутер фаолияти деган фаразни тасдиқлайди. Муқобил гипотеза РММАНИ уйқу пайтида, сўлак ва ютиш тезлиги одатда пасаядиган даврда орофарингеал тузилмаларни зарур физиологик ҳодиса деб ҳисоблайди.

Илмий адабиёт маълумотлари таҳлил қилиганда, касалликнинг этиологиясига оид иккита асосий тенденцияни аниқлаш мумкин. Муаллифларнинг бир гуруҳи бруксизмнинг пайдо бўлишини маҳаллий сабаблар билан боғлайди, бошқаси касалликнинг марказий генезиси орқали юзага келиши исботланган. Бугунги кунга қадар бруксизм этиологияси аниқ белгиланмаган. Шунинг учун касалликнинг ривожланиш механизмини ҳамда этиологик омиллари тўлиқ ўрганилмаган. Шунинг учун тунги бруксизмнинг этиологияси ва патогенезини аниқлаш ортопедик стоматологиянинг ечими кутаётган долзарб муаммоларидан биридир.

Бруксизмнинг клиник кечиши ва ташҳисоти

Тунги бруксизми мушакларнинг жуда кучли қисқариши билан парафункционал оромотор фаолият бўлсада, кўп беморларда бу ҳолатнинг аниқ патологик клиник белгилари ёки аломатлари мавжуд эмас. Бруксизм кўпинча яширин турдаги ва тўғридан-тўғри стоматолог қабулида ташҳисланади. Тишларнинг кучли сиқилиши ва ишқаланиши юз —жағ тизимнинг компенсацион имкониятларидан ошиб кетган ва

функционал мувозанат бузилган ҳолларда клиник белгилар пайдо бўлади - фаол бруксизм белгилари ва аломатлари кўпинча чакка пастки жағ бўғимим дисфункцияси натижасида юзага келади. Бруксизмнинг энг характерли аломатлари товуш билан бирга келадиган тишларни қисиш ва ғижирлатиш эпизодлари, чайнов ва бўйин мушакларидаги оғриқлар, бош оғриғи, айниқса уйғонганида чайнов мушакларда, тишларнинг юқори сезувчанлиги, ёмон уйқу сифати, чарчоқ ҳолатлари билан беморлар шикоят қиладилар.

Бруксизмнинг асосий белгиларига қуйидагилар киради:

Патологик едирилиш ва тишларнинг ҳаракатчанлиги, тож қисми бутунлиги бузилган тишларнинг ва реставрациялар, милк рецессияси, юқори ва пастки жағ патологиялари, гипертрофия ва чайнов мушакларининг фаоллиги, тилда тиш излари, оғиз бўшлиши шиллик каватидаги жароҳатлар кузатилади.

Касалликни аниқлаш учун тўлиқ касаллик тарихи анамнези ўрганиш жуда муҳимдир. Бир қатор тадқиқотчиларнинг таъкидлашича, аёлларда чайнов ва чакка мушакларни пайпаслаганда заифлик ва оғриқ ҳиссини келтириб чиқаради. Бироқ, уйқу бруксизми бўлган кўплаб беморларда мушак оғриғи белгилари кузатилмади. Юзнинг ён қисмларида оғриқ синдроми парафункцияси бўлган беморларда ҳам кузатилиши мумкин. Стресс омилларига таъсир қилиш билан боғлиқ бўлган тунги бруксизм, айниқса, эрталаб уйғонгандан сўнг, кучланишдан кейин мушакларнинг оғриғи билан бирга бўлиши аниқланди.

Трезубов В.Н. (2007) ҳаммуаллифдошлар фикрига кўра чайнов мушаклари парафункцияларининг барча клиник шаклларига хос бўлган белгилар (тишларининг жипслашуви, ғижирлатиши, овқатсиз чайнаш)

пастки жағнинг дам олиш ҳолатининг йўқлиги, чайнов мушакларининг кучланиши ва спазми юзага келади. Чайнов мушакларининг ўзлари ва латерал ёноқ мушакнинг пастки бошини (юқори жағ дўмбоғ соҳасида) юз қисмини пайпаслашда қўзғатувчи нуқталарнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Тунги бруксизмда окклюзия артикуляр бузилишларни таҳлил қилиш муҳим диагностик аҳамиятга эга. Окклюзион муносабатларни рўйхатга олиш зарур диагностика усули бўлиб, тўғри ташхис қўйиш, даволаш режасини тузиш ва унинг натижаларини таҳлил қилиш учун муҳимдир. Илмий адабиётлар маълумотларига қараганда, бруксизм билан оғриган беморлар пастки жағнинг кўндаланг ҳаракатларининг устунлиги ўзгариши аниқланган. Шунингдек, бруксизмнинг окклюзион диагностик белгиларидан бири марказий окклюзиядан пастки жағ дўмбоғи ёпилишгача бўлган силжиш узунлигини ўз ичига олади. Маълумки, тунги бруксизм билан оғриган беморларда бу кўрсаткич соғлом одамларга қараганда икки баравар кўп учрайди.

Окклюзион контактларни тўғридан-тўғри стоматолог қабулида, артикуляция қоғози ва фалга ёрдамида, шунингдек артикулярга ёпиштирилган диагностик моделларда баҳолаш ва ёзиш мумкин. Аммо бу бруксизм пайтида тунги ҳаракатларнинг динамикаси ва табиати ҳақида ма'хълумот бермайди. Алоҳида қурилмалар ёрдамида динамикада окклюзион контактларни кўриш ва таҳлил қилиш мумкин. Уйқу пайтида каппа янада ишончли маълумотларни олиш имконини беради, чунки пластинканинг минимал қалинлиги (0,1 мм) мушакларнинг фаоллигига таъсир қилмайди, "Каппа" қалинлиги эса анча катта (0,6 мм) ва бўлиши мумкин. мушаклар фаоллигини ошириш учун қўшимча стимул сифатида фойдаланилади. Каппанинг юзаси парафункционал фаолият давомида эскирадиган бўёк

билан қопланган, динамикада окклюзион ҳаракатлари бемор учун кўрсатма ва диагностика нуқтаи назаридан шифокор учун маълумот беради.

Л.А. Скорикова (2000) хаммуаллифдошлар фикрига кўра электроэнцефалограмма ва электромиограммани бир вақтнинг ўзида ёзиб олиш усуллари мавжуд. Юқоридаги тадқиқот мия ва чайнов мушаклари фаолиятининг яхлитлиги, фойдалиги ва синхронлигини баҳоланади. Бу усул бруксизмни ташхислаш ва даволаш натижалари самарадорлигини кузатиш мумкин.

Бундан ташқари, чайнов мушакларининг функционал ҳолатини ўрганиш учун Допплер сонографияси ёрдамида минтақавий қон оқимини ўрганиш ишлатилган. Мускуллар системаси ва бутун организмнинг умумий ҳолати, яъни унинг жисмоний ривожланиши, тайёрланиш даражаси ва фаоллиги билан чамбарчас боғлиқдир. Маълумки, одатий восита фаоллиги даражаси тиш касалликларини (периодонтит, мушак-бўғим дисфункцияси) даволаш курсига, клиник кўринишларига ва прогноз қилинади. Жисмоний ҳаракатсизлик ва ортиқча юклар чайнов мушакларининг функционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатади, айниқса психо-эмоционал омиллар билан биргаликда кечади. Шундай қилиб, чайнов мушакларининг ЭМГ тадқиқоти назорат гуруҳига нисбатан мушакларнинг биоэлектрик фаоллигининг юқори даражалари ўрганилган. Ўз навбатида, психовегетатив синдромли биоэлектрик фаолликнинг янада юқори кўрсаткичлари мавжуд. Шундай қилиб, биз узоқ муддатли ва қизғин жисмоний машқлар билан шуғулланиш юз – жағ тизимнинг мушак таркибий қисмининг ҳолатига салбий таъсир қилади деган хулосага келишимиз мумкин, бу чайнов мушакларининг ЭМГ биопотенциалларининг амплитуда хусусиятларининг ошиши билан баҳоланади.

Беморларда тунги бруксизмни ташхислашнинг олтин стандарти уйқу лаборатория полисомнографияси (ПСГ) ҳисобланади. ПСГ тести ёзувларни ўз ичига олади: электроенцефалограммалар - мия фаолиятини аниқлаш учун, ЭМГ - чайнаш мушаклари фаолиятини аниқлаш учун, ЭКГ - юрак фаолиятини назорат қилиш учун, оксиметрия - қондаги кислород билан тўйинганлик даражасини аниқлаш учун, шунингдек, нафас олиш ҳаракатларининг частотаси ва ҳажми билан баҳоланади.

Бутун тадқиқот давомида бруксизм билан боғлиқ бўлмаган восита фаолиятини истисно қилиш учун аудио ва видео ёзувлар амалга оширилади. Ушбу тадқиқот усули қиммат ва махсус жиҳозлар ва лабораторияни талаб қилади. Бундан ташқари, қайд этиш бемор учун нотаниш муҳитда амалга оширилади, бу эса бир неча кеча (8 гача) кузатувни талаб қилиши мумкин. Ушбу чекловлар туфайли ПСГ асосан йирик минтақавий шаҳарларда мураккаб клиник ҳолатларда (эпилепсия, мураккаб ҳаракат бузилиши) диагностик мақсадларда ва тадқиқотларда мавжуд.

Тунги бруксизмнинг даволашнинг замонавий усуллари

Хорижий ва маҳаллий адабиёт маълумотларини таҳлил қилиб, биз тунги бруксизмини даволашда бир неча нафар ёшларда аниқлашимиз мумкин: окклюдзион даволаш (инвазив аралашувлар ва окклюдзион қурилмалар), ҳулқ-атворини яхшилаш (тескари алоқа усули, уйқу гигиенаси, одатларни алмаштириш) турли хил дори воситаларни юбориш орқали даволаш. Окклюдзион даволаш усуллари беморни бошқаришнинг иккита услубини ўз ичига олади: инвазив окклюдзион даволаш ва мослаштирилган окклюдзион мосламалардан фойдаланиш.

Инвазив окклюдзион даволашда тишларни танлаб силлиқлаш, окклюдзион реабилитация, ортодонтик даволаш усулини ўз ичига олади, юқоридаги

усуллардан фойдаланиш орақали самарали натижаларга эришиш мумкин.

Фрумкер Н.М. (1981) окклюзиянинг морфометрияси қанчалик яхши бўлса, бруксизмда чайнов мушакларидан кучланишни енгиллаштириши шунчалик осон бўлади деган тахминга асосланиб, муваффақиятли окклюзион даволаш тамойилларини ишлаб чиқди.

Слависек А.А (2008) ва бошқа муаллифдошларнинг маълумотига қараганда бруксизмни даволаш мумкин эмас, деб ҳисоблайди, аммо тиш – жағ тизимнинг таркибий қисмларига зарар бермасдан, оғиз бўшлиғида бруксизм хатти-ҳаракатларини амалга ошириш учун зарур бўлган тўғри статик ва динамик окклюзияларнинг яратиш лозим. Бироқ, бу назарияни тасдиқлаш аҳоли даражасида кенг қўламли тадқиқотларни талаб қилади. Танланган силлиқлаш ҳозирда чайнов парафункциясини даволаш сифатида тавсия этилмайди. Окклюзияларнинг бундай тузатиши илгари намоён бўлмаган физиологик ва психологик муаммоларни келтириб чиқарадиган "окклюзион невроз" нинг ривожланишига олиб келиши мумкинлиги исботланган. Тишларини силлиқлашдан олдин марказий асаб тизими муаммоларга дуч келмаган ва бундай муаммолар тишларини окклюзион силлиқлашдан кейин пайдо бўлган беморларни текшириш лозим.

Бруксизм нотўғри бажарилган танлаб силлиқлаш қарама-қарши томонда эрта контактларнинг пайдо бўлишига олиб келади ҳамда нотўғри тиш тожини сиқилиш, ишқаланиш эпизодларини келтириб чиқариши мумкин. Тунги бруксизм билан оғриган беморларни даволашда махсус окклюзион мосламалар самарали қўлланилган. Қўллаш мақсадига кўра, улар қуйидагиларга бўлинади: ажратиш, қайта жойлаштириш ва стабиллашадиган окклюзион мосламалар шулар жумласидандир.

Хватова Р.С. (2007) маълумотларига кўра, сплинт даволаш натижасида

статик ва функционал окклюзион ва мавжуд патологик нерв-мушак бирикмалари ўзгаради, эрта контактларнинг таъсири йўқолади, бу эса ўз навбатида мушаклар фаоллигининг пасайишини таъминлайди.

Бруксизм билан касалланган беморларда симптоматик даволаш сифатида енгиллаштирувчи мосламалардан фойдаланиш яхши натижалар беради. Ушбу мосламаларни тунда тақиш, мушакларнинг бўшашиши таъсири икки ҳафта ичида кучаяди ва бир ҳафта фойдаланишдан кейин бруксизм белгилари камаяди, чайнов мушакларида оғриқ ва кучланиш камайтириш имконини беради.

Лалус Ж. Ф. (2009) чайнов мушакларни бўшаштирувчи мосламасини лойиҳалашда тишларнинг фронтал гуруҳини бириктирмайди. Бруксизмни даволаш учун ҳам мушакларнинг стабиллаштирувчи мосламаларни қўлланилиши мумкин (одатда юқори жағда). Окклюзион мосламалар қаттиқ ёки эластик материалдан тайёрланиши мумкин. Қаттиқ пластмассадан тайёрланган окклюзион стабиллашадиган мосламалардан фойдаланиш афзалроқдир. Улар мушакларнинг биоэлектрик фаоллигини камайтиришга ёрдам беради, юмшоқ мосламалар эса, аксинча, мушаклар фаоллигини оширади. Юмшоқ мосламалардан ҳам фойдаланиш муҳим аҳамиятга эга.

Силин А.В. (2013) ва муаллифдошлар маълумотига кўра чайнов мушакларининг электромиограммаларини таҳлил қилганда, физиологик ҳолатида ва марказий окклюзияда тишларни даволаш пайтида уларнинг биоэлектрик фаоллигининг пасайишини юзага келтириш мумкин.

Бир томондан даволаш натижасида мушаклар таъсири чайнов мушакларининг умумий биоэлектрик фаоллигининг пасайиши шаклида кўплаб ЭМГ тадқиқотлари маълумотлари билан тасдиқланган. Бошқа томондан, полисомнография ёрдамида ўтказилган "юқори сифатли" клиник тадқиқотлар бруксизм билан оғриган беморларни даволашда окклюзион мосламалардан фойдаланиш самарадорлигига оид аралаш натижаларни кўрсатади.

Чайнов мушаклари парафункцияларининг хулқ-атвор даволашлар орасида биофеедбаск (БФБ) усули алоҳида ўрин тутди. Биофеедбаскнинг асоси, агар маълум стимуллар беморларни чайнов мушакларининг онгсиз равишда ноқулай фаолияти эпизодлари ҳақида огоҳлантирса, бруксизм тишларини сиқиш ва силликлаш одатини "ўрганишлари" мумкин, деган фикрдир. Тунги бруксизмни даволашда эшитиш, электр, тебраниш ва ҳатто таъм сезиш стимуллари фикр-мулоҳазалар учун ишлатилиши мумкин.

Ниссани (2000) шартли қайт этиш рефлексини ривожлантириш учун таъм стимулидан фойдаланган. Беморга ёқимсиз модда билан тўлдирилган капсулалар (хантал, занжабил ёки саримсоқ) индивидуал окклюзион қурилмага ўрнатилди; ЭБ пайтида капсулалар очилиб, шартли рефлексли қайт этиш рефлексини ҳосил қилувчи таъм қўзғатувчиси қўзғатилди. Битта клиник ҳолатга асосланиб, муаллиф даволанишнинг узоқ муддатли муваффақиятини даво қилди. Энг кўп учрайдиган стимул - бу эшитиш стимуллари, аммо бу усул бир тадқиқотда самарасиз бўлган. Овоз қўзғатувчиси беморни қўзғатиши керак, у овозни ўчириб, ухлашни давом эттириши керак. Уйғотишлар бундай ёндашувларнинг асосий камчиликлари ҳисобланади, чунки уйқунинг бузилиши кундузи ҳаддан ташқари уйқучанлик каби жиддий ён таъсирга олиб келиши мумкин, шунинг учун Гуиет мини-босим сенсорини ўз ичига олган окклюзион қурилмадан фойдаланган, БЕ пайтида тебраниш стимули беморни ортиқча босим ҳақида огоҳлантирган. Тадқиқотда муаллиф классик окклюзион қурилма билан солиштирганда биофеедбаскнинг юқори самарадорликка эришганлигини кўрсатди.

Муқобил ёндашув Смолл (1978) томонидан тасвирланган бўлиб, у кундузги биофеедбаск катновларда бруксизмни даволаш сифатида тунда кийиладиган окклюзион шина билан биргаликда қўллашни тасвирлаб берган. Шунга ўхшаш ёндашув Сомеллиер (1982) томонидан қўлланилган ва бу усуллар ижобий

(узоқ муддатли) натижаларни, мумкин бўлган ён таъсир сифатида уйқу сифатини бузмасдан кўрсатди. Бироқ, Смалл (1978) ушбу ёндашувнинг самарадорлигини синаб кўриш ва ён таъсирларни назорат қилиш учун кенг кўламли назорат остида тадқиқотлар олиб борилиши лозимлигини илмий манбаларида келтиради.

Бруксизм учун хулқ-атворини, шунингдек, психоанализ, гипноз, прогрессив энгиллик, медитация, ўз - ўзини назорат қилиш, уйқу гигиенаси ва одатларни алмаштиришни ўз ичига олади. Олкинуора (1969) бруксизм ва психиатрик даволаш усуллари тасвирлаб берди. Стрессли даврларда мушакларнинг қисқариш кучини назорат қилиш техникаси бир қатор беморлар учун самарали бўлди, чунки оғиз бўшлиғида бруксизм белгилари камайди. Гипноз усули бундан ўттиз йил олдин Голдберг (1973) ва бошқалар томонидан кўриб чиқилган. Кларк ва Рейнолдс (1989), ЭМГ ёзувларидан фойдаланган ҳолда ўзларининг ҳолатларни назорат қилиш тадқиқотида гипнотерапия фаол бруксинг хатти-ҳаракатларининг аломатларини энгиллаштирганини таъкидладилар. Бруксизмни бошқариш воситаси сифатида дам олиш усуллари, медитация ва одатларни бекор қилишнинг самарадорлиги илмий жиҳатдан исботланмаган.

Илмий адабиётлар маълумотларига қараганда хулқ-атвор ёндашувлари орасида уйқу гигиенаси бўйича боғлиқликлар мавжуд. Шундай қилиб, уйқудан олдин бир неча соат давомида стимуляторлардан (масалан, кофеин, никотин) истеъмо қилмаслик ва бир вақтнинг ўзида ётиш уйқу сифатини яхшилашга ёрдам беради. Бироқ, бу хулқ-атворни даволаш усули ҳам илмий тасдиқлашга муҳтож ҳисобланади.

Бруксизмни фармакологик даволаш учун бир қатор дори воситаларидан фойдаланилади. Бир нечта тадқиқотлар серотонэргик ва допаминергик дори-дармонларнинг тунги бруксизмини даволашда таъсирини баҳолади. Серотонин прекурсори L -триптофан бруксизм билан боғлиқ фаолиятга таъсир қилмаслиги

аниқланди. Л -триптофандан фарқли ўлароқ, катехоламин прекурсор Л -допа тунги бруксизмига мўътадил, сусайтирувчи таъсир кўрсатади. Худди шундай, допамин Д1 / Д2 рецепторлари агонисти перголиднинг паст дозаларини қўллаш орқали тунги бруксизмни самарали даволашга эришилади.

Лоббейзо Р.О. (2007) ва бошқа клиник жиҳатдан допамин агонистлари тунги бруксизмни бостиришини кўрсатди. Бироқ, бромокриптин (шунингдек, допамин Д2 рецепторлари агонисти) бруксизмнинг мотор фаоллигини камайтирмайди. Бруксизмнинг марказий генезиси назариясига аниқлаган муаллифлар касаллик учун комплекс даволашни тавсия қиладилар: маҳаллий даражада бузилишларни бартараф этиш ва марказий асаб тизимининг ишлашини мажбурий равишда нормаллаштиришга эришилган.

Бруксизм мураккаб, тез ўзгарувчан клиник кўриниш билан тавсифланганлиги сабабли, касалликнинг асоратлари эҳтимоли билан Скорикова, Л.А., Лапина, Н.В., Скориков, Ю.В. (2013) чайнов мушакларининг парафункцияси бўлган беморлар клиник кузатувларда ўрганилган. Муаллифлар Д. Бросард, Ж.-Ф. Лалук, К. Кнеллесен (2009) ҳам тунги бруксизм эпизодларининг оғиз бўшлиғи аъзолари ва тўқималарига салбий ҳалокатли таъсирини олдини олиш ва ўз вақтида бартараф этиш учун мунтазам текширувдан ўтиш зарурлиги ҳақида маълумотлар келтиради. Шунингдек, келтирилган манбаларга кўра, бруксизмни (симптоматик ёки мураккаб) даволашнинг ўзига хос усулини танлаш қийин, чунки тавсия этилган даволаш усуллари баъзан нафақат самарасиз, балки асоратларни ҳам келтириб чиқариши мумкин. Адабиёт маълумотларига асосланиб, тунги бруксизмни хулқ-атвори - тананинг нормал ишлаши, марказий асаб тизимининг юкланишини таъминлаш учун зарур бўлган стрессни бошқариш ва бруксизм - асаб тизимининг таркибий қисмларининг шикастланишига олиб келадиган парафункционал фаолиятлар билан боғлиқлигига аҳамият қаратилади.

Бруксизмнинг клиник кўриниши кўп қиррали ва ўзгарувчан бўлиб, унинг

ташхисини мураккаблаштиради. Касаллик яширин шаклда пайдо бўлиши мумкинлиги сабабли, анамнезни тўлиқ тўплаш, яшаш шароитлари ва касбий фаолиятни аниқлаш, психотравматик омилларнинг мавжудлиги зарур. Полисомнография усули касалликни юқори аниқлик билан аниқлаш имконини беради. Шубҳасиз, бруксизмни ташхислашнинг оддий ва қулай усуллари ишлаб чиқиш устувор вазифадир. Ушбу услуб долзарб ва клиник материални қўшимча ўрганиш ва тўплашни талаб қилади. Шунинг учун тунги бруксизмни янада чуқурроқ ўрганиш, уни текшириш, мониторинг қилиш, аниқ ташхис қўйиш ва оқилона даволаш усуллари ишлаб чиқиш ҳозирги кунга қадар ортопедик стоматологиянинг долзарб муаммоларидан биридир.

II БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМНИНГ СТОМАТОЛОГИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

Мазкур тадқиқотни бажариш ва ишончли натижалар олиш учун маълум миқдорда тадқиқотлар, тадқиқот объекти ва предметини тўғри танлаш керак, бундан ташқари статистик таҳлил олиб бориш учун кузатувлар сони (n 75) етарли бўлиши лозим. Шу сабабдан тадқиқот материалларига батафсил тўхталишни мақсадга мувофиқ деб билдик.

Тадқиқот иши Бухоро давлат тиббиёт институти Стоматология илмий амалий марказида бруксизм билан муражат қилган 12 ёшдан 18 ёшгача бўлган 75 нафар беморлар олинди.

Текширувдаги беморларни объектив, субъектив, ЭМГ (электромиография), оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати, папиляр, маргинал алвеоляр индекс ҳолатини кўрсаткичлари олинган.

1 – жадвал

БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЁШИ ВА ЖИНСИГА ҚАРАБ ТАҚСИМЛАНИШИ

Ёши	Беморлар ёши			Умумий сони
	12 ёшдан 14 ёшгача	14- 16 ёшгача	16- 18 ёшгача	
	Сони	Сони	Сони	
Эркаклар	18	14	16	48
Аёллар	9	11	7	27
Жами	27	25	23	75

Изоҳ: текширувдаги беморларда ўғил болалар 64% ни, 36 % қиз болалар ташкил этди.

Тунги буруксизм билан касалланган беморларни 75 нафарида илмий тадқиқот иши олиб борилди. Текширув олиб борилган беморларнинг 48 нафарини ўғил 27 нафарини эса қизлар ташкил этади. Шундан 12 ёшдан 14 ёшгача бўлган балоғат ёшидаги беморларни 18 нафарини ўғил болалардан ва 9 нафари қиз болалардан иборат. Беморлани 14 ёшдан 16 ёшгача бўлган 14 нафар ўғил, 11 нафари қизлар, 16 ёшдан 18 ёшгача бўлган беморларни 16 нафари ўғил, 7 нафари қизлардир. Текширув ўтказилган беморларнинг 75 нафар беморлар махсус акрил каппа ёрдамида даволанди, назорат гуруҳидаги беморларда анаънавий даволаш усулларидадан фойдаланилди.

Тунги бруксиз билан касалланган бемор болаларни текширувда уч гуруҳга бўлиб тадқиқот ўтказилди.

2 –жадвал

Текширув олиб борилган беморларнинг гуруҳлараро тақсимланиши

Гуруҳлар	Беморнинг ёши	Беморлар сони
I	12- 14 ёш	24 нафар
II	14-16 ёш	32 нафар
III	16 -18 ёш	19 нафар

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни ёндош касалликлари билан боғлиқлиги преморбид фон орқали ўрганилганда) ёндош касалликлар гурухлари аниқланди (жадвал 3).

