

## ЕДНОСТРАННА ЛУКСАЦИЯ НА ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНА СТАВА С ИЗЯВЕН БОЛКОВ СИНДРОМ ПРИ МЛАДА ЖЕНА – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Я. Истаткова

Сектор „Спортна медицина“, Факултет по обществено здраве, здравни грижи и туризъм,  
Национална спортна академия „Васил Левски“ – София

## UNILATERAL TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISLOCATION WITH PRONOUNCED PAIN SYNDROME IN A YOUNG WOMAN: A CLINICAL CASE

Ya. Istatkova

Sports Medicine Department, Faculty of Public Health, Health Care and Tourism,  
National Sports Academy “Vasil Levski” – Sofia

<p><b>Резюме:</b></p> <p><b>Ключови думи:</b></p> <p><b>Адрес за кореспонденция:</b></p> <p><b>ORCID:</b></p>	<p><b>Въведение:</b> Заболяванията на темпоромандибуларната става засягат голяма част от населението, като нарушават ежедневните дейности на хората и благосъстоянието им. Изключително важна е ролята на навременната диагностика и изчерпателно лечение на тези състояния, състоящо се както в консервативни и изпитани методи, така и в търсенето на съвременни такива, даващи все повече обнадеждаващи резултати. <b>Клиничен случай:</b> Представяме клиничен случай на 20-годишна пациентка, студент по „Кинезитерапия“ към Факултет по обществено здраве, здравни грижи и туризъм, НСА „Васил Левски“, гр. София. По време на клинични занятия, при широко отваряне на устата, студентката изпитва силна болка и невъзможност да затвори устата си вследствие на развил се блокаж/луksация на ТМС вдясно. Своевременно е изпратена до лекарски кабинет, намиращ се наблизко, за да получи адекватна медицинска помощ, изразяваща се в мануално репонирание на едностранно луксираната става. Случаят е проследен във времето, като пациентката е консултирана и прегледана от лицево-челюстен хирург. При снемане на анамнезата се установява, че страда от бруксизъм и носи шини при спане. Посъветвана е от други преподаватели да се подложи на лечение с акупунктурни игли. На пациентката е препоръчано консервативно лечение, включващо покой, без прием на твърди храни в острия период, миорелаксанти, нанасяне на нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС) под формата на гел върху кожата около ставата, както и прием на CoX-2 инхибитори перорално (Arcoxia, Aflamil). Три месеца след лечението не е имала оплаквания или повтарящи се подобни инциденти. <b>Заклучение:</b> Изключително важно е да бъде оказана навременна, бърза и адекватна помощ на пострадалите, да им бъдат дадени насоки за последващо лечение и профилактика, така че да бъдат предотвратени бъдещи подобни инциденти, а също така пациентите да бъдат проследявани във времето. Важно е да не се пропусне опасността от едновременното развитие на дисфункционални смущения в ставата заедно с възпалителни или хронични дегенеративни заболявания.</p> <p>темпоромандибуларна става, темпоромандибуларна дисфункция, болка, консервативно лечение, лuksация, оклузални шини</p> <p><i>Д-р Яница Истаткова, e-mail: yanitsa.istatkova@nsa.bg; q_a_istatkova@abv.bg</i></p> <p>0000-0003-4009-696X</p>
<p><b>Abstract:</b></p>	<p><b>Introduction:</b> Temporomandibular joint disorders affect a significant segment of the population, disrupting their daily activities and well-being. It is extremely important to diagnose these conditions promptly and to treat them thoroughly, using both proven and modern methods that are increasingly promising. <b>Clinical case:</b> We present the case of a 20-year-old female student of “Kinesiotherapy”</p>

at the Faculty of Public Health, Healthcare and Tourism at the National Sports Academy "Vasil Levski" in Sofia. During clinical classes, the student experiences severe pain when opening her mouth wide and is unable to close it due to a blockage/locking of the jaw. The student experienced severe pain and was unable to close her mouth due to a blockage/luxation of the right temporomandibular joint (TMJ). She was immediately referred to a nearby doctor's office for adequate medical care, comprising manual repositioning of the luxated joint. The case was followed up over time, with the patient being referred for consultation and examination by a maxillofacial surgeon. During the medical history interview, it was established that the patient suffered from bruxism and wore a mouth guard while sleeping. Other colleagues had advised her to undergo acupuncture therapy. She was recommended conservative treatment, including rest, avoidance of solid food during the acute period, muscle relaxants and the application of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in gel form to the skin around the affected joint. She was also prescribed oral coxibs (Arcoxia and Aflamil). Three months after treatment, she had not experienced any further similar incidents or complaints. **Conclusion:** It is extremely important to provide affected individuals with timely, rapid and adequate assistance, guidance on follow-up treatment and prevention, and ongoing support to prevent similar cases in the future. The simultaneous development of dysfunctional disorders in the joint along with inflammatory or chronic degenerative diseases must not be neglected.