3 - жадвал

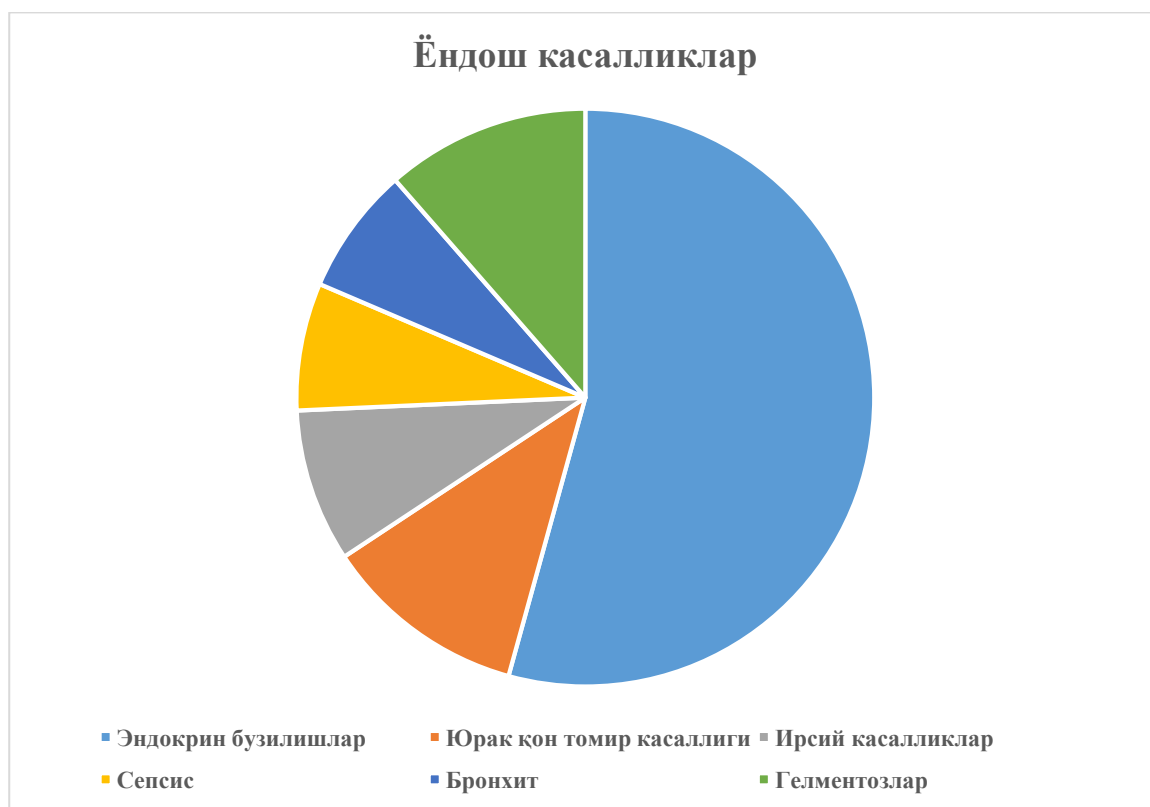
ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЁНДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИ АНИҚЛАШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ёндош касалликлари	Беморлар сони (n = 75)	
	Абсолют сони	%
Эндокрин бузилишлар	38	51,6
Юрак қон томир касаллиги	8	11,6
Ирсий касалликлар	6	0,08
Сепсис	5	0,06
Бронхит	5	0,06
Гелментозлар	8	11,6
Гастрит, энтероколит, колит	5	0,06

Изох: Беморларда ёндош касалликлар эндокрин тизими, юрак – қон томир касалликлари, гементозлар.

Текширув натижаларига кўра тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг касаллик келиб чиқишида асосий этиологик факторлардан бири бўлган ёндош касалликлар орқали тарқалиши ҳаёт анамнези натижаларига кўра муҳим аҳамиятга эгадир. 2.3 -жадвалдан кўриниб турибтики преморбид фон касаллик ҳаёт анамнезларини аниқлашда етак дастур бўлиб хизмат қилади.

Тунги бруксизмнинг асосий ва қўшимча текширув усуллари



1- расм. Тунги бруксизм касаллигининг ёндош касалликлар билан боғлиқлиги

Тадқиқот гуруҳларда қатнашаётган беморлар текширув натижаларига кўра бруксизм полиэтиологик касаллик бўлиб, у нафақат чайнов мушакларида, тананинг бошқа қисмлари мушакларида, балки марказий асаб тизими ва эндокрин тизимда ҳам патологик ўзгаришларни ўз ичига олганлиги аниқланди.

Тунги бруксизмни келиб чиқиш сабаблари:

- наслдан — наслга ўтиши;
- маҳаллий омиллар (гингивит ёки перикоронитдан келиб чиқадиган шикастланишлар);

- рухий бузилишлар (стресс, тажовузкорлик, кўрқув ва вахима ҳолатлари);

- орган ва систем патологиялари: ичак паразитлари (гелментлар), аллергия реакциялар ва эндокрин тизим касалликлари.

Текширувдаги беморларнинг шикоятлари, касаллик тарихи ва ҳаёт анамнезларига асосланиб, бруксизм стрессдан келиб чиқса, стоматолог ҳамда невропатолог ҳамкорлигида даволаш, балоғат ёшида кўпроқ учраганда эндокринолог, гелментлар натижасида кузатилганда юқумли касалликлар шифокорлари билан оғиз бўшлиғи аъзолари патологиялари натижасида юзага келса жаррох стоматолог ҳамкорлиги даволаш ишлари олиб борилди. Патологик окклюзиялар юзага келганда эрта окклюдив алоқалар нафақат стрессли беморлар учун, балки ҳар қандай бемор учун аниқловчи механизмдир. Ушбу контактлар мушакларнинг юқори даражадаги фаоллигини келтириб чиқаради, патологик окклюзия бузилганда нормаллаштирилиши кузатилди. Уйқунинг бруксизми ва уйғонишнинг бруксизми келтириб чиқарувчи сабаблари тадқиқот давомида ўрганилди.



2 – расм. Палпация усулида текширув жараёни.

Биринчиси, уйқу бузилиши билан боғлиқ бўлиб, марказий асаб тизимидан келиб чиқади ва уйқу пайтида мия фаолиятининг бузилиши ёки микроэкситациялар деб аталади. Шундай қилиб, уйғониш реакцияси. Иккинчиси, тишларининг ғижирлатиши тури бўйича кўпроқ тарқалган, ташвиш, стрессга юқори сезувчанлик, депрессия, темпераментнинг шахсий хусусиятлари каби кўплаб рухий касалликлар билан боғлиқ ва конвулсив қисқариш сифатида қаралади. Бруксизм – бу тананинг стрессли вазиятларга табиий реакцияси бўлиб, психологик зўриқишлар текширув гуруҳларида аниқланди.

Тадқиқот усуллари топшириқларини бажариш мақсадида амалга клиник белгилар, клиник-функционал ҳолатлар, стоматологик индекслар, стоматологик асбоб анжомлар орқали, антропометрик, электромиографик ва статистик таҳлиллардан фойдаланилди.

Беморларнинг текширувда тадқиқот материали сифатида беморнинг паспорт маълумотлари, шикоятлар, анамнез, умумий қабул қилинган схема бўйича объектив текшириш маълумотлари, шу жумладан стоматологик индексларни аниқлаш, антропометрик, электромиографик, дифференциал диагностика; патогенетик омиллар кўрсаткичлари; даволаш самарадорлигини кузатиш учун динамик характеристикалари ҳисобга олинди.

Ҳар бир диагностика белгиси нормаллаштирилади.

Клиник функционал ва стоматологик тадқиқотлар ёрдамида унинг диагностик қиймати 4 та асосий вариантда аниқланади:

- 1) мустақил қиймат;
- 2) симптомлар мажмуасининг бир қисми сифатида;
- 3) диагностик хусусиятларнинг корреляцияси;
- 4) бир бутун сифатида эксперт тизимининг бир қисми сифатида.

Тунги бруксизм ҳолатини клиник баҳолаш шикоятлар тўплаш, анамнестик маълумотлар, бутун оғиз бўшлиғини текшириш натижалари, тишлар, тиш қаторлари нуқсонлари ва оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини ўз ичига олади ва антропометрик ҳамда электромиография натижалари орқали амалга оширилди. Тунги бруксизмнинг келтириб чиқарувчи сабабларини аниқлаш тизимига жойлаштирилган клиник белгилар вариантлари.

Беморнинг сўзларига кўра шикоятлар компютерга киритилди, анамнез маълумотлари ва фон (проморбид) касалликлари ҳақида маълумотлар ҳам аниқланди.



3 – расм. Тунги бруксизмда оғриқ импульслари

Анамнестик маълумотлар ҳаёт тарихидан иборат (касб, ирсият, олдинги касалликлар, бирга келган касалликлар, оғиз бўшлиғи гигиенасини сақлаш усуллари). Тунги бруксизм натижасида тиш қаторлари нуқсонларининг ривожланиши тўғрисидаги анамнестик

маълумотлар беморнинг биринчи белгилари ва шикоятларини ўз ичига олади (тишларнинг едирилиши, тишлардаги сезувчанликнинг ошиши, индивидуал тишларнинг ҳаракатчанлиги пайдо бўлиши, милк ва пародонт тўқимасидаги патологик ўзгаришлар) текширув давомида аниқланди ҳамда даволаш ва олдини олиш чора тadbирлари тузилди.

Текширув давомида елка ва бўйин мушакларидаги патологик ўзгаришлар пальпация қилиш орқали ўрганилди. Чакка пастки жағ бўғими ва чайнов мушакларининг олдинги, ўрта ва орқа тўплamlари текширилди, уни аниқлаш учун бемордан тишларини жипслаштириш ва очиш сўралди, сўнгра юзаки палпация ўтказилди. Чайнов мушакнинг олдинги тўплamlари инфратемпорал чуқурчадан юқорида, тери томондан ёноқ соҳасидан тахминан 2 см баландликда палпация қилинган. Чайнов мушакнинг ўрта тўплamlарини юзаки палпация қилиш қулоқ трагусидан 4-5 см баландликда амалга оширилди. Орқа тўплamlарнинг толалари мушакнинг дистал чегараси бўйлаб, қулоқнинг юқори қисми текширилди.



4 - расм. Тунги бруксизмда пешона ва чакка соҳаси бўйлаб оғрик импульсларининг тарқалиши

Чайнов мушакларининг юзаки қисмини юзаки палпация қилиш, кўрсаткич бармоғини мушакни чайнов дўмбоғига бириктириш жойига қўйиш орқали амалга оширилди. Бу ҳолат бошни орқага тушириш ва тишларнинг жисплаштириш орқали амалга оширилди. Унинг орқа кирраси аниқланди, кейин чикка пастки жағ бўғими яқинидаги дорсал минтақада босим оширилди. Оғиз бўшлиғидан медиал канотсимон мушакни палпация қилиш орқали ўрганилди. Кўрсаткич бармоғи ёрдамида биз юқори жағ дўмбоғи ва унинг чизигида ўзгаришини аниқладик, сўнгра пастки жағнинг бурчаги ўрганилди, бу ерда чакка канотсимон мушаги соҳасида текширилди. Ён канотсимон мушакнинг пастки боши оғиз бўшлиғи томонидан юқори жағнинг дўмбоғ соҳаси палпация қилинди, пастки жағ ён томонга силжиди. Юқори жағнинг алвеолар ўсиғи бўйлаб молярлар тишлар устида силжийди ва палпация қилинган дўмбоғдан ташқарига чиқди. Чайнов мушаги кўрсаткич бармоғини премоляр соҳада тилости мушак соҳасига қўйиш орқали текширилди, иккинчи қўлнинг кўрсаткич бармоғи эса ташшқа соҳадаги патологик ўзгаришлар аниқланди.

Икки бармоқ ўртасида чайнов мушак ва шпинделга ўхшаш икки қоринчали мушакдаги нотўғри силжишлар ҳам аниқланди. Тўш суяги мускулларини текшириш учун бемордан бошини ташхис қўйилган мушакка қарама-қарши томонга буриш сўралди, бу ҳаракат вақтида мушак чегаралари аниқланган ва бириктирилган жойларда юқоридан пастгача палпация қилинди. Мушакларнинг кучланиш даражаси, уларнинг гипертрофияси ва тетик нуқталарининг мавжудлиги қайд этилди.

Чакка пастки жағ бўғимининг майдони ташқи томондан, терининг ёнидан, қулоқ трагусининг олд қисмидан статик ва динамик равишда

ўрганилди. Чакка пастки жағ бўғимининг бойламларининг ҳолати баҳоланди ва оғиз кенг очилган ҳолда ретроартикуляр бўшлиқ палпация қилинди. Чакка пастки жағ бўғимининг майдонини палпация қилиш орқали биз фонация мавжудлиги ёки йўқлиги ва оғизнинг очилиш даражасини (нормал, хаддан ташқари, чекланган) аниқладик.

Юқори жағ соҳасини ўрганиш ташқи текширувдан бошланди. Биз юзнинг симметрияси ва конфигурациясига, терининг ҳолатига, юзнинг пастки учдан бир қисмининг баландлигига ва табассумнинг симметриясига эътибор қаратдик. Касаллик тарихи варақаларида беморнинг маълумоталари ва текширув давомида олинган расмлар олд томондан (ёпиқ тишлар ва табассум билан), юз профилда 45 градус бурчак остида (ёпиқ тишлар ва табассум билан), юз профилда 90 градуслик бурчак остида ўзгаришлари аниқланди.



**5 – расм. Тунги бруксизмда пастки жағ тиш қаторларидаги
патологик едирилишлар**

Оғиз бўшлиғини текширишда тишларнинг қаттиқ тўқималарининг ҳолати (тишларнинг қаторлари нуқсонлари ва ёриқлари, кесув кирралари), уларнинг ҳаракатчанлик даражаси, ўсиқ шаклидаги нуқсонларнинг мавжудлиги, реставрациялар, тиш милкининг ретсессияси ва пародонт ҳолати аниқланади. Текширув натижалари стоматологик формулада қайд этилган.

Биз тишлов турига эътибор қаратдик, Энгле бўйича ўнг ва чап томонлардаги тишлар нисбати қозиқ тишлар ва биринчи молярлар учун (I, II, III) синфлар, бундан кейин биринчи молярнинг мезиал дўмбоғининг дистал силжиши, тишларнинг жипслашув чизиғи бўйлаб ёноқларнинг шиллиқ қаватида ва тилнинг латерал юзаларида мавжудлиги тиш излари аниқланди. Ҳар бир беморга фотосурат ҳужжатлари ўтказилди ва бир қатор портрет ва оғиз бўшлиғи ҳолатлари ўрганилди.



6 – расм. Тунги бруксизмда юқори ва пастки жағ тиш қаторларидаги патологик едирилишлар

БЕРГ окклюзион муми ёрдамида тишларнинг окклюзион-артикуляр алоқаларини ўрганиш ортодонт стоматолог одатий окклюзионда ва бруксизмни текширишда окклюдозграмма олди (бемордан пастки жағни одатий окклюзион ҳолатидан олдинга ва ён томонларга силжитиш сўралган, бунда тишлари алоқада бўлади). Табиат (нуқта ёки планар), контактларнинг сони ва эрта контактларнинг мавжудлиги баҳоланди.

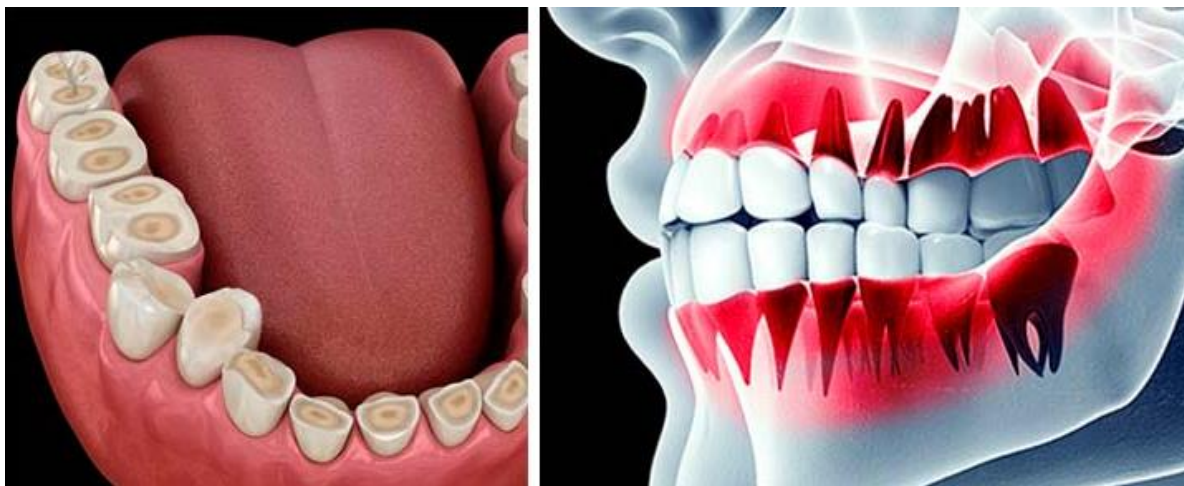
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни антропометрик текширув услублари

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда антропометрик текширувлар олиб бориш асосий текширув усулларида бири ҳисобланади. Ушбу текширув усулида юзнинг морфологик ўлчамлари, жағларнинг сагиттал, трансверзал ҳамда тиш ўлчамлари аниқланади ва таҳлил қилинади. Тунги бруксизм билан касалланган бемор болаларда пастки жағ курак тишларининг ўлчамларини асос сифатида олиб, юқори жағ курак тишларининг ўлчамларини, жағларнинг трансверзал йўналишдаги кенглиги, сагиттал йўналишдаги узунлигини ҳамда апикал базиснинг кенглиги ўлчанди ҳамда ушбу тишларнинг патологик едирилиши билан кечадиган нуқсонлар аниқлиханиб ташхис қўйилади.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда юзнинг профилини олд ва ён томондан ўрганган ҳолатда тиш қаторларидаги патологик едирилишларни эрта ташхислаб самарали даволаш усуллари ишлаб чиқилди.

Тунги бруксизм билан касалланган болаларда алмашинув прикусига тайёргарлик кўриш даврида фронтал тишлар соҳасидаги физиологик диастема – тремалар, ретромолляр соҳадаги жағнинг ўсиш тенденцияси, сут иккинчи молляр тишнинг дистал дўмбоқларининг ўзаро

муносабатига жағларнинг ўсиш нормал кўрсаткичлари ҳам эътиборга олинди.



7 – расм. Тунги бруксизмда чайнов босимида тушадиган босимнинг тиш илдизларига зарарли таъсирлари.

Текширув олиб борилган учала гурух беморларида самарали антропометрик усулларида бири бўлган Долгополова усулида текширилди.

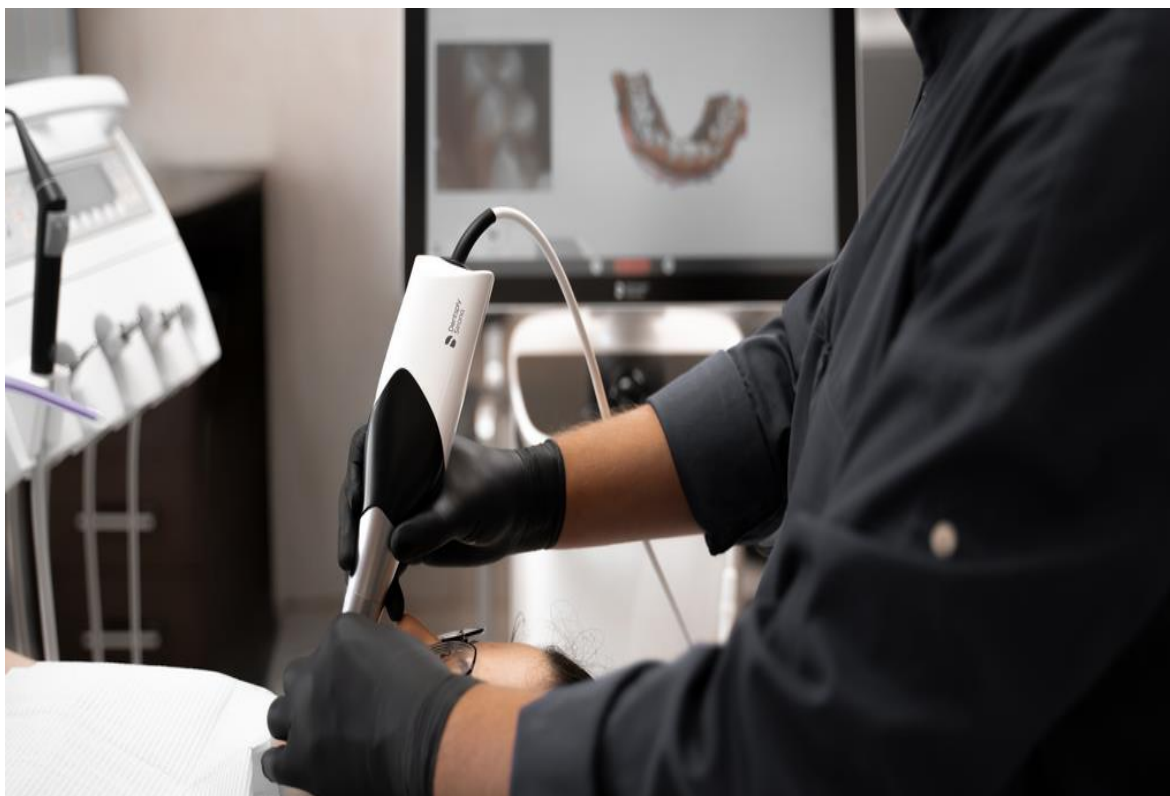


8 – расм. Тунги бруксизмда юқори ва пастки жағ ҳолати

Долгополова усули - бу усули самарали ортопедик текширув усулларида бири бўлиб, сут тишлов даврида ён курак тишдан қарама қарши томондаги ён курак тишгача, сут қозик тишдан қарама – қарши томондаги қозик тишгача, сут биринчи моляр тишларнинг олдинги тангалай ва лунж дўмбоқларини туташтирувчи фиссурадан қарама – қарши томондаги сут биринчи моляр тишнинг юқоридаги нуктасигача, иккинчи сут моляр тишнинг ҳам олдинги фиссурасидан қарама – қарши томондаги танглай ва лунж дўмбоқларини туташтирувчи фиссурасигача бўлган масофа ўлчанди ҳам тунги бруксизм вақтида ушбу гурух тишларининг патологик едирилиши нормал физиологик ҳолати билан таққосланди.

**Тунги бруксизм билан касалланган беморларни
электромиография орқали текширув усуллари**

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни электромиография текширувидан ўтказишда чайнов мушак толалари бўйлаб тарқалиши натижасида юзага келадиган потенциал ўзгаришларини аниқланадиган усуллардан бири ҳисобланади. Қайд қилинаётган потенциал турлари ўзгаришлари электромиография деб аталади (ЭМГ) билан баҳоланади.



9 – расм. Тунги бруксизмда ЭМГ текшируви

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда электромиографиянинг уч тури фарқланади:

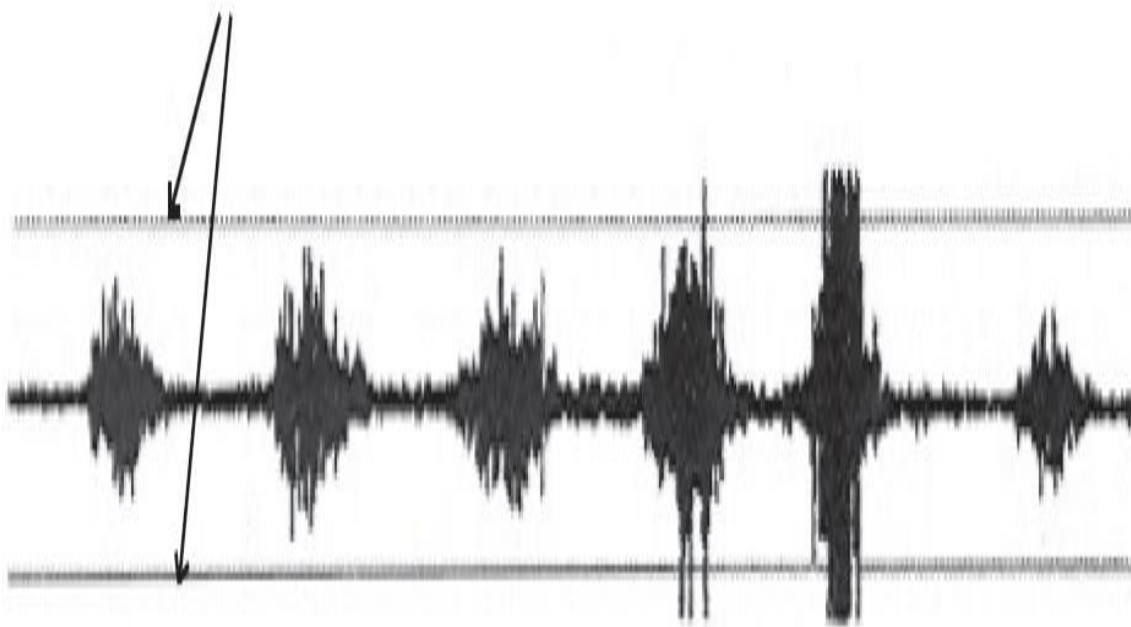
1) юзаки – биопотенциалларни мушак толаларининг катта миқдоридан тери устки биполяр электродлари ёрдамида ўтказиш услублари;

2) локал – ягона мотонейрон билан иннервация бўлган мушак толалари гуруҳи потенциалларини игнали электродлар ёрдамида ўлчаш усуллари;

3) стимуляцион – мушакнинг иннервация қилувчи нерви стимуляциясига электрик жавобининг ёзиб бориш электромиографияси.

Ортодонтик амалиётда электромиографияни юз-жағ соҳасидаги функционал ҳолатларни баҳолаш учун қўлланилади, ҳамда тиш-жағ нуқсонларининг даволашгача, даволаш вақтида ва даволашдан кейинги ҳамда тунги бруксиз асорат сифатида тиж тизимидаги деформация

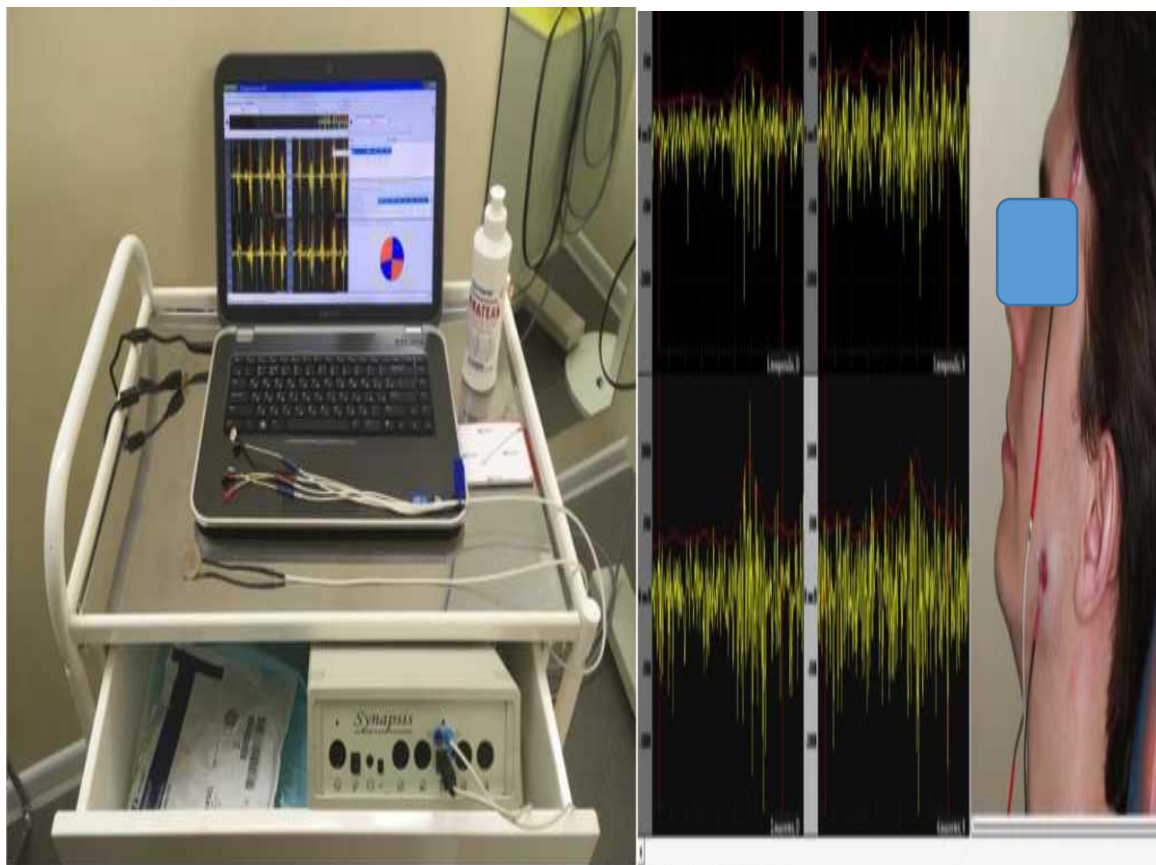
ҳолатларини баҳолашда қўлланилади. Электромиографияни чайнов, чакка, мимик мушаклар, тил, ҳамда оғиз туби мушаклари да қўлланилади. Кўрсатилган мушакларнинг тадқиқоти тинч ҳолатда, максимал таранглик ҳолатида, ҳамда табиий ҳаракатлар ҳолатида ўтказилади (чайнов босими, ютиниш, пастки жағни олдинга суриш, товушларни талаффуз қилиш ва х.).



10 – расм. Тунги бруксизмда ЭМГ тасвирлари

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда юзаки биполяр электродлар аввалдан ёғсизлантирилган териға лейкопластир ёрдамида ўрганилаётган мушак соҳасига бирлаштириш орқали аниқланди. Чакка ва чайнаш мушакларини ўрганишда тўғрибурчакли шаклдаги электродлар, мимик мушаклар ва оғиз бўшлиғи туби мушаклари учун – юмалоқ

электродлар орқали қўлланилди. Электродларни маҳкамлашдан аввал уларга электрод пастаси суртиш орқали амалга оширилди.



11- расм. Тунги бруксизм билан касалланган беморларда юз-жағ соҳаси мушакларининг электромиографиясида электродларнинг жойлашуви

1- чакка мушаги; 2- чайнаш мушаги; 3- оғизнинг айлана мушаги;
4-оғиз бўшлиғи туби мушаги

4- жадвал

Тунги бруксизм билан касаланган беморларда функционал намуналар ўтказилишида мимик мушаклар биопотенциаллари амплитудаларининг ўртача катталиклари (Сухомлина бўйича)

Ёш	Биопотенциаллар тебранишлари амплитудалари, мкВ			
	Лабларни максимал ёпиш		Ихтиёрий чайнаш	
	Мушак			
	ияк	оғиз айлана мушаги	ияк	оғиз айлана мушаги

12-14 ёш	322 мкВ	233 мкВ	318 мкВ	230 мкВ
14-16 ёш	344 мкВ	296 мкВ	324 мкВ	290 мкВ
16-18 ёш	316 мкВ	288 мкВ	312 мкВ	284 мкВ

ЭМГ да қуйидаги вақтинчалик ва амплитудали кўрсаткичлар аниқланди:

- а) мушакнинг биоэлектрик фаоллиги вақти (с);
- б) биоэлектрик тинч ҳолат вақти(с);
- в) биоэлектрик фаол даврининг биоэлектрик тинч ҳолат даврига нисбати (К коэффиценти);
- г) амплитуданинг ўртача катталиги – нурнинг базал чизиқдан оғиш даражаси (мкВ);
- д) амплитудали ва вақтинчалик кўрсаткичларнинг меъёрдан оғиш даражаси (%).

Турли мушакларнинг амплитуда катталиклари ўртача кўрсаткичлари 4- жадвалда келтирилган.

Замонавий электромиографлар ЭМГ нинг компьютердаги шартли белгиларни тушуниб ўқиш имконини беради, бу орқали тунги бруксизм билан касалланган беморлар электормиографик маълумотларини аниқлаш имконини берди.



12 – расм. Беморларда ЭМГ монитор ҳолати

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни электромиографик текшируви натижаларига кўра биоэлектрик фаоллик кўрсаткичлари бир хил ёшдаги болаларда ягона бир мушакда шахсий тебранишларга эга эканлиги аниқланди. Текширув гуруҳларидаги беморларнинг мимика мушаклари ва чайнов босими ҳолатларини ўрганишда электродларни қўллаш орқали (электродлар ишланган шакл, ўлчам, материали ҳақида гап бораяпти), электродлар марказлари орасидаги масофа доимийлиги (одатда 15 мм), ҳамда электродлар ўрганилаётган мушакларнинг бир хил соҳаларига маҳкамланиши орқали эришиладиган биопотенциалларни ўтказишлари орқали амалга оширилди.

Парафункционал фаоллиги туфайли жағларнинг назорациз сиқилиши инсониятга таъсири ўрганилган. Бруксизм "тишларни ғижирлатиш"

хақида айтилган. Ушбу ҳодиса тишларнинг окклюзион юзаларининг патологик, функционал бўлмаган ишқаланишининг жуда муҳим диагностик белгиси бўлиб, бугунги кунда силлиқлаш, парафункция ва Кароли эффекти деб аталади. Ушбу ҳолатни тасвирлаш учун ишлатиладиган энг машҳур атама бруксизмдир. Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, бу ҳолатнинг етакчи этиологик омили окклюзион муаммолар туфайли юзага келадиган функционал бузилишдир.

Бруксизм билан оғриган беморларда кўпроқ ёки камроқ вақтдан олдин алоқалар ҳар доим текширув вақтида аниқланади..." деган фикрга асосланади. Электромиографик тадқиқотлар шуни кўрсатдики, "...окклюзион бузилишларни бартараф этиш билан мушак тонусининг объектив равишда белгиланган пасайиши ва мушакларнинг уйғун ишлашининг нормаллашиши содир бўлади...". Р. Э. Довсон (1989) томонидан олиб борилган клиник тадқиқотлар, шунингдек, бруксизмнинг мавжудлиги окклюзион шовқинларнинг мавжудлиги билан боғлиқ ва селектив силлиқлаш орқали окклюзион мувозанатнинг кўрсаткичи деган хулосага келди.

Парафункционал мушаклар фаоллиги эрта статик ва динамик контактларнинг пайдо бўлишига ҳимоя реакцияси шакли бўлиб кўринади, бу интероклузал шовқинларни тузатиш учун табиий ўрнатилган механизмдир.

бруксизм патогенезида ҳиссий стресснинг ролини инкор этиб бўлмайди. Бу нуқтаи назарни А. Буманн ва У. Лотзманн (2002) асарлари тасдиқлайди. Албатта, чайнов мушакларининг контрактураси фаоллиги стресс остида кучайиб, жағнинг назоратсиз сиқилишига мойилликни келтириб чиқаради. Мушак фаолиятини марказий тартибга солиш

хусусиятлари. Уч шохли ядролари ретикуляр сигнал узатиш тизими билан боғлиқ бўлиб, кўрқув, ғазаб, оғриқ ва оҳангнинг кучайиши ҳисси ўртасидаги боғлиқликни аниқлайди. Шундай қилиб, чайнаш мушаклари кураш реакцияларига (тишларни сиқиш, тишлаш) филогенетик мойилликни амалга оширади. Профессор П.У. Дупас ўз асарларидан бирида бу алоқани ажойиб тарзда тасвирлаб берди: " Бугунги кунда бруксизмнинг тезлиги замонавий жамият яшаётган оғир рақобат шароитларининг натижасидир ..." Бироқ, бруксизм билан касалланган ва бўлмаган шахслар ўртасида сезиларли психологик ва психиатрик фарқлар йўқлигини кўрсатадиган кўплаб тадқиқотлар мавжуд. Бу стресснинг таъсирини унинг этиологиясини эмас, балки ушбу патологиянинг ривожланишига ёрдам берувчи омил деб ҳисоблаш керак деган хулосага келишимизга имкон беради. Ж.П Окесон (2005) га кўра, терапевтик аралашув иккала омилга ҳам қаратилган бўлиши керак.

Окклюзив юзаларнинг мураккаб функционал ўзаро таъсирини ҳисобга олмасдан ва эрта алоқалар мавжуд бўлганда тишлашни реконструкция қилиш ва ортодонтик тузатиш муқаррар равишда ортопедик тузилмалар ва тикланишларнинг бузилишига, чайнаш мушакларининг парафункционал фаоллигининг пайдо бўлишига, спазм, оғриқли дисфункцияга олиб келади. нуқсонлар, қаттиқ тўқималарнинг юқори сезувчанлиги мавжуд.

Окклюзион бузилишлар бруксизмга олиб келиши мумкин эмаслиги ҳақидаги доимий ишончга асосланади. Биргаликдаги консультация пайтида " бруксизмсиз" беморларни батафсил текшириш дентинлари очиқ бўлган пастки кесма тишларда эмалнинг сезиларли даражада ақинмасини, молар ва премолярларда кенгайган эскириш қирраларини ва премолярлар ва итларнинг вестибуляр юзаларида абфракцияларни

аниқлайди. Бу жойларни катталаштирувчи ойна билан текширишда ички ёриқлар ва синиш чизиклари, ёрилган реставрациялар ва турли даражадаги патологик тиш ҳаракатчанлиги аниқланади. Модел алоқалари асосида жағнинг муносабатларини баҳолашга имкон берувчи артикулятор ва қурилмалар ёрдамида моделларни таҳлил қилиш окклюзион шовқинлар ва оғишлар мавжудлигини кўрсатади.

Таърифланган ўзгаришлар кўпинча функциянинг "нормал" оқибатлари деб ҳисобланади. Шу билан бирга, юқорида айтиб ўтилган белгилар бўшлиқда аниқланиши мумкин бўлган беморларда соғлом чайнаш тизими мавжуд эмас ва кейинчалик ортиқча юкланиш оқибатлари, гарчи улар кечиктирилиши мумкин бўлса ҳам, муқаррар. Фақат тананинг умумий соғлиғи шикастланиш ва функционал пасайиш учун зарур бўлган вақтни аниқлайди.

Интероклузал муносабатларни тўғрилаш тўғри бажарилганда 100% ижобий натижани таъминлайди, натижалар бир неча соатдан бир неча кунгача содир бўлади. Табиийки, нормализация тезлиги бузилишнинг оғирлигига ва беморнинг ёшига боғлиқ. Натижалар шу қадар аниқки, улар ҳозирда ҳар қандай обрўли олим томонидан шубҳасиздир. Бу, биз таъкидлаймизки, бруксизм барча ҳолатларда фақат окклюзион стрессдан келиб чиқади дегани эмас, лекин бу кўп ҳолларда тўғри.

Стоматогнатик дисфункциянинг ривожланишида иккиламчи ўзгаришлар алоҳида рол ўйнайди. Мушакларнинг парафункцияси қаттиқ тиш тўқималарининг сезиларли даражада йўқолишига олиб келади ва функцияни аниқлайдиган жойлар қанчалик катта бўлса, шовқин шунчалик аниқ бўлади.



13 – расм. Чакка пастки жағ бўғими ҳолати томография ҳолати

Ўзгаришларнинг кейинги босқичи темпоромандибуляр бирикманинг элементлари ўртасидаги муносабатларнинг бузилиши туфайли юзага келадиган боғланган тўқималарга юкларни қайта тақсимлаш натижасида юзага келади. Бу интраартикуляр дискнинг қисман ёки тўлиқ дислокациясига олиб келади, бу адаптив механизмлар ишламай қолганда, дегенератив ўзгаришларга олиб келади. Бруксизм билан оғриган беморларда окклюзионни қайта тиклаш масаласини кўриб чиқаётган ҳамкасби юқоридаги воқеалар занжирида нима сабаб ва қандай таъсир эканлигини аниқлаш учун сабр-тоқат ва кузатишга эга бўлиши керак. Шунинг учун окклюзион терапия кўпгина терапевтик, протезлаш, ортодонтик ва ҳатто жарроҳлик муолажаларнинг ажралмас қисми сифатида кўриб чиқилиши керак. Тишлар, мушаклар ва ТМЖнинг қаттиқ тўқималарига парафункция ва ортиқча юкнинг ҳалокатли таъсири, агар ортиқча юк қисқа вақт ичида нормал даражага туширилса, қайтарилиши мумкин деб ҳисобланиши керак.

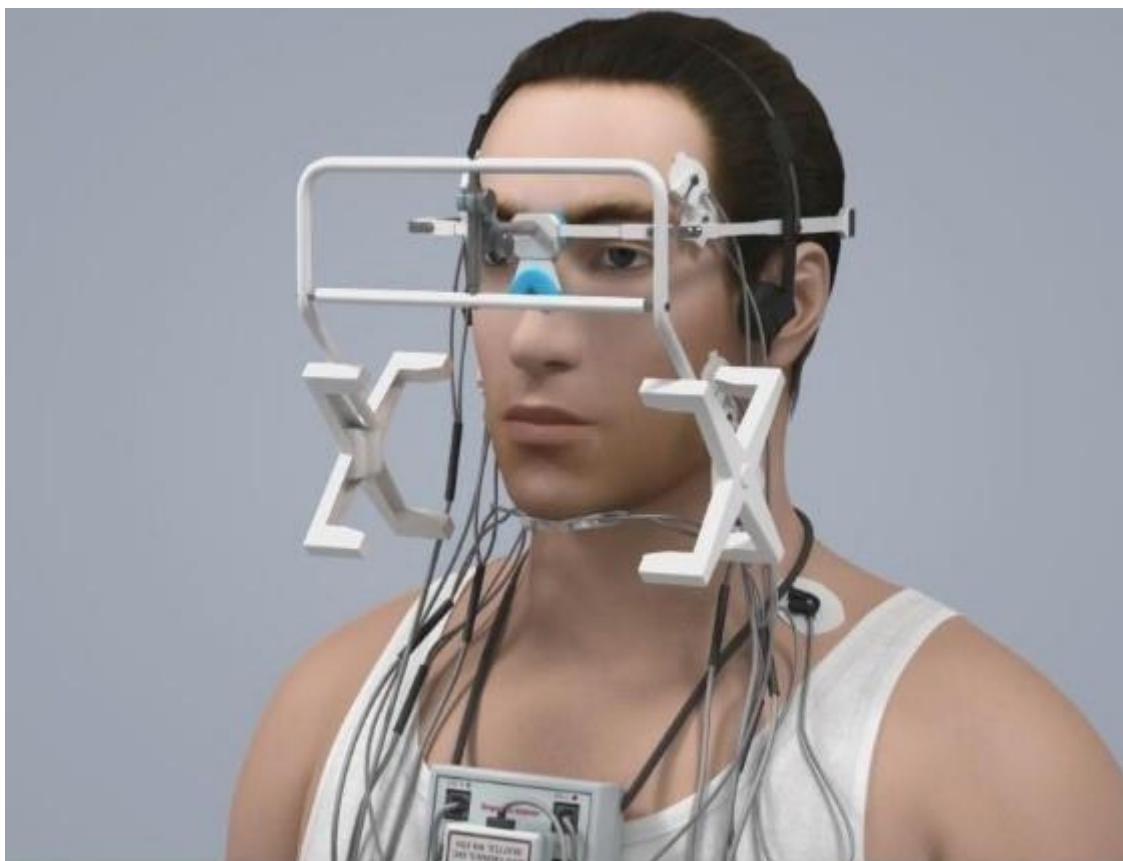
Шу билан бир каторда, даволаш чоралари бруксизм каби миопатия ривожланишининг олдини олишга қаратилган тадбирларни ўз ичига олиши керак.

Окклюзион тузатишдан ташқари, бруксизмни даволашнинг кенг доираси таклиф қилинган. Буларга қаттиқ окклюзион шиналар ва эластик мосламалардан фойдаланиш, когнитив назорат қилиш усуллари, физиотерапия ва физика терапияси, мушак кучларни тегишли седатив терапия билан биргаликда қўллаш, шунингдек, миогимнастика ва миогимнастик машқлар киради. Бруксизм диагностикаси ва дифференциал диагностика усуллари, амалиётчилар учун алоҳида қизиқиш уйғотади. Беморлар кўпинча ишончли тарзда хабар бера олмайдиган тунги парафункционал фаоллик ҳолатларида алоҳида қийинчиликлар юзага келади. Уйғонгандан кейин чарчоқ ва жағдаги оғриқ, шунингдек, жағнинг "қисилиши" ҳисси субъектив ҳислар бўлиб, ташхис қўйиш учун асос бўла олмайди. Дастлабки босқичларда кузатилган бузилишнинг яширин табиати муаммони ниқоблаб, нотўғри даволаниш қарорларига ва асоратларни ривожланишига олиб келади.



14- расм. Тунги бруксизмда жағлардаги ўзгаришлар

Ҳаракат доирасини ўрганиш, чайнов мушакларининг пальпацияси ва изометрик функционал тестлар, батафсил анамнез, артикуляторда жағларнинг юқори сифатли моделларини ўрганиш, функционалограмма ва электромеханика таҳлили бизга функционал бузилишлар мавжудлигини аниқлашга имкон беради, лекин ҳар доим ҳам уларни бруксизм мавжудлиги билан боғлашга имкон бермайди.



15 – расм. Чакка пастки жағ бўғими дисфункцияларида ЭМГ текшируви

БитеСтрип қурилмалари ёрдамида кейинги динамик назорат ва ЭМГ мониторинги билан "фаол" ишқаланиш қирраларини аниқлаш усулларидан фойдаланамиз. Бите Стрип - чайнов мушакларининг онгсиз парафункционал фаоллигини ташхислаш учун ЭМГ мониторингини ўтказишга имкон берадиган аниқ қурилмалар ва Контрактил фаолликни кузатиш нафақат бруксизмнинг объектив далилларини беради, балки

мавжуд парафункциянинг бузилишни ҳам аниқлайди. Ушбу маълумот ўз вақтида ва тўғри даволаниш, реконструкцияни режалаштиришга ўзгартиришлар киритиш ва натижаларни кузатиш имконини беради.



16 – расм. Электромиография усулини аниқлаш жараёни

Қурилмани калибрлаш учун рўйхатга олиш чегараси фиксациядан кейинги дастлабки 5-10 дақиқада аниқланади. Бунинг учун бемор ўз ихтиёри билан тишларини 3-4 марта кучли тарзда ёпади; потенциал қурилма томонидан ўқилади ва ўртача қиймат хотирада сақланади. Чегарадан 30% га ошиб кетиш парафункционал фаолият белгиси сифатида қабул қилинади.



17 - расм. ЭМГ қўллаш жараёни

Ушбу муолажа чайнов мушакларининг нормал фаолиятини, масалан, ютиш пайтида рўйхатга олишни истисно қилишга имкон беради. Шу вақтдан бошлаб ҳар бир ЭМГ сигнали кейинги 12 соат давомида реал вақтда ўқилади. Агар бирор киши қурилмани 4 соатдан кейин олиб ташласа, хато хабари ёзилади ва тадқиқот натижалари ҳисобга олинмайди. Электрокимёвий дисплей, ўрганиш даврида содир бўлган

парафонксионал ҳолатлар сонини аниқлаш имконини беради. Бруксизм йўқлигини билдиради ва 5 соат ичида 39 та эпизодга тўғри келади;

1 - енгил бруксизм: 5 соат ичида 40 дан 74 гача эпизодлар;

2 - мўътадил бруксизм: худди шу даврда 75 дан 124 эпизодгача;

3 - оғир бруксизм: 125 дан ортиқ эпизодлар.

Бруксизмдан азият чекаётганини билмаса ва танланган реконструкция усули фойдаланишга қарши кўрсатмаларга эга бўлса, биз ушбу усулдан фойдаланишни асосли деб ҳисоблаймиз унинг ёрдами билан БитеСтрип бузилишининг далилларини ва унинг зўравонлигининг объектив параметрларини осонгина тақдим этади.



18 – расм. ЭМГ ўтказиш жараёни

Бузилишлар билан боғлиқ бруксизм билан оғриган беморларни даволашда динамик мониторинг аралашув натижаларини объектив тасдиқлаш имконини беради. Дисфункционал тиш – жағ тизими бузилишлари мавжуд бўлганда, окклюзион реконструкцияни талаб қиладиган беморларда парафункция мавжудлигини ташхислаш усулини берилади.

Шунингдек, тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг электромиографик текширувлар натижасига кўра тунги бруксизм вақтида чайнов ва мимика мушакларида патологик ўзгаришлар юзага келганлиги аниқланди.

Текширувнинг статистик усуллари

Тадқиқот материаллари параметрик ва параметрик бўлмаган таҳлил усуллари ёрдамида статистик ишлов берилди. Дастлабки маълумотларни тўплаш, тузатиш, тизимлаштириш ва натижаларни визуализация қилиш Microsoft Office Excel 2016 жадвалларида амалга оширилди. Статистик таҳлил IBM SPSS Statistics В. 26 дастури (IBM корпорацияси томонидан ишлаб чиқилган) ёрдамида амалга оширилди.

Маълумотлар мутлақ қийматлар ва фоизлар билан тавсифланган, маълумотлар Pearson мезони ёрдамида таққосланди таклифлар 2, бу ҳар бир тоифага кирадиган натижаларнинг ҳақиқий сони ёки намунанинг сифат хусусиятлари ва агар нол гипотеза тўғри бўлса, ўрганилаётган гуруҳларда кутиш мумкин бўлган назарий сон ўртасидаги фарқларнинг аҳамиятини баҳолашга имкон беради.

$P - 1) p - 1)$ эркинлик даражалари сони учун $(p-1)$ критик қийматлар билан таққосланди. Агар мезоннинг олинган қиймати 2 критик қийматдан ошиб кетган бўлса, ўрганилаётган хавф омили ва натижа ўртасида тегишли аҳамиятга ега бўлган статистик боғлиқлик мавжуд деган

хулосага келишди. Тўрт майдонли жадвалнинг ҳар қандай катакчасида кутилаётган кузатувлар сони 5 дан кам бўлган ҳолларда, фарқларнинг аҳамиятини баҳолаш учун аниқ Fisher мезонидан фойдаланилди. Миқдорий кўрсаткичлар Shapiro-Уилк мезони (50 дан кам фанлар билан) ёки Kolmogorov-Smirnov мезони (50 дан ортиқ фанлар билан), шунингдек ассиметрия ва куртоз кўрсаткичлари ёрдамида normal тақсимотга мувофиқлиги учун баҳоланди.

III БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИ

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг оғиз бўшлиғи аъзоларининг ҳолати ва стоматологик касалликларнинг учраш даражасини аниқланганда касалликнинг келиб чиқиқида гелментлар, эндокрин тизими патологиялари, марказий асаб тизими патологик ўзгаришларида ташқари бошқа стоматологик касалликлар ҳам сабаб бўла олади.

Тунги бруксизмнинг неврологик сабабларидан ташқари, аномалиянинг ривожланишига олиб келадиган бошқа омиллар ҳам мавжуд. Масалан, стоматологик ўзгаришлар шулар жумласидандир:

- нотўғри прикус;
- тиш қаторларида тишларнинг нотўғри жойлашуви;
- адентиялар;
- тиш тож қисми морфологик шакл ўзгариши;
- баланд қўйилган пломбалар;
- жағ суяклари патологик ўзгаришлари;

Ушбу патологиялари нотекис чайнов юкига, жағ мушакларининг нотўғри ишлашига олиб келади. Тиш – жағ тизимнинг ҳаддан ташқари кучланиши кун давомида ҳаддан ташқари кучланиш уйқу пайтида тишларнинг ғижирлашига олиб келади.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни асосий текширув усуллари

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг асосий текширув усуллари объектив ва субъектив текширувлардан ўтказилганда тиш –жағ тизимида турли ўзгаришлар аниқланди. Субъектив ва объектив текширув жараёнида беморларнинг энг зарурий маълумотлар ва симптомларни

аниқлаш имконини берди, ва улар асосида унда касаллик ва унинг хусусиятлари таққосланди.



**19 – расм. Тунги бруксизм билан касалланган беморларни
стоматологик текширув усуллари**

Маълумки, тиш-жағ тизими турли аъзоларининг асосланиш ва шаклланиши бир вақтда бўлмайди. Шу сабаб, беморларнинг текширишда бола организми ривожланишининг у ёки бу даврига таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқланди. Анамнестик маълумотларни етарлича баҳоламаслик, тизимсиз, эътиборсиз кўрик оқибатида ташхисдаги хаторликларга олиб келиши мумкинлиги ҳам инобатга олинди.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг текширишнинг куйидаги алгоритми асосида олиб борилди.

1. Беморнинг ҳолатни ўрганиш учун креслога қулай ўтказилди. Бирламчи стоматологик текширув анжомларидан фойдаланилди.



20 – расм. Беморларнинг бирламчи стоматологик текширув усуллари

2. Тадқиқотда қатнашаётган беморларнинг текширув харитасининг шахсий маълумотлари қисмини тўлдирилди.

Одонтопародонтограмма

Дата _____ Фамилия, имя, отч. _____
 № ж/б _____ Подпись врача _____

ПАРОДОНТОГРАММА

		(11,5)				(7,5)				(11,5)							
Степень гипертонии	Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	3/4—2,75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,75	0,3	0,3	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
	1/2—0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,6	0,6	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
	1/4—0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,9	0,9	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
	И	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,25	1,25	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
		(11,5)				(7,5)				(11,5)				30,5			
Степень атеросклероза	И	2,0	3,0	3,0	1,75	1,75	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,5	1,75	1,75	3,0	3,0	2,0
	1/4—0,25%	1,5	2,25	2,25	1,3	1,3	1,1	0,75	0,75	0,75	0,75	1,1	1,3	1,3	2,25	2,25	1,5
	1/2—0,5%	1,0	1,5	1,5	0,9	0,9	0,75	0,5	0,5	0,5	0,5	0,75	0,9	0,9	1,5	1,5	1,0
	3/4—0,75%	0,5	0,75	0,75	0,45	0,45	0,4	0,25	0,25	0,25	0,25	0,4	0,45	0,45	0,75	0,75	0,5
	Более 3/4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		(11,5)				(7,5)				(11,5)				30,0			

Замечание: _____

Пациент (лет): 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

21 – расм. Беморлар пародонт тўқимасидаги босимни аниқлаш усуллари

3. Шикоятларни билиб олиш. Одатда шикоятлар боланинг ота онаси томонидан берилади. Улар бўйича нотўғри шаклланган тишлов, хунук ёриб чиққан тишлар, ёриб чиқиши кечга қолиши ва айрим ҳолларда, ота оналарни олд тишлардаги аҳамиятсиз ўзгаришлар хавотирга солади (мисол учун, кичик диастема, тиш айланиб қолгани), бунда нотўғри тишлов, ва бошқа каттароқ ўзгаришлар аҳамиятсиз қолиб кетганлиги ҳам ҳисобга олинди.
4. Касаллик анамнезини тўплаш. Субъектив текширувнинг мазкур босқичида ота-оналардан боланинг тунда қайси вақтлар оралиғида

тишларининг ғижирлатиши ва ушбу ҳолати қанча вақт оралиғида давом этиш аниқланди.

5. Ҳаёт анамнезини тўплаш. Бу босқичда қуйидаги ҳолатларни аниқлаб олинди: онанинг ҳомиладорлик вақтида саломатлиги ҳолати, туғруқ кечиши, гўдакнинг туғруқдан кейинги ривожланиши. Онанинг ҳомиладорлик вақтидаги ҳолатини аниқлаш баробарида бола нечанчи ҳомиладорликдан туғилганини аниқлаш зарур. Агар ҳомиладорлик биринчиси бўлмаса, аввалгилари қандай якунланганини билиш зарур. Аёл ҳомиладорликнинг биринчи ва иккинчи ярмида қандай касалликларни бошдан кечиргани, токсикоз ва нохуш таъсиргасабаб бўладиган ёмон одатлар бўлганини аниқланди. Агар омиллар таъсири тиш-жағ тизими ривожланаётган даврга (эмбрион даври 3-6 ҳафтаси) мос келаётган бўлса, у ҳолда ривожланишда нуқсонлари ҳам инобатга олинди.

6. Беморнинг умумий ҳолатини текшириш. Умумий кўрик боланинг жисмоний ривожланиши, ёшига муносиблиги, бўй-бастини баҳолашдан иборат бўлади (бунинг учун болага хона бўйлаб юриш тавсия этилади). Гавданинг бузилиши қуйидаги аломатлардан сезилади: букчайиш, елка ва куракларнинг ҳар хил нисбатда жойлашиши, ўта текис бел, умуртқа поғонаси ҳаддан ортиқ қайилагнлиги, бошнинг энкайиб турши ва ҳ. Гавданинг бузилиши, одатда, мустақил яхши бўлиб кетмайди, шу сабабли болалар жисмоний тарбия диспансерига юборилиши тавсияси берилди. Бартараф этилмаган нуқсонлар ортодонтик даволашнинг самарасига тўсқинлик қилади, негаки бўйин ва юз-жағ соҳаси мушакларининг функцияларини бузади, Бош ҳолатини ўзгартиради, тиш-жағ тизимининг асосий функциялари бузилиши ҳам кузатилди.

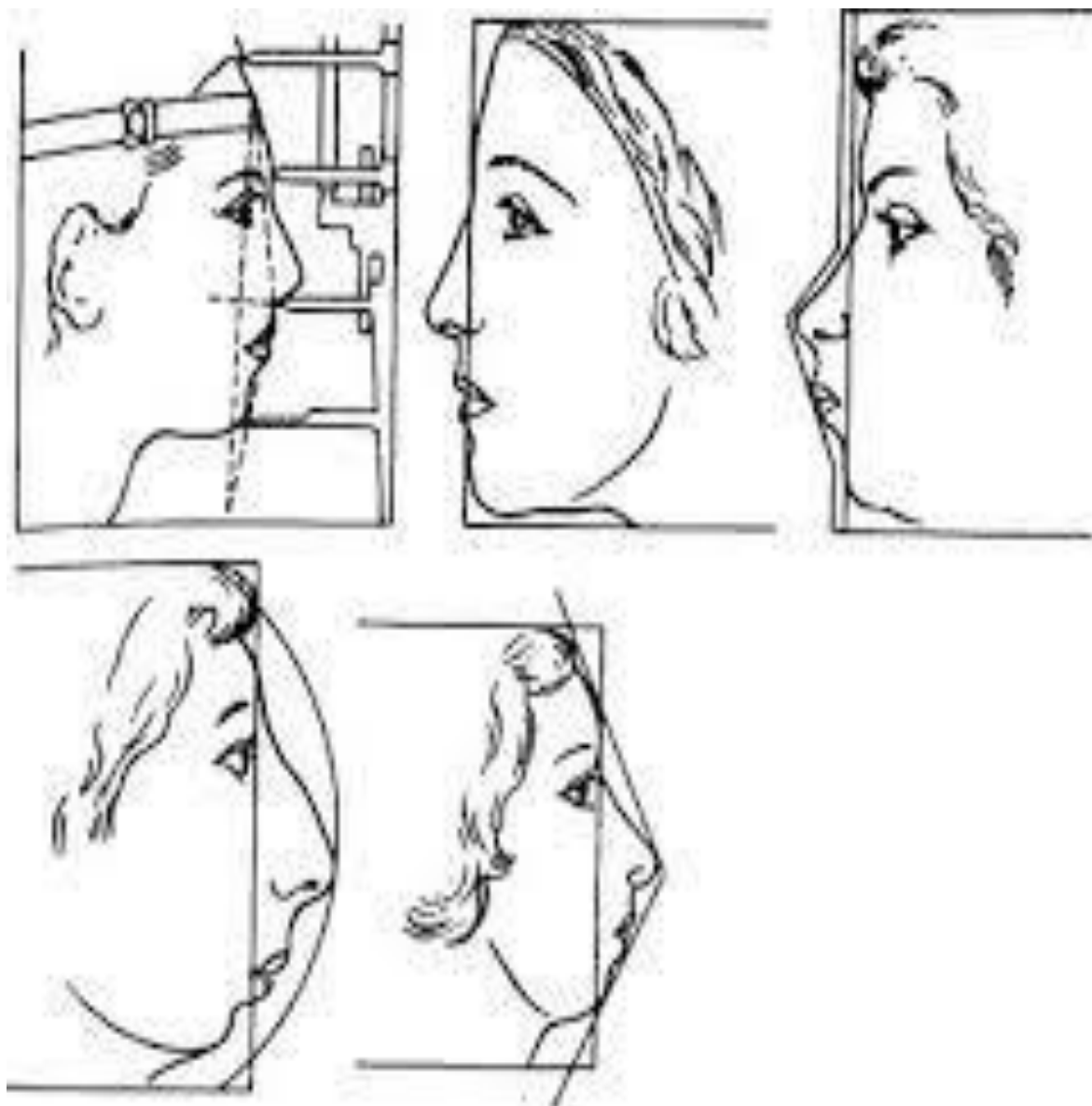
7. Беморнинг рухий ҳолатига эътибор қилиш зарур. У кўп ҳолда эстетик бузилишлар, тишлардаги едирилишлар, юз –жағ деформациялар ва тунда уйқусининг яхши бўлмаслиги ҳамда тез – тез асабийланишидан шикоят қилди.
8. Бемор юзини кўриб чиқиш. Текширишнинг ушбу босқичида мақсад – нуқсонларга асосланган бемор ташқи қиёфаси хусусиятларини аниқлашдан иборат. Юзни олд томондан ва ён томондан кўриб чиқилади. Олд томондан кўришда юзнинг юқори, ўрта ва пастки учдан бир қисми, уларнинг ўзаро нисбати, бурун-лаб, лаб-ияк тарновчалари, иякнинг бўртиб чиқиши аниқлаб олинади. Юзнинг шакли ўрганиб чиқилади (кенг, тор, ўрта) Изар индекси асосида олиб борилди.



22 – расм. Беморларнинг объектив текширув усуллари

9. Бунинг учун юзнинг узунлигини юз ўрта чизиғидан қошлар устки ёйларига тегадиган кесишмада жойлашган офрион нуқтасидан ўрта чизик бўйича ияк остида жойлашган гнатион нуқтасигача ўлчанди.

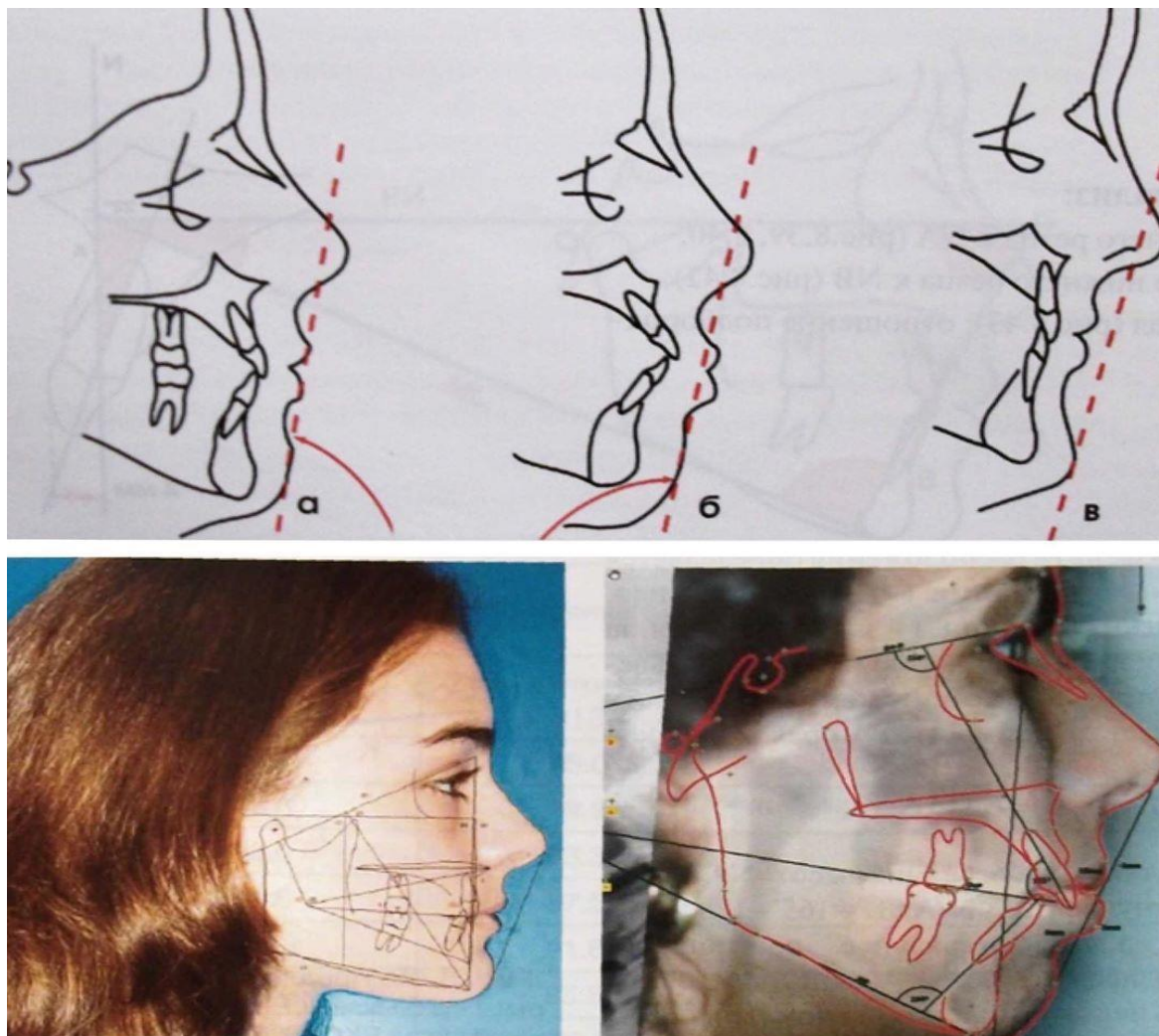
Сўнг яноқ ёйлари соҳасида бўртиб чиққан жойидан юз кенглиги ўлчанди. Юз узунлиги бўйича олинган кўрсаткичлар кенгликка бўлинади ва 100 га кўпайтирилади. 104 ва ундан юқори катталиклар тор юзни акс эттиради, 97-103 ўрта, 96 ва ундан кенг – кенг юзлари аниқланди.



23 – расм. Юз профилини аниқлаш усуллари

10.Юз профилини текширишда унинг тури (бўртган, тўғри ва ичкарига ботган) аниқлаб олинади. Юзнинг бўртган шакли дистал окклюзия,

тиш-альвеоляр протрузия ва бошқа нуқсонларда кузатилади. Пастки жағнинг биров ривожланмай қолишида (микрогения) ияк биров орқага силжиган бўлади, бу ҳолат профилнинг кескин бўртиб чиқиши олиб келади ва “куш кўриниш”га ўхшатилади. Ичкарига ботган юз профили мезиал окклюдияси бўлган беморларга хос бўлди. Лаб-ияк ости эгати, лабларнинг нисбати ва уларнинг ёпилишига эътибор қаратилди.



24 – расм. Юз профили нуқталари

11.Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг ортопед стоматолог томонидан объектив текширилишининг муҳим жиҳати

чакка пастки-жағ бۆғимларининг (ЧПЖБ) ҳолатини баҳолашдан иборат, чунки уларнинг функциялари окклюзия нуқсонлари мавжудлиги, ҳамда ўтказиладиган ортодонтик даволаш билан чамбарчас боғлиқлиги инобатга олинди. ЧПЖБ соҳасида тўқималарнинг шишганлиги ва гиперемияси – камдан кам учрайдиган симптом, у ўткир артритга ҳам аниқланди. Бўғим соҳаси тўқималарини пайпаслашда оғриқ – бу ҳолат артритда ва камроқ иккиламчи синовит бўлганда, артрозда кузатилди. Чайнаш мушакларининг мотор нуқталари пайпасланганда оғриқ бўғимнинг оғриқли дисфункциясида кузатилади ва артрит, артрозга хос бўлмаган белгилар аниқланди.

12. Асосий функцияларнинг ҳолатини баҳолаш. Нафас олиш турини аниқлаб олиш учун титилган пахта бўлаги олинди ва ҳар бир бурун катагига навбатма навбат олиб борилди, бир вақтнинг ўзида нариги бурун катаги бармоқ билан беркитилди: туклар тебранишига қараб, бурун йўллариининг ўтувчанлиги ҳақида тасаввурга эга бўлиш мумкин. Бир қултум сув билан ҳам синов ўтказиш мумкин: беморга оғзига кичик миқдордаги сув олиш ва имкон қадар узоқ ушлаб туриш тавсия этилди.

13. Оғиз олди юмшоқ тўқималари ҳолатини баҳолаш. Обьектив текширувнинг ушбу босқичида оғиз олдининг шиллиқ қавати, унинг чуқурлиги, лаблар тортқичлари ҳолатини ўрганилди. Оғиз олди чуқурлиги махсус ускуна билан пастки лаб тортқичнинг ён томонидан ўлчанди. Меъёردа чуқурлик 6-10 мм атрофида бўлади. 5 мм дан кичик бўлган оғиз олди чуқурлиги кичкина ҳисобланади. Бундай оғиз олди кўпинча чуқур тишловли болаларда кузатилди. Кичик оғиз олди пародонт тўқималари патологиялари

ривожланишига олиб келади – гингивит, милк рецессияси, пародонтит. Бу ҳолатларда оғиз олди тўқималарининг жарроҳлик йўли билан тўғрилаш тавсия қилинди.

14. Оғиз бўшлиғини кўриб чиқиш, шиллик қават, тил, бодомсимон безлар ва ҳалқум ҳолатига баҳо берилди. Оғиз бўшлиғи кўриб чиқилганда лунж, оғиз бўшлиғи туби, танглай, тил соҳасидаги шиллик қават яхшилаб ўрганилди. Тилнинг ёнбош юзаларида тиш излари бўлиши макроглоссия ва унинг функциялари ортишига ишора қилади. Тилнинг ҳаракатчанлиги кўпинча тортқичнинг ҳолатига боғлиқ бўлади. Меъёردа тил тортқичи юпқа ярим шаффоф қатламдан иборат бўлиб, у тилнинг ҳаракатларини чеклаб қўймаслиги аниқланди. Текширувнинг мазкур босқичи ҳалқумнинг орқа деворини кўриш билан тугалланди. Шиллик қаватнинг гиперемияси, лимфаденоид тўқима гипертрофияси ва йирингли ажратмалар – бурун-ҳалқумда ва ҳалқумда яллиғланиш жараёнлари ҳам ҳисобга олинди. Тиш қаторларини кўриб чиқиш. Тиш қаторлари патологик едилиши ва едирилиш натижасида тишларга тушадиган босимнинг ортиши аниқланди.

15. Тишлов турини аниқлаш (тиш қаторлари ёпилиши тури). Болани объектив текширишнинг энг маъсулиятли босқичи бўлиб ҳисобланади.

- курак тишларининг сагиттал текисликдаги нисбатини баҳолаш;
- курак тишларининг трансверсал текисликдаги нисбатини баҳолаш;
- курак тишларининг тик текисликдаги нисбатини баҳолаш;
- ёнбош тишларнинг сагиттал текисликдаги нисбатини баҳолаш;

- ёнбош тишларнинг трансверсал текисликдаги нисбатини баҳолаш;
- ёнбош тишларнинг тик текисликда нисбатини баҳолаш.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг тиш – жағ тизими ўзгаришлари

Тунги бруксизмнинг умумий ва маҳаллий патологик шароитлар билан алоқаси уйку пайтида чайнов мушакларининг ҳолати ва улардаги патологик ўзгаришлар натижасида тиш қаторлари нуқсонларининг келиб чиқишига сабаб бўлади. Тунги бруксизм билан касалланган текширилаётган гуруҳ беморларда қуйидаги клиник белгилар кузатилди. Тадқиқотда чайнов мушакларининг парафункциялари аломатлари бўлган 75 нафар 12 – 18 ёшгача бўлган бемор иштирок этди, улар чакк пастки жағ бўғими мушак-скелет тизимининг дисфункцияси билан мураккаблашган тиш -жағ тизимнинг аномалиялари, юқори даражадаги хавотирланиш ва неврологик касалликларга чалинган беморлар, шунингдек, марказий асаб тизими касалликлари билан оғриган беморларда текширув олиб борилди. Беморлар учта алоҳида гуруҳга бўлинган.



25 – расм. Жағлардаги ўзгаришлар

Барча беморларга оғиз бўшлиғи аъзолари ва тиш –жағ тизимини текширувда, беморларнинг неврологик ва стоматологик ҳолати ҳам баҳоланди, беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш турли хил сўровномалар олиб борилди. Тунги бруксизм патологиясининг марказий нерв системаси касалликларига юқори боғлиқлигини кўрсатадиган ва марказий нерв системаси патологиясининг устувор ролини ҳамда бруксизм ривожланишида оғиз бўшлиғи омилларининг иккиламчи ролини кўрсатадиган стоматологик текширув кўрсаткичлари натижалари ҳисоб олинди. Тунги бруксизм патогенезининг етакчи омилларидан бири сифатида уйқу бузилиши ҳам етакчи этиологик факторлардан бири бўлди. Тунги бруксизм билан оғриган беморларда электроэнцефалография параметрлари аниқланди. Текширилаётган гуруҳ беморларида тунги бруксизмнинг гипоталамус гипофиз тизимининг ишига ва миyanинг ретикуляр шаклланишига юқори боғлиқлиги тадқиқот натижаларига аниқланди.

Илмий адабиёт маълумотлари шуни кўрсатадики, тунги бруксизм муаммоси ҳозирда жуда долзарб (Трошин В. Д. 2017, Броккар В. 2010) муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Тишларни тунда ғижирлатиш ёки уларнинг кундузги сиқилиши билан намоён бўладиган бруксизм-бу чайнов мушакларининг назоратсиз қисқариши ёки спазмига асосланган тиш – жағ тизими соҳасининг нерв-мушак аппаратининг жуда жиддий ва кенг тарқалган касаллиги сифатида қаралмоқда. Ҳозирги вақтда беморларда уйқу пайтида (эпилепсия, арнеа, бруксизм ва бошқалар) юзага келадиган патологик ҳолатларни ташхислаш даволашни ишлаб чиқилган усуллар такомиллаштирилган. Шуни таъкидлаш керакки, тунги бруксизмни ташхислаш усулларида бири полисомнография усули бўлиб, унинг ёрдамида бир қатор тадқиқотчилар уйқу пайтида чайнов мушакларининг ҳолати ҳақида маълумот олишга муваффақ бўлишди (Василева Е. С.,

Логацкая А. Н. 2015), аммо бугунги кунга қадар бруксизмнинг этиологияси ва патогенетик алоқаси тиш –жағ тизими ва марказий асаб тизимларининг ҳолати билан боғлиқлиги касалликнинг патогинезида етакчи роль ўйнайди.

Тадқиқотда тунги бруксизм симптомлари бўлган 75 нафар беморлар уч гуруҳга бўлинган чайнов мушакларининг парафункциялари:

1 – гуруҳ- тиш –жағ тизими ва мушак-скелет тизимининг дисфункцияси билан мураккаблашган юз –жағ соҳаси аномалиялари бўлган 12 -14 ёшли 24 нафар беморлар.

2-гуруҳ-юқори даражадаги ташвиш, стресс ва неврологик касалликларга чалинган 14-16 ёшли 32 нафар беморлар.

3-гуруҳ- марказий асаб тизими патологиялари билан оғриган 16 -18 ёшли 19 нафар бемор (дисциркуляцион энцефалопатия, қўшимча пирамидал касалликлар, мия жароҳатлари билан бирга).

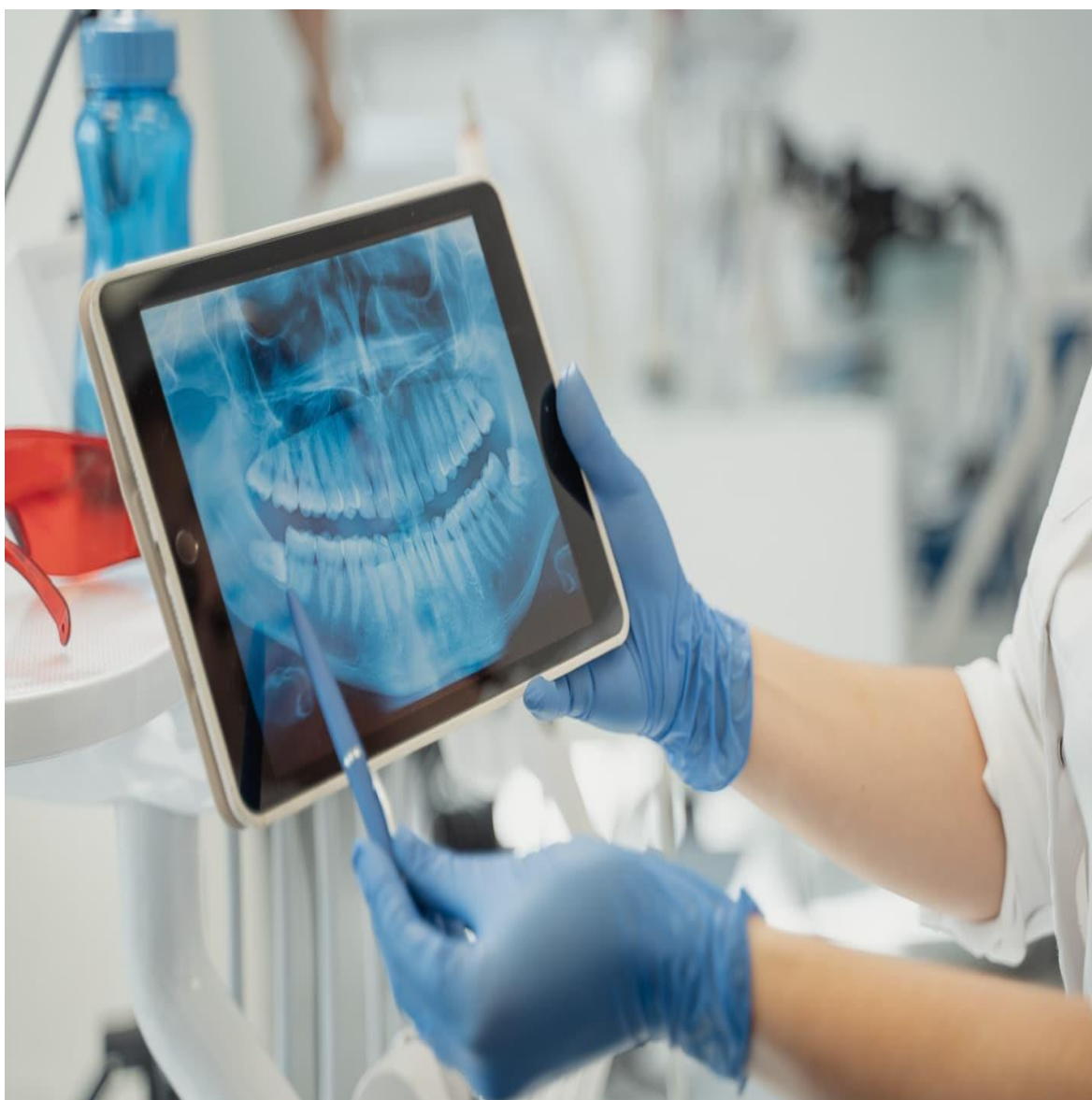
Ташхис беморни объектив текшириш, индивидуал жадвал асосида амалга оширилди, унда бемор бруксизм хуружлари вақтини кўрсатди, унинг оғриғини 10 балли шкала бўйича баҳолади, стоматологик касалликлар шикоятларини санаб ўтди ва сифатини акс эттирувчи саволларга жавоб берди. Белгиланган вазифалар муносабати билан 2 ва 3 гуруҳлар а ва б кичик гуруҳларга бўлинди. А кичик гуруҳларида тишлари қисман йўқотилмаган беморлар ажратилди. Б кичик гуруҳларига тишларнинг қисман йўқолиши аниқ клиникаси бўлган беморлар киритилган беморларда тиш – жағ тизими касалликлари, тишларнинг деформациялари, тишларнинг ишқаланиши, пародонт касалликлар 3 гуруҳ беморларда кўрпроқ кузатилди. Барча беморларга неврологик ва стоматологик ҳолати баҳоланди, беморларнинг ҳаёт сифатини ўрганиш сўровномаси ёрдамида амалга оширилди. Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш. Беморларнинг биринчи гуруҳида тадқиқот натижаларини баҳолаш. Биринчи гуруҳ беморларида стоматологик

ва неврологик саломатлик бўлимларида ҳаёт сифатини ўрганиш яхши деб топилди (ҳаёт сифатини ўрганиш натижаларига кўра). Намилтон ташвиш индекси (1959) кўра, 7 беморда ташвиш аломати бор эди; 33 беморда ташвиш йўқлиги тадқиқот натижаларига кўра аниқланди. Текширув олиб борилаётган беморларнинг чайнов мушакларининг парафункционал фаоллиги борлигидан хабардор эканлиги аниқланди. Беморларнинг биринчи гуруҳида Энгль окклюдиясининг 2 ва 3-синфлари аниқланди. 1 гуруҳ беморалар субъектларининг 1% да чакка пастки жағ бўғимининг мушак-скелет дисфункцияси аниқланди.



26 - расм. Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг рентгенологик текширув усуллари

Рентген ва клиник тадқиқотлар натижаларига кўра пародонт касалликларининг енгил даражаси кузатилди. Олинган натижаларни муҳокама қилинганда. Полисомнография натижалари бруксизм патологиясининг марказий асаб тизими касалликларига юқори боғлиқлигини кўрсатди. Олинган маълумотлар марказий асаб тизими патологиясининг устувор ролини ва бруксизм ривожланишида оғиз бўшлиғи омилларининг иккиламчи ролини кўрсатади.



27 – расм. Рентгенологик текширув таҳлиллари

Текширув натижаларига кўра тунги бруксизмнинг ривожланишида гипоталамус тизимининг ҳолатига боғлиқлигини кўрсатди ва бруксизмнинг эпилептик касалликлар билан боғлиқлиги аниқланди. Оғир бруксизмда мианинг биоэлектрик фаоллиги эпилепсияда мианинг биоэлектрик фаоллигининг бир хил қийматларига тўғри келади. Клиник тадқиқотлар натижалари 6 гуруҳининг 2 ва 3 гуруҳлари беморларида мушак-скелет тизимининг дисфункцияси ва бруксизм ўртасидаги муносабатни, шунингдек 2 ва 3 гуруҳлари, а кичик гуруҳидаги беморларда бруксизм ва чакка пастки жағ бўғими патологияси ўртасидаги боғлиқлиги ҳам ўрганилди.



28 – расм. Рентгенологик текширувдаги патологик ўчоқлар

Тунги бруксизм патогенезининг етакчи омилларидан бири сифатида уйку бузилиши ҳам инobatга олинди. Тунги бруксизм билан oғриган беморларда электроэнцефалография параметрлари аниқланди, бунда чайнов мушакларининг қисқариш амплитудаси юқори қийматларга етади (мушакларнинг қисқариши амплитудаси 250 МВ гача бўлган делта ритмининг мавжудлиги). Олинган маълумотлар бруксизмнинг гипоталамус-гипофиз тизимининг ишига ва миyanинг ретикуляр шаклланишига юқори боғлиқлиги борлигига, бу эса ўз навбатида бруксизм муаммосини ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш имконини берди.

IV БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИК АЛГОРТМИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШ.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг текширув таҳлил натижаларига кўра текширув гуруҳидаги беморларни комплекс даволашни мақсадга мувофиқ деб топдик. Тунги бруксизм билан оғриган беморларни даволашда махсус окклюзион қурилмалар самарали қўлланилди. Шунингдек, индивидуал акрил каппаларни қўллашда қуйидаги кўрсатмалар асосида мос тушиши лозим:

1. Индивидуал акрил каппа оғиз бўшлиғида аллергик хусусиятларларни келтириб чиқармаслиги лозим;
2. Шиллиқ қават ва пародонт тўқималарига зарарли таъсир кўрсатмаслиги;
3. Даволанаётган беморларда бошқа турдаги тиш қаторлари нуқсонларини келтириб чиқармаслиги лозим;
4. Индивидуал акрил каппа қўллаш қулай ва осон бўлиши лозим;

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган индивидуал акрил каппа статик ва функционал окклюзион мослама бўлиб, мавжуд патологик нерв-мушак бирикмалари, эрта контактларнинг таъсири, мушаклар фаоллигининг пасайишига олиб келади. Симптоматик даволаш сифатида ушбу енгиллаштирувчи шиналардан фойдаланиш яхши натижалар беради. Ушбу каппани тунда тақилганда, мушакларнинг бўшашиши таъсири икки ҳафта ичида кучаяди ва бир ҳафта фойдаланишдан кейин бруксизм белгилари камаяди, чайнов мушакларида оғриқ ва кучланиш камаяди. Улар мушакларнинг биоэлектрик фаоллигини камайтиришга ёрдам беради, чайнов мушакларининг электромиограммаларини таҳлил қилганда, физиологик дам олиш ҳолатида ва марказий окклюзияда ҳолатини тиклашга эришилди.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг даволаш услуглари

Тунги бруксиз билан касалланган беморларни даволашда илмий изланиларимиз давомида индивидуал акрил каппа билан даволашни ўз олдимизга мақсад қилиб олдик.

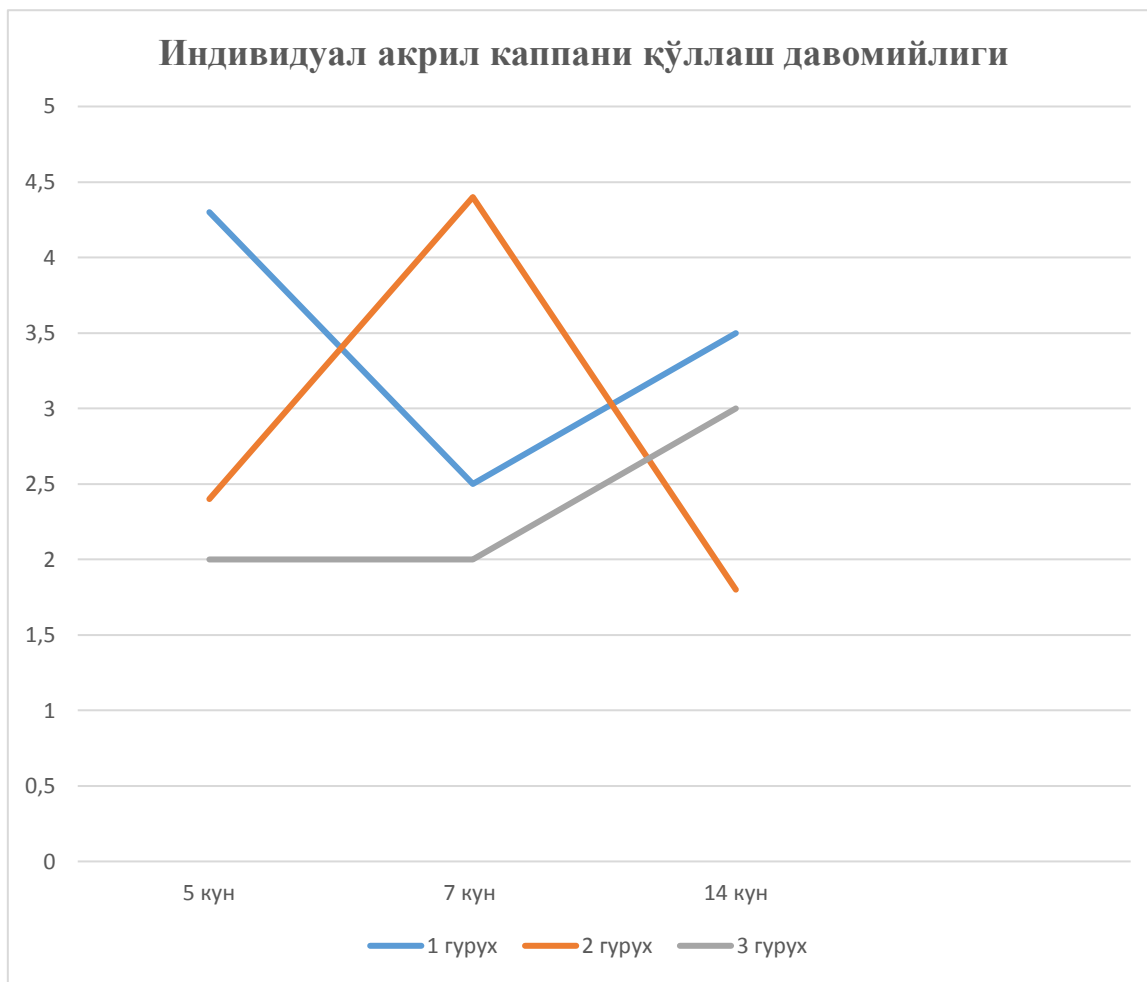
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни даволашда индивидуал акрил каппалар қуйидаги функцияларни бажаради:

- патологик едирилишларни олдини олади,
- тиш қаттиқ тўқимасини тож баландлигини сақлайди;
- эмални ҳимоя қилади;
- спазмлар пайтида чакка пастки бўғимдаги юкни камайтиради;
- деформациядан ҳимоя қилади;
- тиш қаторлари нуқсонлари камайтирилади;

Шунингдек, индивидуал акрил каппа мушак оғриғини камайтиради бу спазмни бартараф этади ва бундан ташқари тиш тож қисмини едирилишини, протезларни синишдан ҳимоя қилади, уйқуни нормаллаштиради. Юқори ёки пастки тишларга тишларни ғижирлатиш белгилари камайтиришига эришилади.



29 - расм. Индивидуал акрил каппаларни тайёрлаш жараёни



30 – расм. Даволанаётган беморларда индивидуал акрил каппани қўллаш самарадорлиги

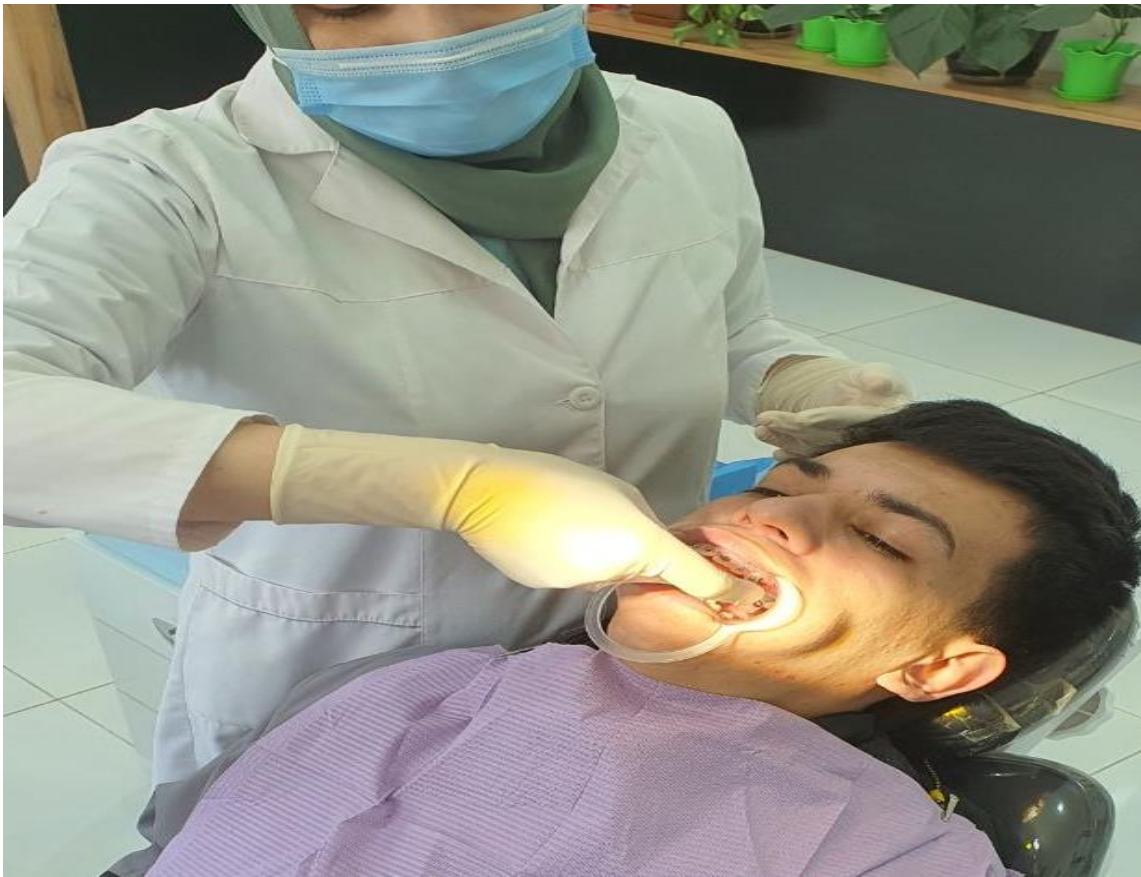
Улар одатда шаффоф ва икки қатламдан иборат: ички юмшоқ акрил тишларни ушлаб туради, ноқулайликни камайтиради, қаттиқроқ юқори қисми силлиқлашни олдини олади. Тунги бруксизмни даволаш учун каппа турлари бруксизм учун индивидуал акрил каппаси тунда қўлланилади. Тунги бруксизмни даволашда индивидуал акрил каппа юпка биопластикадан ясалган, улар тишларга маҳкам ўрнашади, овқатланиш ва гапиришга халақит бермайди. Бруксизмдан тунги каппалар беморнинг жағларидан олинган таассуротдан келиб чиққан ҳолда, улар уйқу пайтида тасодифий силжишни йўқ қиладиган тишининг

шаклини аниқ такрорлайди. Клиник кўринишга кўра, тузилмалар бир ёки иккала жағ қўйилди. Илмий тадқиқот ишимизда қатнашаётган беморларни даволаш босқичлари қуйидагича олиб борилди.

1. Тунги бруксиз билан касалланган беморлар ташҳисниб, даволашнинг биринчи босқичи юқори жағдан қолип олиш жараёни.



31 – расм. Беморлардан қолип олиш жараёни клиник мисол.



32 – расм. Даволанаётган беморларнинг пастки жағидан қолип олиш жараёни.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг даволашда қўлланиладиган индивидуал акрил каппаларнинг тайёрланишининг клиник – лаборатор босқичи қуйидагилардан иборат. Даволанаётган беморларда гурух беморларда тунги бруксизм ташҳисини қўйилгандан сўнг беморлардан қолип олиниб, кейинги босқич лаборатор босқичга ўтилди.



33 – расм. Тайёр моделни Биостар мосламасига жойлаштириш



34 – расм. Тайёр моделни Биостар мосламала кўйилиб, тайёрланиш жараёни.



35 – расм. Каппа тайёрланиш босқичи

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни давланда қўлланиладиган индивидуал акрил каппа тайёрлаш тўрт босқичдан иборат бўлиб, клиник лабаратор шароит Биостар аппарати орқали тайёрланди. Акрилдан тайёрланадиган ушбу каппа касаллик тури, даражаси, тиш қаторларининг нуқсони ва тиш патологик едирилиши инобатга олиниб, тайёрланиш босқичлари кетма – кетлигида олиб борилди. Тунги бруксизм билан касалланган беморларни индивидуал акрил каппа билан даволаш натижаларига кўра қўлланиладиган мосламалар чайнов мушакларининг ишига ва фаолиятига зарарли таъсир кўрсатмайди. Шундай қилиб, тунги бруксизмининг марказий окклюзия модели юқори жағига ва бир кеча-кундуз кейин пастки жағига тақиши тавсия этилади. Индивидуал акрил каппа абразив қирраларнинг майдони

алоҳида-алоҳида, тишларнинг латерал ва олдинги гуруҳлари, бутун тишлар учун ҳисоблаб чиқилган ва медиотрузив контактларнинг майдони ҳосил қилиш имконига эга. Биринчи окклюзион расмларда олдинги тишлардаги қўшимча майдонлари билан акрил каппа асоси тўғри бириктирилди. Иккинчи расм моделни яхшироқ кўриш ва олд томонда моляр тишлар ва премоляр тишларнинг танглай чўққиларида, чап томонда эса моляр тишларнинг ва премоляр тишларнинг қирраларини яхшироқ кўриш ва ҳисоблаш учун 45 даража чапга эгилган томонлари ва уларнинг прикус баландлигини ўзгартирмаслиги аниқланди. Учинчи расм модел 45 градус эгилган ҳолда олинган, бу эса чап томонда моляр тишлар ва олд моляр тишларнинг танглай чўққиларида, олд томонда эса катта тишлар ва олд моляр тишларда олд қирраларини едирилиш сақлаб қолиш имконини берди.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда индивидуал акрил каппа қўлланилганда даволашдан кейинги ҳолатда чайнов мушакларидаги электрофизиологик жараёнларни тиклаш ва бруксизмнинг биомаркерларини аниқлаш учун чайнов мушакларининг сирт электромиографик текширувлар ўтказилди. Даволанаётган беморларда чакка пастки жағ бўғимининг артикуляр бошни силжитиш орқали мушакларнинг спазмини камайтиришга эришилди.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг индивидуал акрил каппа билан даволанганда 12 -18 ёшгача бўлган 75 нафар даволангандан сўнг беморлар ўртасида ўтказилган сўров натижасида 82,4 % беморларда бруксизм клиник белгилари ота –оналари ва яқин қариндошларининг айтишларича камайиши, 17,6 % беморлар тунги бруксизмнинг клиник белгилари у ёки бу сабабларига кўра сақланиб, қолганлиги аниқланди. Текширилаётган беморлар гуруҳида тунги бруксизм клиник шаклларига

кўра тишларининг едирилиш даражасининг енгил, ўрта, оғир даражалари тафовут этилди. Текширилаётган гуруҳ беморларининг 5 % да тунги бруксизмнинг енгил даражаси, 76 % да тунги бруксизмнинг ўрта даражаси 19 % тунги бруксизмнинг оғир даражалари учраши аниқланди. Индивидуал акрил каппа билан даволанганда тунги бруксизмнинг оғир даражалари ўрта даражага ва ўрта даражалари енгил даражага ўзгаришлар даволаш таҳлиллари натижаларига кўра кузатилди. Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг 1 ва 2 гуруҳида бруксизмнинг пайдо бўлишида руҳий эмоционал зўриқишлар орқали юзага келиши ва уларнинг комплекс даволашда тинчлантирувчи ва седатив воситалар билан даволаш усуллари амалга оширилди. Бироқ, беморларнинг қолган ярмига қадар патологиянинг сабабини кўрсатиш қийин бўлган, бу ёшларда бруксизмнинг яширин табиатини кўрсатади. Сўров натижаларига кўра, беморлар ҳам стресс остида, мактабда, ишда ва уйда тез-тез стрессли вазиятлар 3 гуруҳ беморларни касаллик сабаблари билан боғланди.

5 -жадвал

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда комплекс даволаш чора -тадбирлари

Гуруҳлар	Ортопедик мослама	Ноотроп воситалар	Седатив воситалар
I	Индивидуал акрил каппа	Перацитам 400 мг	Седавит
II	Индивидуал акрил каппа	Пантогам 300 мг	Натрий бромид
III	Индивидуал акрил каппа	Тиоцетам 250 мг	Натрий бромид

Изоҳ: *Комплекс даволаш самарадорлиги даволашнинг 5 кундан сўнг самарали натижага эришилди.*

Тунги бруксизни даволашда қўлланиладиган индивидуал акрил каппалар бошқа ортопедик муолажала учун ҳам қўлланилади.

тишлар гавжум бўлганда;

нотўғри окклюзия ҳолатида;

тиш бўшлиғида бўшлиқлар (диастемалар ва учта) мавжуд бўлганда;

бир ёки бир нечта тишларнинг ҳолати бузилган тақдирда.

Индивидуал акрил каппалар кўпинча болаликда қўлланилади:

енгил малоклузия билан;

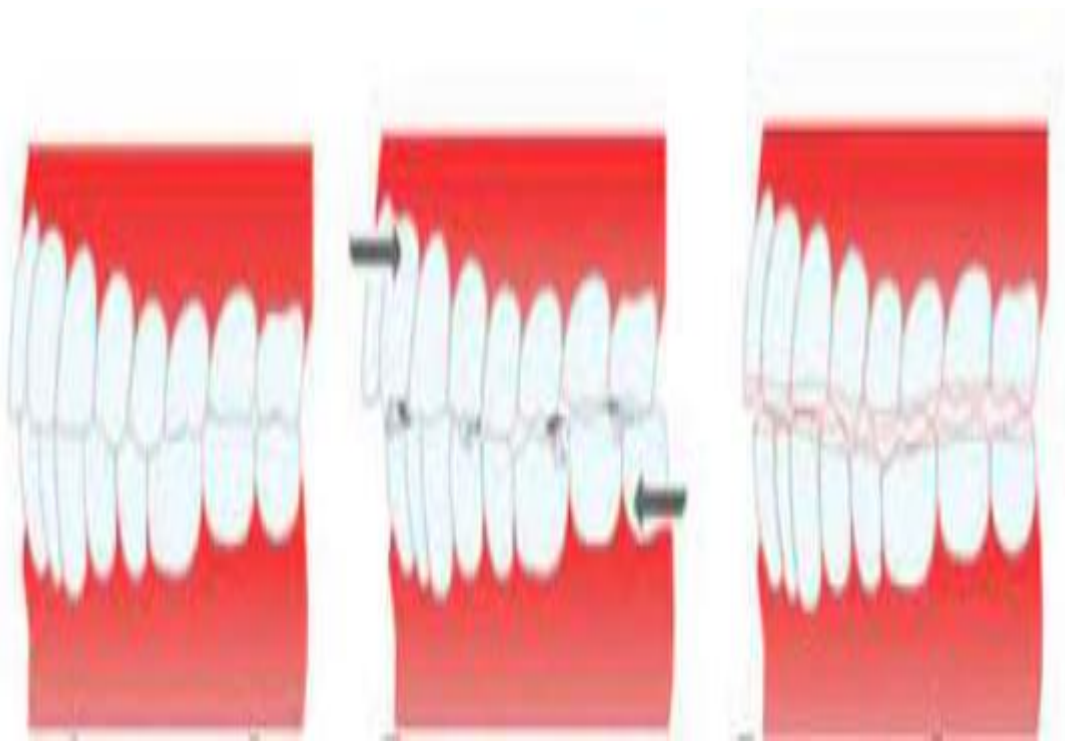
агар сизда ёмон одатлар бўлса;

юз мушакларининг гипертониклиги билан;

тил функциясини ошириш билан;

Сақлаш қопқоқлари ортодонтик даволанишни барқарорлаштириш учун ишлатилади. Улар бир неча йил ёки доимий умр бўйи фойдаланиш учун ҳам тавсия этилади. Улар юз-юз минтақасида шикастланиш хавфи юқори бўлган спортчилар учун ишлаб чиқарилади (масалан, жанг санъати).

Реотерапия учун каппа тиш эмалининг юқори сезувчанлиги, кўп кариес учун, доғ босқичида кариес мавжуд бўлганда, эрозия, гиперестезияни камайтириш учун ўсиқсимон шаклидаги нуқсонлар учун ҳам тавсия этилади.



Тунги бруксизм билан касалланган беморларни комплекс даволашда касаллик клиник белгилар эътиборга олиниб, ҳамда касалликни келтириб чиқарувчи этиологик факторлар аниқланиб, даволаш усуллари амалга оширилди. Даволанаётган беморларнинг ортопедик мослама индивидуал акрил каппа ёрдамида давлалшдан ташқари ноотроп ва седатив воситалар ҳам тавсия этилди. Ушбу воситаларнинг қўллашда ноотроплар тунги бруксизм билан касалланган беморларда миёда қон айланиши ва озиқланиши яхшилаб, тунги стрессни йўқотади. Бундан ташқари ноотроплар ақлий фаолиятни рағбатлантириш, когнитив функцияларни фаоллаштириш, хотирани яхшилаш ва ўрганиш қобилиятини оширишга кодир дорилардир.



36 – расм. Индивидуал каппалар

Ноотроплар миянинг ҳаддан ташқари жисмоний машқлар ёки гипоксия каби турли хил зарарли таъсирларга чидамлилигини ошириш хусусиятларига эга. Ноотроп дориларнинг асосий таъсир механизмлари асаб ҳужайраларидаги метаболик ва биоэнергетик жараёнларга таъсир қилиш ва миянинг нейротрансмиттер тизимлари билан ўзаро таъсири ҳисобланади. Ноотроплар аденилат циклазасини фаоллаштириши ва унинг нейрондаги контсентрациясини ошириши исботланган. Сенсор нейрон ичидаги кАМП нинг чиқарилиши орқали серотониннинг кўпайиши (ҳозирги кунгача кам ўрганилган ҳужайра ичидаги реакциялар) медиаторнинг (глутамат) сезгир нейрондан тезлашишига олиб келади. Бундан ташқари, фаоллаштирилган аденилат циклаза кислород иштирокисиз ҳужайрада АТП ишлаб чиқариш барқарорлигини таъминлайди ва гипоксия шароитида у мия метаболизмини оптимал

режимга ўтказди. Нейронларнинг энергия ҳолатини яхшилаш (АТФ синтезининг кучайиши, антихипоксик ва антиоксидант таъсир) ҳам мавжуд. Шунингдек, РНК ва оксиллар синтезининг кучайиши туфайли марказий асаб тизимида пластик жараёнларнинг фаоллашиши, марказий асаб тизимида синаптик узатиш жараёнларини кучайтириш, глюкозадан фойдаланишни яхшилаш, мембранани барқарорлаштирувчи таъсир кўрсатади.



37 – расм. Седатив дори воситалар

Тунги бруксизмни комплекс даволашда седатив воситаларнинг ўрни - Седатив дорилар — асосан гиёҳли ўсимликлардан тайёрланган енгил тинчлантирувчи хусусиятга эга дорилар. Транквилизаторларга қараганда

седатив (лот. седатио – тинчлантирмоқ) дориларнинг фобия ва хавотирга таъсири анча паст. Бу гуруҳга мансуб дорилар МНС кўзгалувчанлиги билан боғлиқ невротик бузилишларни бартараф этади, юрак-қон томир фаолиятига ижобий таъсир кўрсатади, спазмолитик хусусиятга ҳам эга. Улар транквилизаторларга ўхшаб кучли уйқучанлик чақирмайди, мувозанат ва координацияга салбий таъсир қилмайди, мускуллар тонусини пасайтирмайди, ўрганиб қолиш таъсирига эга эмас. Лекин кундалик дозаси ошиб кетса, уйқучанлик кузатилади ва беморни бирмунча бўшаштиради.



38 – расм. Тинчлантирувчи дори воситалар

Седатив дориларнинг организмга нојўя таъсири камлиги туфайли уларни иш фаолиятидан ажралмаган ҳолда қабул қилиш мумкин, машина ҳайдашга ҳам чекловлар қўйилмайди. Седатив дорилар аналгетик ва

бошқа психотроп дорилар таъсирини кучайтиради. Седатив дориларни 1-2 ойдан ортиқ қабул қилиш тавсия этилмайди. Тунги бруксизм билан касалланган беморларда куйидаги седатив воситалар тавсия этилади. Седавит – таркибида куюқ седавит экстракти, пиридоксин гидрохлорид ва никотинамид сақловчи седатив дори. Неврастения, доимий психоемоционал зўриқиш билан ишлайдиган ҳолатлар (менежер синдроми), реактив невроз ва психозлар (энгил турлари), сурункали чарчаш синдроми, диққат тарқоқлиги, кардионевроз, артериал гипертензиянинг энгил босқичи, уйқусизлик, невроген қичималар, зўриқиш, бош оғриғи, мигрен (ёрдамчи дори сифатида), климактерик синдром, невроз сабабли ҳайз бузилишларида тавсия этилади.

Седавит 2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан олдин ичишга буюрилади. Шунингдек, ҳаяжонли учрашувлар ёки кутилаётган стрессли воқеалардан 30-60 дақиқа олдин 2 таблетка қабул қилиш ҳам мумкин. Натрий бромид. Неврастения, кардионевроз, невротик тиклар ва артериал гипертониянинг дастлабки босқичларида кенг қўлланилади. Натрий бромидни бир ёшдан бошлаб бериш мумкин. Болаларга 1 чой қошиқдан, катталарга 1 ош қошиқдан кунига 3 маҳал ёки 2 таблеткадан 3 маҳал тавсия этилади. Ишлаб чиқарилиши: 0,5 г ли таблетка, кукун ва 3 % ли 100 мл флакон. Дорини узоқ муддат қабул қилса, “бромизм” ривожланади. Унинг белгилари: бурун битиши, конъюнктивит, йўтал, териға тошма тошиши ва умумий ҳолсизлик. Бундай пайтларда 0,9 % ли 1000 мл натрий хлорид венадан томчилатиб юборилади, кам-камдан кўп миқдорда сув ичилади.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни комплекс усуллариининг самарадорлиги тиш қаторлари нуқсонларини эрта бартараф этиш, марказий асаб тизимидаги патологик ўзгаришларни асоратлар

камайтириш ва даволаш, беморларда тунги уйқу давомийлигини яхшилаш ҳам баъзи беморларда чакка пастки жағ бўғими фаолиятини яхшилашга эришилди.

Индивидуал акрил каппа қўлланилгандан сўнг оғиз бўшлиғи гигиенасининг ва стоматологик текширув усуллари

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда индивидуал акрил каппалар қўлланилгандан Текширув ўтказилаётган беморларда, унинг ўзи ёш бўлса ота-онаси ёки яқин қариндошларини (бува ва буви) сўроққа тутиб бошладик. Ҳаёт анамнези болалик ёшлари даври бўйича тўпланди. Анамнез тўпланиши хаста болани текширишда биринчи босқич ҳисобланади. Касаллик аломатларини кўрсатувчи шикоятларни аниқлашдан ташқари, сўроқлар касаллик кечувини аниқлаш имконини берди.

- Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тил ёки шиллик қаватнинг бошқа қисмларида ёқимсиз ҳислар (ачиш, қичиш, увушиш), оғриқ ва ҳосилалар (пуфаклар, яралар, эрозиялар) пайдо бўлганига шикоятларида унинг умумий ҳолатига кўпроқ эътибор берилди.

- Тунги бруксизм билан касалланга беморларда кўриги ва оғиз бўшлиғининг текшируви люминесцент лампалар ёрдамида ўтказилди ва шиллик қаватга эътибор қаратилди. Унга хос хусусиятлар мулойимлиги, қатлар бўлиши, тил ва сўлак безларининг чиқувчи оқимларини югани, секрет томчилари ҳисобланади. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида қандайдир ўзгаришлар аниқланганда шикастланиш омили таъсирининг эҳтимоли чиқариб ташланди. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қаватида касалликларига ташхис қўйилганида шиллик қават

шикастланишининг бирламчи ва иккиламчи элементларига ва лабларнинг қизил ҳошиясига жароҳатлари ҳам инобатга олинди.



39 – расм. Даволашдан кейинги ҳолатда жағларнинг ҳолати

- Тунги бруксизм билан касалланга беморларда стоматологик анамнез тўпланганда беморнинг тишлари чиқишида қийинчиликлар бўлганлигига эътибор қаратилди, уларнинг чиқиш муддатлари, тишларда шикастланиш борлиги белгиланди, овқатланишдаги одатлар, оғиз бўшлиғида гигиеник парвариш олиб борилаётганлиги ўрганилди.

Шунингдек, стоматологик ҳолат ўрганилганида қуйидаги жиҳатлар эътиборга олинди: тиш эмали (тўлиқ бўлмаган амелогенез), дентина (тўлиқ бўлмагандентиногенез), эмал ва дентина (Стейтон-Капдепон синдроми) ўзгаришлари, тишларнинг ўлчами, шакли, сони, жағ ўлчамидаги аномалиялар (макро ва микромагнит), шунингдек уларнинг бош суягидаги жойлашуви (про ва ретрогнатия), адентия, диастема, юганнинг ҳолати, оғиз бўшлиғи кичиклиги, юқори лабнинг туғма бирлашмаслиги, алвеоляр ўсма, қаттиқ ва юмшоқ танглай, дизостозалар (жағ суяқларининг туғма ривожланмаганлиги) аниқланди.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларда тиш қатори баҳоланганда тишларнинг ўзаро нисбати, тиш ажралмалари, тожларнинг емирилиш даражаси, кариоз бўшлиқлар ва тишларнинг нокариоз нуқсонлари, пломбаларнинг сифати ҳисобга олинди. Тишлар қаторининг бузилиши, тишларнинг яқин жойлашуви, терема ва диастемлар бўлиши, жароҳатли окклюзия аломатлари ўрганилди.



40 – расм. Идвидуал каппаларни қўллаш жараёни

- Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тиш ва тиш каторларининг текшируви юқори жағдан бошлаб, стоматологик ойна ва най ёрдамида маълум тартибда амалга оширилди ва кетма-кет ҳар бир тиш кўрикдан ўтказилди. Ҳар бир тиш кўригида унинг ҳолати, шакли, ранги, каттиқ тўқималарнинг ҳолати (кариес, флюороз, гипоплазия билан зарарланиши), тишнинг турғунлиги, тиш каторининг окклюзия юзасига нисбатан ҳолати ҳам аниқланди.

- Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тиш ҳолатини баҳолаш учун болалар бутун мутахассислар қўмитаси тавсия қилган кўрсаткичлар қўлланилди.

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғининг аъзолари текширувдан ўтказишда анъанавий стоматологик асбобларнинг тўплами ёрдамида сунъий ёруғликда стоматология хонасида текширув ўтказилди.

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда Федоров-Володкина усулида гигиеник кўрсаткични ўрганиш. Бу усул оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини аниқлаш учун тавсия қилинади. Бу усулда гигиеник кўрсаткични аниқлаш учун 43, 42, 41, 31, 32, 33 тишларнинг вестибуляр юзаси текширилади. Тишларнинг даҳлиз юзаси махсус эритмалар (Шиллер-Писарев, фуксин, эритрозин) ёрдамида бўялади ва мавжуд бўлган тиш юзаси карашлари қуйидаги код ва баллар ёрдамида баҳоланади. Бунда 5 баллик системадан фойдаланилди:

1 балл-тиш караш мавжуд эмас-тиш бўялмаган.

2 балл-тиш сатҳининг $1/4$ қисми бўялган.

3 балл-тиш сатҳининг $1/2$ қисми бўялган.

4 балл-тиш сатҳининг 3\4 қисми бўялган.

5 балл-тиш сатҳи тўлиқ бўялган ёки караш билан копланган.

Гигиеник кўрсаткич даражасини аниқлаш учун олинган баллар йиғиндиси бўялган тишлар сонига бўлинади.

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда гуруҳлар учун ўртача оғиз бўшлиғи аъзоларининг текширувда гигиеник ҳолатини йиғиндисини текширилганлар сони билан таққосланди. Даволанаётган гуруҳ учун оғиз бўшлиғининг ўртача тозалик босқичини баҳоланди. Оммавий эпидемиологик кўрик пайтида, оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини, гигиеник воситалар сифатини, самарадорлигини. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғи ҳолатини баҳолаш ва оғиз гигиенасини тишлар ва пародонт касалликларини келиб чиқишидаги ўрнини белгилашда тиш карашларининг миқдори ва сифати тўғрисида маълумот берувчи объектив кўрсаткичлар аниқланди. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тиш устини қоплаб турувчи карашларнинг тиш ва пародонт касалликларини келиб чиқишида муҳим рол ўйнайди. Тиш юмшоқ карашлари ва тошларини математик ҳисоблаш йўли билан унинг миқдори, структураси ва сатҳини аниқлашнинг жуда кўп усуллари мавжуд.

Таклиф қилинган усуллар ёрдамида олинадиган кўрсаткичлардан қуйидагилари тиш устида ҳосил бўлувчи юмшоқ ва қаттиқ чўкмаларни ҳар томонлама баҳолашда эътиборга лойиқ деб ҳисобланади:

- а) тиш усти карашларининг сатҳи тўғрисида маълумот берадиган;
- б) тиш усти карашларининг қалинлиги тўғрисида маълумот берадиган;
- в) тиш усти карашларининг кимёвий, физик ва микробиологик хусусиятлари тўғрисида маълумот берадиган.

Бу кўрсаткичлардан олинган маълумотлар асосан тиш бляшкасининг структураси ва хусусиятларини ўрганишга йўналтирилгандир.

6 - жадвал

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда Федоров-Володкина усулида оғиз бўшлиғи гигиеник кўрсаткичлари

Гурухлар	OGI –оғиз бўшлиғи гигиеник индекси эритрозин эритмаси билан аниқлаш	ЖССТ тавсиясига кўра кариес жадаллик кўрсаткичи
Енгил даража (OGI= 24)	OGIумум кўр= 50 %	3 балл-тиш сатҳининг 1\2 қисми бўялган.
Ўртача даража (OGI= 32)	OGIумум кўр=75 %	4 балл-тиш сатҳининг 3\4 қисми бўялган
Оғир даража (OGI= 9)	OGI умум кўр= 25%	2 балл-тиш сатҳининг 1\4 қисми бўялган.
Умумий (OGI=75)		Умумий кўрсаткич (114) 100%

Изоҳ: Тунги бруксизмнинг даражалари бўйича оғиз бўшлиғи ҳолати

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тадқиқот давомида оғиз бўшлиғи аъзоларини пародонт тўқималарининг ҳолатига баҳо бериш учун тадқиқотда Парма модификациясида умумий қабул қилинган пародонтал индексдан (РМА) фойдаландик. Милкнинг ҳолати Писарев-Шиллер аралашмаси билан бўялгандан сўнг, олдиндан вата

валиклари билан ҳимоялаб, қуритилиб ҳар бир тишда баҳоланди. Милкнинг яллиғланган соҳалари тўқималарда алмашинувнинг анаэроб жараёнлари устунлик қилиши натижасида тўқималарда ҳосил бўладиган гликоген билан жигаррангга бўялади. Тунги бруксизм билан касалланган беморларда тадқиқот ўтказилганидан сўнг балл баҳо мезонларини қўллаган ҳолда индекс ҳисобланди.

0 балл – яллиғланиш йўқ;

1 балл - тишлараро ғуддачанинг яллиғланиш;

2 балл – маргинал милк яллиғланиши;

3 балл – алвеоляр милк яллиғланиши.

РМА индекси қуйидаги формула бўйича ҳисобланди:

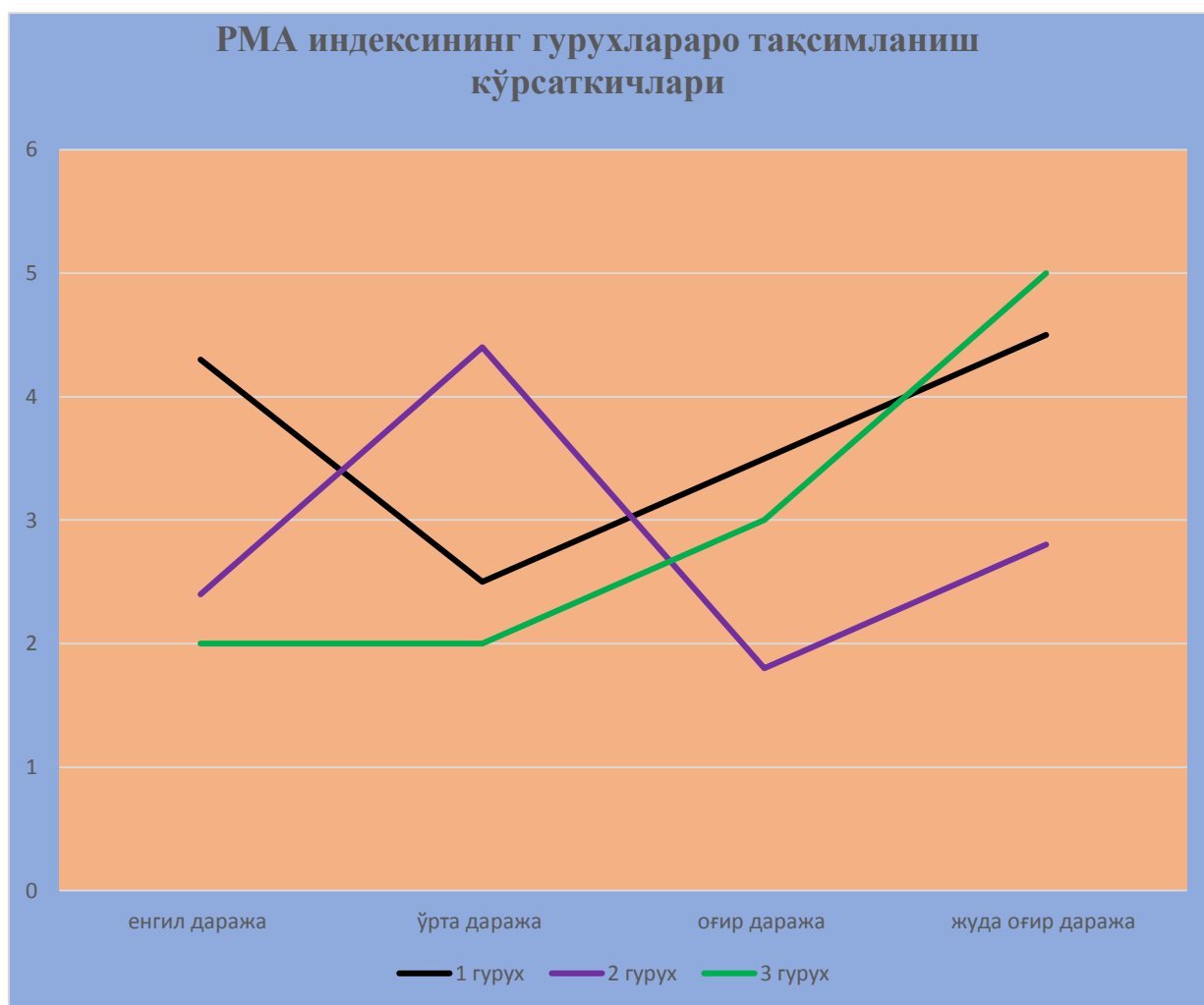
$$РМА = \frac{\text{ҳар бир тиш олдидаги кўрсаткичлар суммаси} \times 100\%}{3 \times \text{тишлар сони}}$$

Индексни баҳолаш мезонлари қуйидагилар:

30% дан кам – гингивитнинг енги даражаси;

31-60% - ўрта оғирликдаги даража;

61% ва ундан юқори – оғир даража.

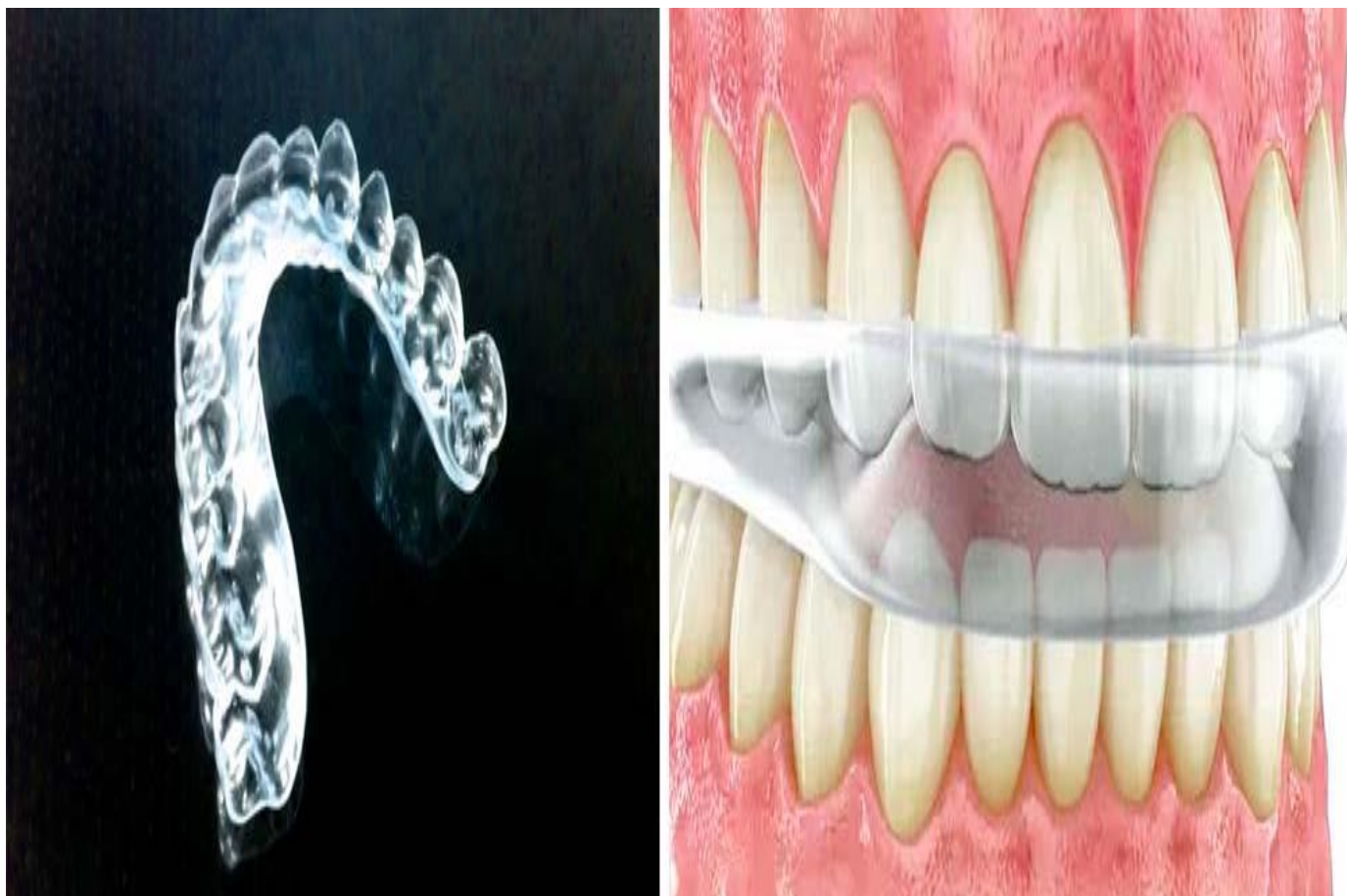


**41 – расм. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда РМА
индекси кўрсаткичлари**

I-Гурух даволашдан олдинги – 34% , даволаш вақтида –58.91%, даволашдан сўнг -31%

II-Гурух даволашдан олдинги –36%, даволаш вақтида -47.04%, даволашдан сўнг -32%

III-Гурух даволашдан олдинги –36%, даволаш вақтида -46.61%, даволашдан сўнг -28%



Тунги бруксизм билан касалланга беморларда РМА индекси юқори даражада кузатилган беморлар учун мойчечак ва наматак дамламалари билан оғиз чайиши тавсия этилди. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда текширув олиб борилаётган бемор болаларни оғиз бўшлиғида гигиенасини баҳолашнинг энг оддий мезони рақамларда ифодаланган, тиш караши билан қопланган тиш юзаларини ҳисобланади. Бунинг учун Grin-Vermilon усуллари ҳам аҳамиятлидир.

G.Green ва I.R. Wermillon (1964) OGI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified) оғиз бўшлиғи гигиенасининг соддалаштирилган индексини таклиф қилишди. ОНІ-S ни аниқлаш учун тишларнинг қуйидаги юзалари ўрганилади: юз, тил ва $\frac{6|6}{6|6}$ лаб1|1.

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда барча юзаларда олдин тиш караши аниқланади.

Тишларнинг юзаларида карашнинг миқдори қуйидаги тарзда аниқланади: ёдга эга аралашма билан олти доимий тиш юзаси бўялади – юқори марказий кесувчиларнинг лаб юзалари, юқори биринчи доимий катта илдиз тишларнинг юз юзалари, пастки биринчи доимий катта илдиз тишларнинг тил юзалари.

Тиш карашини баҳолашнинг қуйидаги тизимидан фойдаланилади:

0 – тиш карашининг йўқлиги (бўялиш йўқ);

1 – тиш караш тиш юзасининг $1/3$ дан ортиқ соҳасини қоплайди;

2 – тиш караш тиш юзасининг $1/3$ дан ортиқ, лекин $2/3$ қисмидан кам соҳасини қоплайди;

3 – тиш караш тиш юзасининг $2/3$ дан ортиқ соҳасини қоплайди.

Ҳар бир тишда баллар миқдори умумий суммага қўшилади ва олтига бўлинади (тишлар сони).

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда тишларнинг юзасида аниқланган караш миқдори бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг уч даражасини ажратиш мумкин: яхши, қониқарли ва ёмон. Яхши ҳолат сифатида, бўялган караш алоҳида тишларнинг бўйинчаларида (0-1 балл) аниқланган ҳолатни баҳолаш мумкин. Қониқарли ҳолат – караш тиш тожининг $1/3$ ва алоҳида тишлардан $1/3$ дан биров кўпроқ юзасини қоплайди (1-2 балл). Ёмон – караш тожнинг деярли бутун юзасини қоплайди, яъни барча текширилаётган тишларнинг $2/3$ қисмидан ортиғини (2-3 балл).

Бу индекс болаларда тишлам алмашиш даврида оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолати ҳақида хулоса қилиш имконини беради.

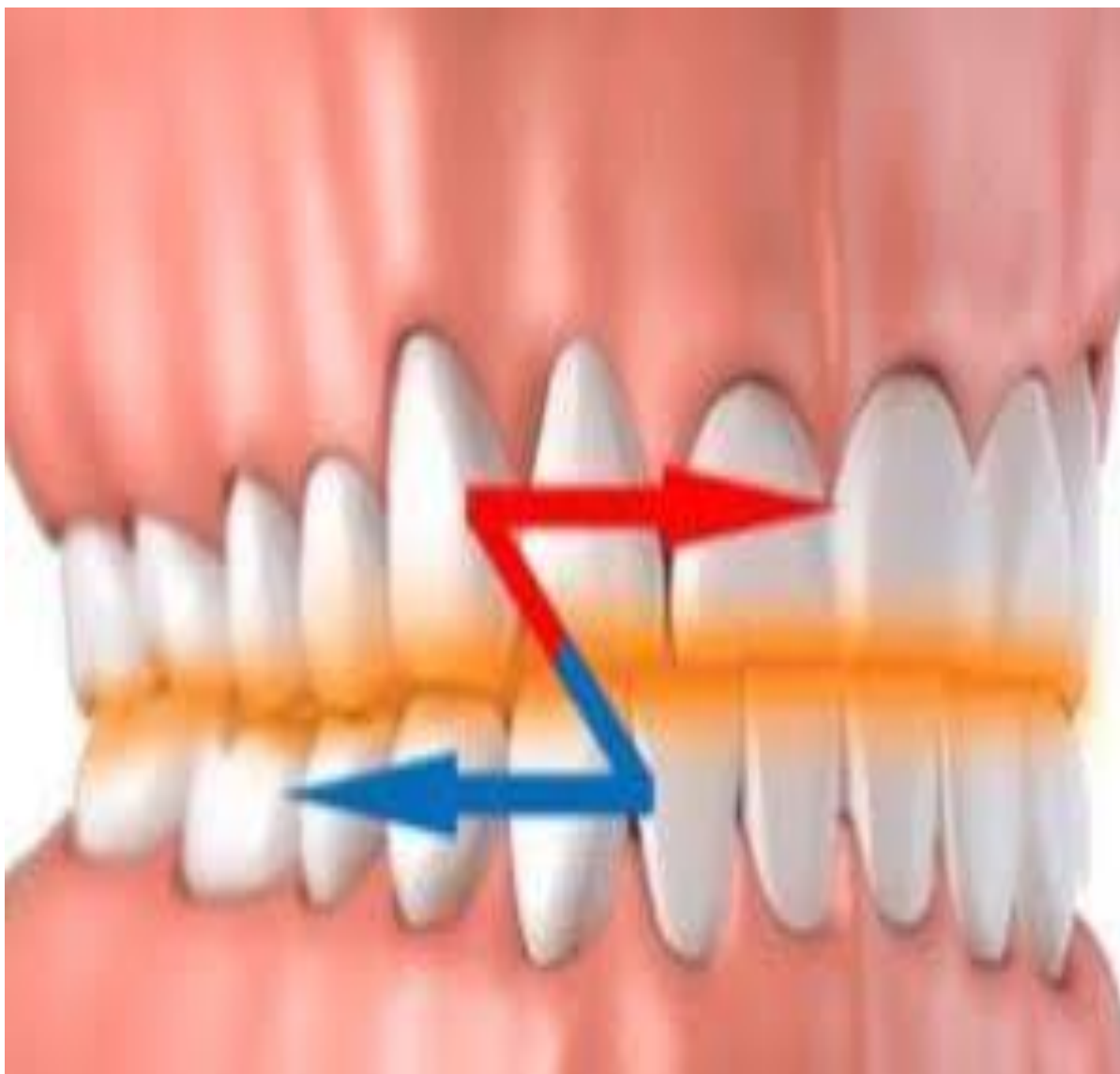
Тунги бруксизм билан касалланга беморларда биринчи доимий тишлар бўлмаганида, оғиз бўшлиғининг гигиена ҳолатини баҳолаш учун биз Ю.А. Федоров ва В.В. Володкина (1971) томонидан таклиф қилинган Федоров-Володкина Индексидан фойдаландик, у олти пастки фронтал тишларнинг юзасини йодга эга аралашма (ёд-калий аралашмаси) билан бўяш йўли билан аниқланади.

Миқдорли баҳолаш беш балли тизимда ўтказилади:

1. Тиш тожининг бутун юзаси бўялиши – 5 балл
2. Тиш тожининг $\frac{3}{4}$ юзасини бўялиши - 4 балл
3. Тиш тожининг $\frac{1}{2}$ юзасини бўялиши - 3 балл
4. Тиш тожининг $\frac{1}{4}$ юзасини бўялиши - 2 балл
5. Бўялиш йўқ - 1 балл

$$K_{cp} = \frac{\sum K_n}{n}$$

Бу ерда K_{cp} – умумий гигиеник индекс, K_n – бир тишни тозалашда гигиена индекси, n – ўрганилаётган тишлар сони (меъёردа ГИ 1 дан ошмаслиги керак).



42 – расм. Тунги бруксизмда жағларнинг патологик едирилиши

Тунги бруксизм билан касалланга беморларнинг ўрганилаётган гуруҳларда гигиена кўникмаларига ўргатиш курсини ўз ичига олган, оғиз бўшлиғида гигиена қоидаларига риоя қилиш тавсия этилди. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғида гигиена самарадорлигининг индексидан РНР (Podshadlus, Naly, 1968) ўргатиш давомида тишларни тозалаш сифатини назорат қилишда фойдаланилади. ОНІ-S (вестибуляр юзалар 16 ва 26, 11 ва 31, тил – 36 ва 46) даги каби тишларнинг шу юзаларида караш мавжудлиги рўйхатга олинади, лекин

бу ҳолатда тиш тожининг ўрганилаётган юзасида бир нечта соҳаларнинг (бўлма) ифлосланганлиги ҳисобга олинади: 1 – медиал бўлма; 2 – дистал; 3 – ўрта-окклюзия; 4 – марказий; 5 – ўрта-бўйин олди бўлмаси.



Тунги бруксизм билан касалланга беморларда юмшоқ караш мавжудлиги бўёқ билан чайилганидан сўнг аниқланади. Бўлмада бўялиш бўлмаганида 0 балл қўйилади; бўлмада исталган бўялиш бўлганида – 1 балл. Бир юзадаги беш бўлманинг баллари қўшилади ва тиш РНР си олинади. Оғиз бўшлиғи учун РНР барча олти кўрсаткичнинг ўрта қиймати сифатида ҳисобланади:

$$РНР = \frac{\sum РНР_{\text{тишлар}}}{n \text{ тишлар}}$$

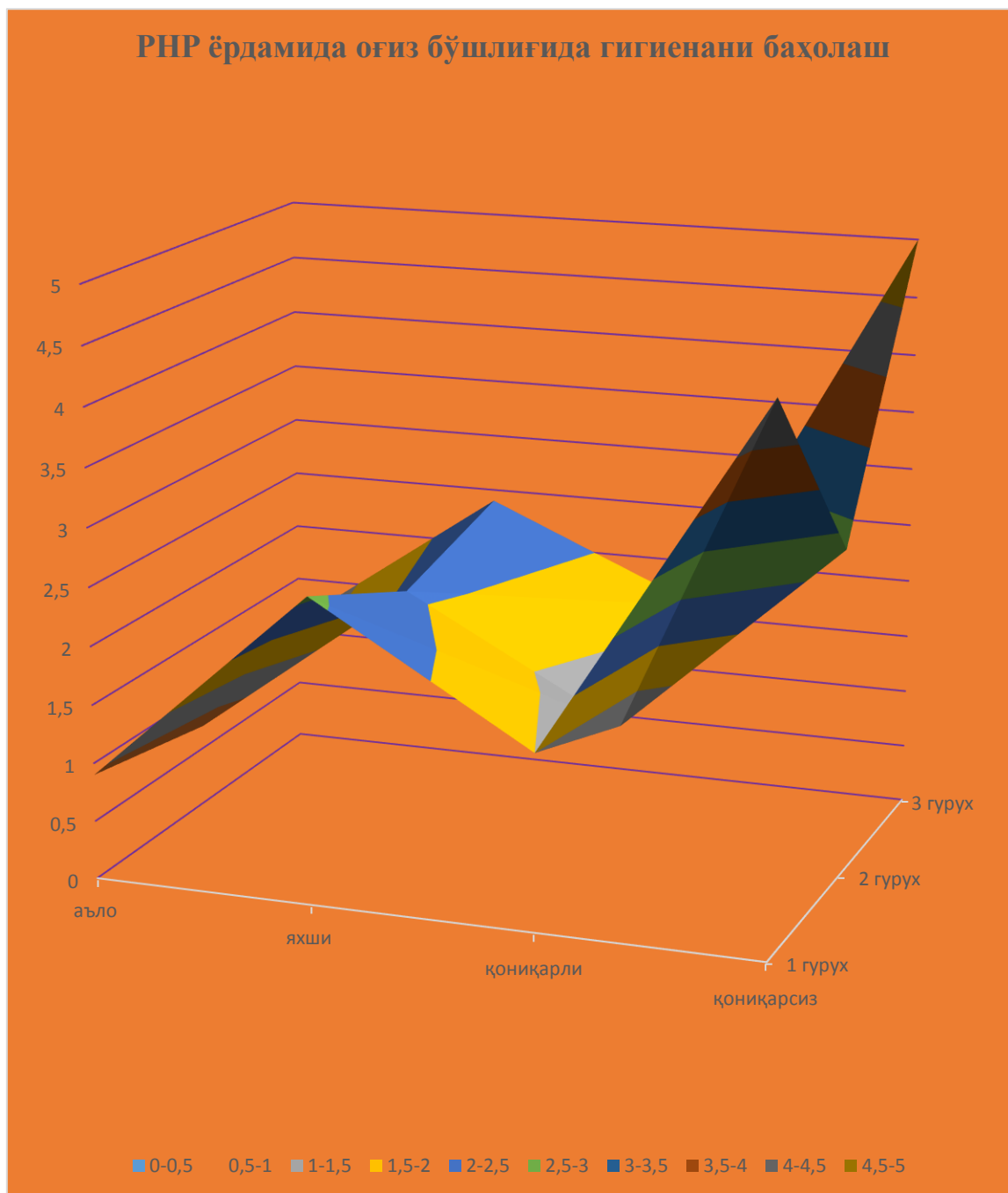
РНР ёрдамида оғиз бўшлиғида гигиенани баҳолаш. 0 – оғиз бўшлиғида аъло гигиена; 0,1-0,6 – яхши; 0,7-1,6 – қониқарли; $\geq 1,7$ – қониқарсиз.

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг гуруҳлараро тақсимланиш ҳолати даволашдан олдинги, даволаш вақти 14 кунлик ҳолати, 14 кундан кейинги ҳолатлари текширилганда қуйидаги натижалар кузатилди.

I-Гуруҳ даволашдан олдинги – 0.9, даволаш вақтида - 2.6, даволашдан сўнг -1.5

II-Гуруҳ даволашдан олдинги –0.7, даволаш вақтида -2.1, даволашдан сўнг -1.9

III-Гуруҳ даволашдан олдинги –1.1, даволаш вақтида -2.4, даволашдан сўнг -1.6



43 – расм. Тунги бруксизм билан касалланга беморларда РНР ёрдамида оғиз бўшлиғида гигиенани баҳолаш кўрсаткичлари

Тунги бруксизм билан касалланга беморларда текширув олиб борилаётган беморларимизни оғиз бўшлиғи гигиенаси яхишилаш мақсадида қуйидаги тавсиялар берилди.



Тунги бруксизм билан касалланга беморларда эрта бартараф этиш, 10 кун вақт давомида мойчечак дамламаси билан оғиз чайиши тавсия этилди. Бундан ташқари гигиеник восита ва мосламаларни тўғри танлаш ҳамда юмшоқ тиш шоткаларидан фойдаланишлари туғрисида тушинтириш ишлари олиб борилди.

Тунги бруксиз билан касалланган беморлар профилак алгоритм қўллаш ва амалиётга тадбиқ этиш

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни реабилитацияси-бу хар бир стоматолог ўз тажрибаси ва моддий базаси туфайли ўзига хос тарзда хал қиладиган кўп мақсадли ёндашув ҳисобланади. Тунги бруксизм билан касалланган беморларда чайнаш самарадорлигини тиклашдан ташқари, стоматологиянинг бир хил даражада муҳим вазифаси беморнинг табассумини яхшилаш орқали ёқимли кўриниш яратишдир, бу шубҳасиз ишонч ҳиссини уйғотади.



44 – расм. Даволашдан олдинги ва кейинги ҳолатлар

Шу билан бирга, тугалланган реставрацияларни (тўғридан-тўғри ва билвосита), шу жумладан имплантация ва ортодонтик даволанишни узоқ муддатли сақлаш масаласи бугунги кунда долзарб бўлиб қолмоқда. Стоматологияда амалиётида тунги бруксизмни даволашда ортопедик мосламаларда бири бўлган индивидуал акрил каппалардан фойдаланиш ҳам чайнов самарадорлигини тиклаш муҳим аҳамиятга эга.



45 – расм. Бруксизда қўлланиладиган ортодонтик мосламалар

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни тури хил усулларда ёрдамида даволаш ва профилактик тадбирларини олиб бориш илмий тадқиқод ишимизнинг асосий устивор вазифаларидан бири ҳисобланади.

1) Стресс натижасида юзага келадиган тунги бруксизм билан касалланган беморлар ортопед стоматолог – невропатолог назоратида бўлиши ҳамда уйқудан олдин седатив ва ноотроп воситаларни давомли қўллашни тавсия этиш;

2) Эндоген тизим патологияси натижасида юзага келадиган тунги бруксизм билан касалланган беморларни — ортопед стоматолог – эндокринолог назоратида бўлиши ҳамда тизим патологияларини олдини олиш бўйича чора тадбирлар режасини ишлаб чиқиш;

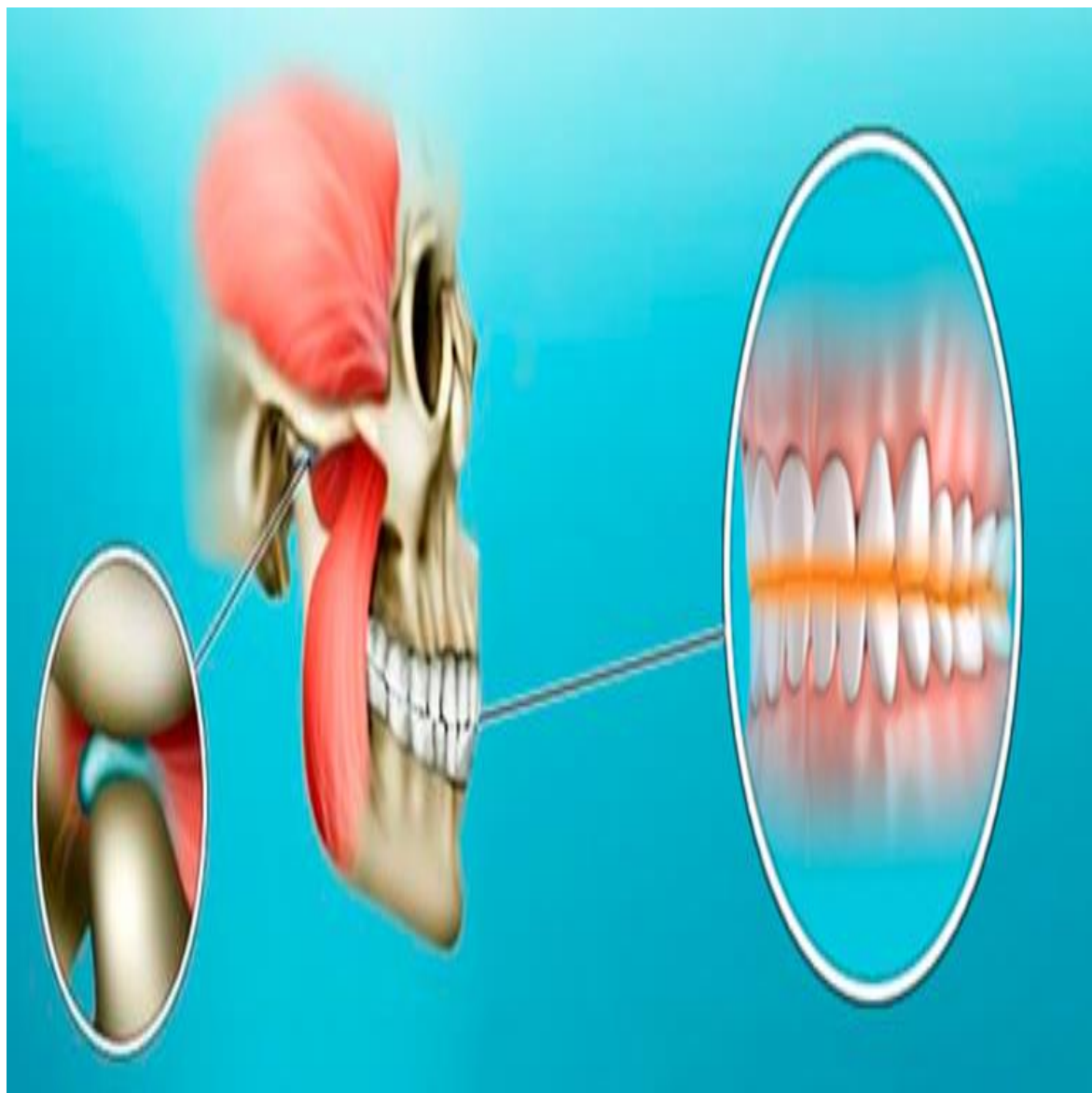
3) Зарарли одатлар бруксизми – лаб – лунж сўриши натижасида юзага келадиган тунги бруксизмни бунда беморларнинг зарарли одатларини бартараф этиш лозим;

4) психологик мотивацияланган бруксизмда руҳий хатти-ҳаракатлардаги бузилишлар ва невротик асосга эга тажрибаларга асосланади. Шу билан бирга, тирноқ тишлаш, бош бармоғини сўриш, сиқиш ва тишларни ғижирлатишида беморнинг уйқудан олдин руҳий ҳолатини барқарорлаштирилади;

4) ҳаддан ташқари компенсацион бруксизмлар стоматологлар бу ҳолатни аниқлашда чунки улар пастки жағ, ёноқ, лаблар ва тилнинг функционал бўлмаган ҳаракатларини ўз ичига олади, окклюзион касалликларни юзага келтиради.

Бруксизм стоматогнатик тизимнинг парафункционал фаолиятининг барча турларидан енг зарарли деб тан олинган (75% ҳолларда сурункали бруксизм белгилари бўлган беморларда имплантларнинг синдириши ҳам юзага келтиради. Шунинг учун ҳам, агар бруксизм тишларнинг қаттиқ

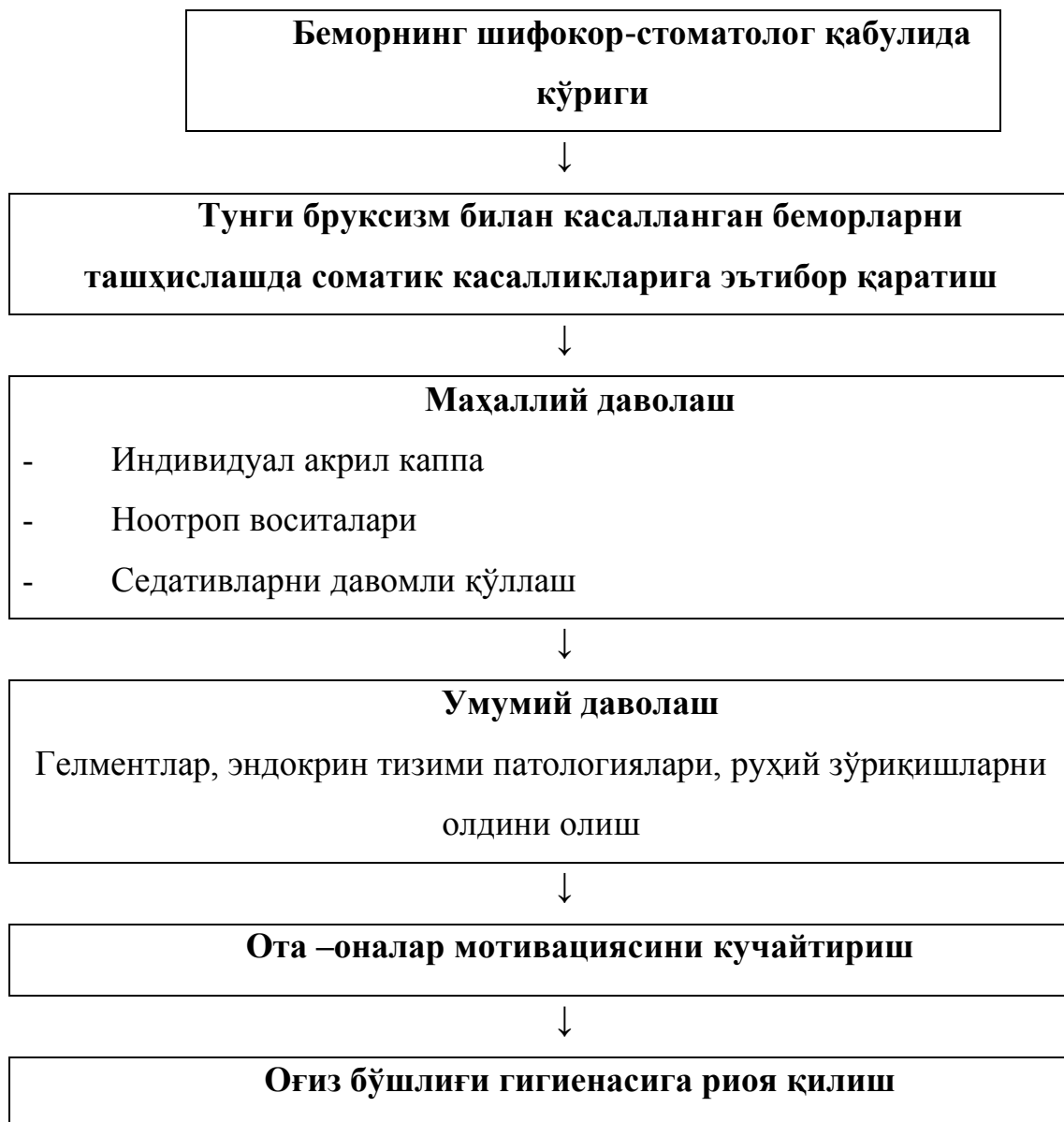
тўқималарининг ишқаланишига олиб келса, бемор бунинг учун ўзини айблайди. Бошқа ҳолатда, ортопедик мосламалар ёки реставрациялар тезда ескирганда бруксиз юзага келади. Шифокорлар ўз амалиётларида доимо бруксизмга дуч келишади, кўпинча унинг салбий таъсири улар томонидан кам баҳоланади ва шунинг учун рационал реабилитация режасини тузиш ҳар бир стоматолог тунги бруксизмни олдини олишдаги профилактик дастуридир.



46 – расм. Тунги бруксизмнинг чакка пастки жағ бўғимига зарарли таъсири

Ҳар қандай янги тавсия этилган усулнинг албатта қўлланиш алгоритмини амалиётга таклиф этиш зарурати бўлганлиги сабабли биз ҳам тунги бруксизм билан касалланган беморларни даволаш ва олдини олиш алгоритмини яратдик ва стоматологик амалиётда фойдаланиш учун тавсия этдик.

ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ОЛДИНИ ОЛИШ АЛГОРИТМИ



ХУЛОСАЛАР

1. Мактаб ўқувчиларида тиш-жағ тизимида патологик нуксонларни аниқлаш ва олдини олиш учун профилактик кўриги олиб борилди. Тадқиқотимизда тунги бруксизм билан касалланган беморларни асосий текширув усулларида объектив ва субъектив текширув усуллари, электромиография ҳамда стоматологик текширув усуллари ўтказилди. Тунги бруксизм билан касалланган беморларни электромиографик текшируви натижаларига кўра биоэлектрик фаоллик кўрсаткичлари бир хил ёшдаги болаларда ягона бир мушакда шахсий тебранишларга эга эканлиги аниқланди. Текширув гуруҳларидаги беморларнинг мимика мушаклари ва чайнов босими ҳолатларини ўрганишда электродларни қўллаш орқали (электродлар ишланган шакл, ўлчам, материали ҳақида гап бораяпти), электродлар марказлари орасидаги масофа доимийлиги (одатда 15 мм), ҳамда электродлар ўрганилаётган мушакларнинг бир хил соҳаларига маҳкамланиши орқали эришиладиган биопотенциалларни ўтказишлари орқали амалга оширилди. Шунингдек, тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг электромиографик текширувлар натижасига кўра тунги бруксизм вақтида чайнов ва мимика мушакларида патологик ўзгаришлар юзага келганлиги аниқланди.

2. Тиш-жағ тизимида патологик нуксонлари аниқланган ўқувчиларда бруксизмни тарқалганлигини аниқлаш. Тунги бруксизм билан касалланган беморларни 75 нафарида илмий тадқиқот иши олиб борилди. Текширув олиб борилган беморларнинг 48 нафарини ўғил 27 нафарини эса қизлар ташкил этади. Шундан 12 ёшдан 14 ёшгача бўлган балоғат ёшидаги беморларни 18 нафарини ўғил болалардан ва 9 нафари қиз болалардан иборат. Беморлани 14 ёшдан 16 ёшгача бўлган 14 нафар ўғил, 11 нафари қизлар, 16 ёшдан 18 ёшгача бўлган беморларни 16 нафари ўғил,

7 нафари қизлардир. Текширув ўтказилган беморларнинг 75 нафар беморлар махсус акрил каппа ёрдамида даволанди, назорат гуруҳидаги беморларда анаънавий даволаш усулларидадан фойдаланилди.

Бруксизми бор болаларда тиш тож қисмини патологик едирилишини олдини олиш мақсадида индивидуал акрил каппадан фойдаланиш.

Тунги бруксизм билан касалланган беморларни даволашда қўлланиладиган индивидуал акрил каппа статик ва функционал окклюзион мослама бўлиб, мавжуд патологик нерв-мушак бирикмалари, эрта контактларнинг таъсири, мушаклар фаоллигининг пасайишига олиб келади. Симптоматик даволаш сифатида ушбу енгиллаштирувчи шиналардан фойдаланиш яхши натижалар беради. Ушбу каппани тунда тақилганда, мушакларнинг бўшашиши таъсири икки ҳафта ичида кучаяди ва бир ҳафта фойдаланишдан кейин бруксизм белгилари камаяди, чайнов мушакларида оғриқ ва кучланиш камаяди. Улар мушакларнинг биоэлектрик фаоллигини камайитиришга ёрдам беради, чайнов мушакларининг электромиограммаларини таҳлил қилганда, физиологик дам олиш ҳолатида ва марказий окклюзияда ҳолатини тиклашга эришилди. Шунингдек, беморларнинг шикоятлари камайди, оғиз бўшлиғи гигиеник индекс ҳолати яхшиланди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг асосий касаллигининг кечиш хусусиятларидан келиб чиқиб, тиш қаттиқ тўқимаси нуқсонларини олдини олиш ва даволашни бошқа мутахассис шифокорла: гельментолог, эндокринолог, психолог, невропатолог билан биргаликда олиб бориш керак.

2. Тунги бруксизм касалланган беморларнинг стоматологик ҳолатнинг клиник кўрсаткичлари, оғиз бўшлиғи гигиеник индексини яхшилаш ҳамда чакка пастки жағ бўғими патологияларини олдини олиш ва даволаш алгоритмидан фойдаланиш.

3. Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг 12-18 ёшгача бўлган беморларда касаллик клиник белгиларини эрта аниқлаш ва самарали даволаш мақсадида индивидуал акрил каппалардан фойдаланиши тавсия этилди.

ФҲЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

- 1.Аболмасов, Н.Н. Избирательное пришлифовывание зубов / Н.Н. Аболмасов, П.Н. Гелетин. // - Смоленск, - 2010. - С.160.
- 2.Агранович О.В. Бруксизм у детей : клинические и электроэнцефалографические параллели / О.В. Агранович // Современные медицинские технологии - здравоохранению. Часть 2: материалы юбил. конф., посвящ. 10-летия Ставропольского краев.диагност.центра. - Ставрополь, - 1999. - С.180-182.
- 3.Баданин В.В. Нарушение окклюзии - основной этиологический фактор в возникновении дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / В.В. Баданин // Стоматология - 2000. - №1. - С.51-54.
- 4.Безвестный, Г.В. Применение гнатологических принципов в стоматологической практике [Текст] / Г.В.Безвестный, Н.Б. Лопухова // Материалы XVII - XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Европейского стоматологического конгресса. М.- 2007. — С. 228 -230.
- 5.Бойкова Е.В. Диагностика и принципы комплексного лечения пациентов с бруксизмом. : дис. ...к.м.н. - Смоленск. - 2015.- С.151.
- 6.Брокар, Д. Бруксизм [Текст] / Д. Брокар, Х.Ф. Лалюк, К. Кнеллесен. //М. - 2009. - С.82
- 7.Булычева Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височнонижнечелюстного сустава, осложнённой гипертонией жевательных мышц [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.14 / Булычева Елена Анатольевна. - СПб.. - 2010.- С.331.
- 8.Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение /Е.А. Булычева// - Стоматология. - 2006. - С.58-61
- 9.Бушан М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения / М.Г. Бушан.//

Кишинев: Штиинца. -1979. - С.183 .

10.Виргунова Т.В. Бруксизм у лиц молодого возраста: особенности клиники, диагностики и лечения : Автореф. дис. ... к.м.н. / Виргунова Татьяна Владимировна. - Тверь. - 2013. - 27 С.

11.Гаврилов Е.И. Клинические формы парафункции жевательных мышц. / Гаврилов Е.И. Пантелеев В.Д. // Стоматология. - 1987. - № 66(4). - С.40-43.

12.Гончаренко А.Д. К вопросу о взаимосвязи окклюзии с различными функциями организма /А.Д. Гончаренко// Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М.. - 2004. — С. 239 - 240.

13.Гросс М.Д. Нормализация окклюзии /М.Д. Гросс, Дж. Метьюс// Москва, Медицина. - 1986. - С. 287.

14.Гусев Е.И. Нервные болезни / Е.И. Гусев, В.Е. Гречко, Г.С. Бурд.// М.: Медицина. - 1988. - С.640.

15.Демнер, Л.М. Клиника и лечение бруксизма / Л.М. Демнер, А.П. Залигян // Стоматология. — 1986. — №5. — С.77-79.

16.Ермошенко Р.Б. Способ мониторингирования ЭМГ потенциалов в диагностике и лечении бруксизма / Р.Б. Ермошенко // Современная ортопедическая стоматология. — 2007. — №7. — С. 52- 54.

17.Жахангиров А.Ж. Состояние зубочелюстной системы у больных бруксизмом / Жахангиров А.Ж. // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: Тез. докл.УШ-го Всесоюзного Съезда стоматологов. — М., 1987. — С. 157-158.

18.Жулев Е.Н. Этиология, клиника и лечение бруксизма / Е.Н. Жулев // Стоматология. — 1976. — Т. 55. - №4. — С.95-98.

19.Залигян А.П. Бруксизм: Дис. ... канд. мед. наук / Залигян Алла Петровна. - М.. - 1986. - С.124.

20. Залигян А.П. Частота и некоторые причины бруксизма у детей /А.П. Залигян // Педиатрия. — 1976. — №10. — С.107 - 108.
- 21.Изучение нейромышечных нарушений у больных с расстройствами височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц / В.Н. Трезубов и др. // Клиническая стоматология. — 2005. — №4. — С. 85-89.
- 22.Исследование ретенционной способности индивидуальных защитных зубных шин относительно границ их базиса / А.В. Севбитов [и др.] // Труды Международного симпозиума Надежность и качество. - 2015. - Т.- С. 363-364.
- 23.Казаков С.К. Диагностика и ортопедическое лечение нарушений функциональной окклюзии / С.К. Казаков, Р.О. Братко // Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и IX съезда Стоматологической Ассоциации России. — М., 2004. —С. 245 -246.
- 24.Каламкаров Х.А. Нарушения функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов при патологической стираемости зубов / Х.А. Каламкаров [и др.] // Стоматология. — 1994. — Т. 73. — №3. —С. 4953.
- 25.Клугман Р.С. Ортопедическое лечение при бруксизме /Р.С. Клугман // Ортопедическое лечение в клинической практике. Пер. с англ. / под общей ред. М.М. Антоника. — М.: МЕДпресс-информ. - 2008. - С.216.
- 26.Колпаков В.В. Конституциональный подход в оценке привычной двигательной активности человека /В.В. Колпаков, Е.А. Бабакин, А.В. Брагин // Основные направления формирования здоровья человека на Севере. Красноярск: [б.и.]. - 1999.— С. 143.
- 27.Куликов В.П. Потребность в двигательной активности / В.П. Куликов, В.И. Киселев. — Новосибирск: Наука. - 1998. — С.150.
- 28.Логинова Н.К. Изменения функционально-диагностических показателей при восстановлении окклюзионных контактов в процессе ортодонтического лечения пациентов с резцовой дизокклюзией / Н.К. Логинова, О.И. Арсенина, В.В.

Лукашин // Стоматология. — 2005. — №6. — С.63-66.

29.Лопухова Н.Б. Реализация психологического стресса у человека: бруксизм и окклюзия / Н.Б. Лопухова // ДентАрт. - 2012.- №3. - С.33-45.

30.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем / ВОЗ, Женева. Пер. с англ. М.В. Максимовой и др. Том I (Часть 1). — М.: Медицина. -2003. — С. 698.

31.Пантелеев В.Д. Симптоматика парафункций жевательных мышц / В.Д. Пантелеев // Пути снижения стоматологической заболеваемости населения Калининской области: Тез.докл. X конф. Калинин. Обл. Науч. Мед. Об-ва стоматологов. - Калинин. - 1986. - С. 99-101. В.

32.Парафункции жевательных мышц. Бруксизм. Этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика. / Е.А.Брагин и др. // Ставрополь: СГМА. - 2004. -С. 84.

33.Перегудов А.Б. Клинический компьютерный мониторинг окклюзии. Перспективы применения в практической стоматологии / А.Б. Перегудов, Р.З. Орджоникидзе, М.А. Мурашов // Российский стоматологический журнал. - 2008. - №5. - С.52-53.

34.Результат опроса, среди студенческой молодежи, по использованию защитных зубных шин при занятии спортом. /Севбитов А.В [и др.] //Сборник конференции TRENDS OF MODERN SCIENCE - 2014 Materials of XI International Research and Practice Conference. - 2014. - С. 36-38.

35.Рябов С.В. Результаты изучения особенностей строения окклюзионных кривых при ортогнатическом прикусе. Часть II [Текст] / С.В. Рябов // Стоматология. — 2007. — № 4. — С.63-66.

36. Самохлиб Я.В. Маркеры нейромышечной дисфункции по данным клинического и электромиографического обследования. / Я.В.Самохлиб, И.М. Макеева //Ортодонтия. - 2016. - №4. - С. 14 - 19.

- 37.Сёмкин В.А. Изменения функционального состояния жевательных мышц при врожденных деформациях нижней челюсти на этапах лечения /В.А. Сёмкин, Т.А. Лакшина, В.С. Серпуховитин // Стоматология. — 2006. — № 1. — С.46-49
- 38.Сидоренко А.Н. Диагностика и совершенствование комплексного лечения больных с нейромускулярным дисфункциональным синдромом височно-нижнечелюстных суставов /А.Н. Сидоренко// Казанский медицинский журнал. - 2012. - № 4. - С.627-631.
- 39.Силин А.В. Поверхностная электромиография височных и собственно жевательных мышц в диагностике мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстных суставов / А.В. Силин, Е.А. Сатыго, Е.И. Семелева // Клиническая стоматология. - 2013. - № 2. - С.22-24
- 40.Скорикова Л.А. Диагностика, ортопедическое лечение больных с парафункциями жевательных мышц в комплексной терапии невротических состояний [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Скорикова Людмила Анатольевна. - Краснодар. - 1992. - 195с.
- 41.Славичек Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции. Перевод с англ. / Р.Славичек. - М.: Азбука. - 2008. - С.543.
- 42.Смуклер Х. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов / Х. Смуклер. Пер. с англ. — М.: Азбука. - 2006. —С. 136.
- 43.Стариков Н.А. Клиническое выявление окклюзионных нарушений у пациентов с заболеваниями пародонта / Н.А. Стариков // Материалы XXIII и XXIV Всероссийских научно- практических конференций. — Москва .— 2010. — С.92-93
- 44.Статовская Е.Е. Особенности применения окклюзионных капп (сплент-терапия) / Е.Е. Статовская // LAB 2007. - №4. - С.45-48.
- 45.Трезубов В.Н. Энциклопедия ортопедической стоматологии / В.Н. Трезубов [и др.] // СПб.: Фолиант. - 2007. - С.664.

46. Трошин В.Д. Болевые синдромы в практике стоматолога: Руководство для студентов и врачей / В.Д.Трошин, Е.Н.Жулев // Н.Новгород: НГМА. - 2002. -С. 424 . В
- 47.Фадеев Р.А. Выявление и подготовка к устранению окклюзионных нарушений у пациентов с дисфункциями височнонижнечелюстных суставов (Часть I) / Р.А. Фадеев, О.А. Кудрявцева, И.В. Польшикова // Институт стоматол. - 2007. - №3(32). - С.34-38.
- 48.Хайбуллина Р.Р. Улучшение функциональной активности жевательных мышц с помощью электронейростимуляции при ревматоидном артрите / Р.Р. Хайбуллина, Л.П. Герасимова В.А. Хватова // Маэстро в стоматологии. — 2009. — №4. — С.39-41.
- 49.Цимбалистов А.В. Гнатологические задачи, решаемые с помощью временных ортопедических конструкций [Текст] / А.В. Цимбалистов, Е.Е. Статовская, Т.М. Максимова // Материалы XVII - XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Европейского стоматологического конгресса. М.: - 2007. — С. 168-169.
- 50.Цимбалистов А.В. Клинические варианты показаний и применения лечебных аппаратов (окклюзионных капп) / А.В. Цимбалистов, Е.Е. Статовская // Материалы XXIII и XXIV Всероссийских научнопрактических конференций. Москва. — 2010. — С.435-436.
- 51.Цимбалистов А.В. Суточный мониторинг электромиограмм как метод диагностики / А.В. Цимбалистов, Т.А. Сергеева, В.Г. Межерицкий // Материалы II съезда стоматологической Ассоциации (Общероссийской) . Волгоград, 23 - 25 мая, 1994 — Екатеринбург. - 1995 —С.222-224.
- 52.Шарова Т.В. Ортопедическая стоматология детского возраста / Т.В. Шарова, Г.И. Рогожников.// М.: Медицина. - 1991. — С.287.
- 53.Шершнева Д.В. Особенности брукс-поведения в стрессовый и нестрессовый

- период /Д.В. Шершнева, М.Г. Сойхер, М.И. Сойхер// Стоматология детского
возраста и профилактика. - 2015. - №2 (53). - С.6-9.
- 54.Шершнева Д.В. Терминология и классификация бруксизма / Д.В. Шершнева // Сборник трудов научно-практической конференции Внедрение результатов инновационных разработок: проблемы и перспективы. Екатеринбург. - 2016. - С.190-195.
- 55.Щербаков А.С. Диагностика бруксизма и особенности лечения окклюзионных нарушений при этой патологии у лиц молодого возраста / А.С. Щербаков, Т.В. Шулькова, С.Б. Иванова // Стоматология. - 2011.-№1. - С.58-61.
- 56.Электроэнцефалографические аспекты терминологии бруксизма / Е.И. Бойкова и др.// Медицинский альманах. - 2013. -№1. - С.162-164.
- 57.Acht B. Parafunktionen: Diagnose und Therapietechnik /B. Acht// Schweizerische Monatschriftfur Zahnheilkunde. - 1962. -Vol.72. - №1. - P.45—56.
- 58.A controlled daytime challenge of motor performance and vigilance in sleep bruxers. / Major M. et al. // J Dent Res. - 1999. -Vol.78. - P.1754-1762.
- 59.American Academy of Orofacial Pain: Guidelines for Assessment. -2007- №22. - P.190-200.
- 60.American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 2nd ed. Diagnostic and Coding Manual. - Westchester. Illinois: American Academy of Sleep Medicine. - 2005.
- 61.A more efficient biofeedback procedure for the treatment of nocturnal bruxism / Moss R.A. at al. // J Oral Rehabil. - 1982. - Vol.9. - P.125-131.
- 62.A proposed mechanism for diurnal/nocturnal bruxism: hypersensitivity of presynaptic dopamine receptors in the frontal lobe. / Chen W.H. et al. // J Clin Neurosci. - 2005 - №12. - P.161-3.
- 63.Arnold M. Bruxism and the occlusion. / M.Arnold // Dent Clin North Am. -1981. - №25. - P.395-407.

64. Ash MM, Ramfjord SP. Occlusion. - 4th ed. - Philadelphia: WB Saunders. - 1995.
65. Bruxism in children: effect on sleep architecture and daytime cognitive performance and behavior. / Herrera M. et al. // Sleep. - 2006. - Vol.29. -P.1143- 1148.
66. Bruxism in military pilots and non-pilots: tooth wear and psychological stress / O. Lurie [et al.] // Aviat. Space Environ. Med. - 2007. - Vol. 78. - №2. - P.137-139.
67. Bruxism physiology and pathology: an overview for clinicians. / Lavigne G.J et. al. //J Oral Rehabil. - 2008. - Vol.35. - P.476-494.
68. Ciancaglini R. The relationship of bruxism with craniofacial pain and symptoms from the masticatory system in the adult population / R. Ciancaglini, E. Gherlone, G. Radaelli // J. Oral Rehabil. — 2001. — Vol.28. — №9. — P. 842848.
69. Cigarette smoking and bruxism / Madrid G. et al. // Percept Mot Skills. 1998. - Vol.87. - P.898.
70. Clarke J.H. Hypnosis for treatment of nocturnal bruxism./ Clarke JH, Reynolds PJ. // J Dent Res. - 1989. - Vol.68. - P.402.
71. Correlation between stress, stress-coping and current sleep bruxism / Giraki M. et al. // Head Face Med. - 2010. -Vol.6. - P.2.
72. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans/ Ikeda T. et al. // J. Orofacial Pain. - 1996. - Vol.10. - P. 270-278.
73. Dal Fabbro, C. A linear study of a man with sleep bruxism for 30 consecutive nights ± preliminary reports. / Dal Fabbro, C. and Turk, S.// J. Sleep Res. - 1996Vol.5. - Suppl. 1.- P.41-42
74. Dube C. Quantitative polygraphic controlled study on efficacy and safety of oral splint devices in tooth-grinding subjects / C. Dube // J Dent Res. - 2004. -№83. - P.398-403.
75. Effects of the D2 receptor agonist bromocriptine on sleep bruxism: report of two single-patient clinical trials / Lobbezoo F. et al. // J Dent Res.- 1997.- Vol.76.- P.1610-1614.

76. Effects of pergolide on severe sleep bruxism in a patient experiencing oral implant failure / Van der Zaag J et al. // J Oral Rehabil. - 2007. - Vol.34. - P.317-322.
- Identification of a sleep bruxism subgroup with a higher risk of pain / Rompre P.H. et al. // J Dent Res. - 2007. - Vol.86. - P.837-842. CC
77. Incidence of sleep bruxism among children in Itanhandu, Brazil / C.M. Fonseca et al. // Sleep Breath. - 2011. - Vol.15. - №2. - P.215-20.
78. Increased frequency of arousal parasomnias in families with nocturnal frontal lobe epilepsy: a common mechanism? / Bisulli F. et al. // Epilepsia. -2007- Vol.51. - P.1528-1167.
79. Jaw muscle soreness after tooth-clenching depends on force level / M. Farella et al. // J. Dent. Res. - 2010. - Vol.89. - №7. - P. 717-721.
80. Job stressors of New Zealand dentists and their associated coping strategies / K.M. Ayers et al. // Occupational Medicine. - 2008b. - №58. - P.275-281
81. Klasser G.D. Oral appliances and the management of sleep bruxism in adults: a century of clinical applications and search for mechanisms / G.D. Klasse S. Greene, G.J. Lavigne // Int. J. Prosthodont. — 2010. — Vol.23. — №5. — P. 453-462.
82. Lobbezoo F. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause- and-effect relationship? / F. Lobbezoo, G.J. Lavigne // Journal Orofacial Pain. - 1997. - №11. - P.15-23
83. Lobbezoo, F. Principles for the management of bruxism / F. Lobbezoo et al // J Oral Rehabil. - 2008. - №35. - P.509-510.
84. Lower number of K-complexes and K-alphas in sleep bruxism: a controlled quantitative study / Lavigne G.J. et al. // Clin Neurophysiol. - 2002. - Vol.113. - P.686-93.
85. Magee KR. Bruxism related to levodopa therapy / Magee KR//. - J Am Dent Assoc. - 1970. - №214. - P.147.
86. Maladaptive coping strategies in patients with bruxism compared to non- bruxing

- controls. / Schneider C. et al. // Int J Behav Med.- 2007. - Vol.14. - P.257- 261.
87. Manfredini D. Epidemiology of bruxism in adults: A systematic review of the literature / D. Manfredini, E. Winocur, L. Guarda-Nardini // J Orofac Pain. - 2013. - №27. - P.99-110.
88. Manfredini D. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism./ Manfredini D, Lobbezoo F. // J Orofac Pain. - 2009. - Vol.23. - P.153-166.
89. Occlusion factors influencing the magnitude of sleep bruxism activity / K. Sugimoto et al. // Cranio. — 2011. — Vol. 29. — №2. — P. 127-137. Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behaviour. / T. Kampe // Journal of Oral Rehabilitation. 1997 ;24:588-593.
90. Pierce C. Methodological considerations concerning the use of Bruxcore Plates to evaluate nocturnal bruxism / J. Pierce, E. Gale // J Dent Res. - 1989. - №68. - Vol.6. - P.1110-1114.
91. Pingitore G. The social and psychologic factors of bruxism. / Pingitore Chrobak V, Petrie J. // J Prosthet Dent. - 1991. - Vol.65. - P.443-446.
92. Reutens S. Periodic limb movements and other movement disorders in sleep: neuropsychiatric dimensions. / Reutens S. Sachdev P.S. // Int Rev Psychiatry. - 2005. - Vol.17. - P.283-292.
93. Sleep bruxism is associated to micro-arousals and an increase in cardiac sympathetic activity. / Huynh N. et al. // J Sleep Res. - 2006. -Vol.15. - P.339- 346.
94. The use of a bruxchecker in the evaluation of different grinding patterns during sleep bruxism / K. Onodera et al. // Cranio. - 2006. - Vol. 24. - №4. - P.292- 299.
95. Urinary catecholamine levels and bruxism in children. / Vanderas A.P. et al. //J Oral Rehabil. - 1999. - Vol.26. - P.103-110.

МУНДАРИЖА

Кириш	3
I БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМНИНГ ТАШХИСЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАСАВВИРЛАРИ	4
Бруксизмнинг этиопогинетик жихатлари	4
Бруксизмнинг келтириб чиқарувчи этиологик факторлар	9
Бруксизмнинг келиб чиқишидаги окклюзия омиллар	10
Генетик фон	11
Бруксизмнинг клиник кечиши ва ташҳисоти	13
Тунги бруксизмнинг даволашнинг замонавий усуллари	17
II БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМНИНГ СТОМАТОЛОГИК ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ	24
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни антропометрик текширув услублари	35
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни электромиография орқали текширув усуллари	37
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни антропометрик текширув усуллари	39
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни электромиография текширувидан ўтказиш	44
Тадқиқотнинг статистик усуллари	52
III БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ УМУМИЙ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИ	54
Тунги бруксизм билан касалланган беморларни асосий текширув усуллари	54

Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг тиш – жағ тизими ўзгаришлари	64
IV БОБ. ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИК АЛГОРТМИНИ ИШЛАБ ЧИҚИШИ	70
Тунги бруксизм билан касалланган беморларнинг даволаш услублари	72
Индивидуал акрил каппа қўлланилгандан сўнг оғиз бўшлиғи гигиенасининг ва стоматологик текширув усуллари	86
Тунги бруксизм билан касалланган беморлар профилак алгоритм қўллаш ва амалиётга тадбиқ этиш	101
Хулосалар	107
Амалий тавсиялар	109
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати	110
Мундарежа	121
Шартли қисқартмалар	122

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ТБ – тунги бруксизм

ЧМБФ – чайнаш мушакларининг биоэлектрик фаоллиги

ГАМК – гамма аминомасляная кислота

ОПТГ – ортопантомограмма

ОВФ – одатий восита фаолияти

ПСГ – полисомнография

УР – уйғониш реакциялари, микро фаоллашув реакциялари

ТРГ – телерентгенограмма

ЭБ – эпизодли бруксизма

ЭКГ – электрокардиограмма

ЭМГ – электромиограмма

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

AASM – (англ. American Academy of sleep medicine)

RMMA – (англ. - Rhythmic masticatory muscle activity)

ЧПЖБ – чакка пастки жағ бўғими

КДП – комплекс даволаш профилактикаси

СТК – стоматологик текширув кўрсаткичлари

ИАК – индивидуал акрил каппа

ЭРОНОВ ЁҚУБ ҚУВАТОВИЧ

**ТУНГИ БРУКСИЗМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ
КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ**
монография