**Key words:**

temporomandibular joint, temporomandibular dysfunction, pain, conservative treatment, luxation, occlusal splints

**Address for correspondence:**

Yanitsa Istatkova, DD, e-mail: yanitsa.istatkova@nsa.bg; q\_a\_istatkova@abv.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

Темпоромандибуларната става (ТМС) е сложна синовиална става, свързваща долната челюст с темпоралната кост. Тя улеснява основни функции като дъвчене и говорене чрез ротационни и транслационни движения. Основните анатомични структури включват мандибуларен кондил, ставен диск, фиброзна капсула, синовиална мембрана и течност, здрави съседни лигаменти и дъвкателни мускули, инервирани от мандибуларния нерв и васкуларизирани от максиларната артерия. Болката при различните заболявания на ТМС включва периферна и централна сенсибилизация, модулирана от спиналното тригеминално ядро, таламуса и соматосензорния кортекс [1].

Долната челюст е единична кост, а черепът е механично единичен стабилен компонент – в тази връзка Alomar et al. приемат, че правилният термин за ставата е черепно-мандибуларна артикулация. Според тях терминът темпоромандибуларна става е подвеждащ и се отнася само за едната страна, когато се говори за функцията на ставата, а магнитнорезонансната томография (МРТ) е най-добрата техника за прецизно изобразяване на структурите на ТМС като кости, диск, течност,

капсула и връзки, както и съпоставянето и сравняването им с аутопсични проби [2].

Темпоромандибуларните разстройства засягат до 15% от възрастните, като пикът е между 20- и 40-годишна възраст. Диагнозата най-често се поставя след снемане на подробни анамнестични данни от пациентите и извършване на физикално изследване. Образните диагностични методи могат да бъдат полезни, когато се подозира малоклудия или интраартикуларни аномалии. Магнитно-резонансното изследване е „златен стандарт“ в образната диагностика на заболявания на ТМС, но Maranini et al. подчертават, че този метод на изследване е скъпоструващ, не може да се извърши във всеки медицински център и отнема време за получаване и интерпретиране на резултатите. Авторите акцентират, че това е проблем при изследване на деца, както и при пациенти с клаустрофобия, но обръщат внимание на важноста от използването на алтернативен диагностичен метод, който е неинвазивен, не е скъп и не изисква специално оборудване за провеждането му – а именно ултразвуковата диагностика на ТМС [3].

Според Murphy et al. темпоромандибуларните разстройства засягат до 25% от населението, като в до 70% от случаите състоянието се съпътства

от неправилно положение на темпоромандибуларния диск, наречено „вътрешно разстройство“. Установена е зависимост между вътрешното разстройство и остеоартритни промени [4].

Повечето пациенти съобщават за подобряване на състоянието чрез прилагане на комбинация от неинвазивни терапии като обучение, самолечение, когнитивно-поведенческа терапия, фармакотерапия, физиотерапия, както и при използването на оклузални апарати. В началото се препоръчва лечение с нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС) и мускулни релаксанти, а при хронични случаи могат да се добавят бензодиазепини или антидепресанти. При упорити случаи е добре пациентът да бъде насочен към орален и лицево-челюстен хирург [5].

Профилактиката се състои в избягване на прекомерно широкото отваряне на устата и преразтягане на лигаментите. Най-честите прийоми, с които се цели да се предпазят пациентите от хабитуална луксация (ако вече не са се появили свързани с възрастта анатомични промени в ставата), включват имобилизацията на челюстта след остра луксация, регулирането на оклузията и артикулацията на зъбите и своевременното лечение на налични ортодонтски аномалии [6].

Темпоромандибуларните разстройства причиняват значителна орофациална болка и дисфункция (шум, ограничени или променени движения на челюстта), болка в ушите, главоболие и лицева болка – често свързани с миогенна, артрогенна или мултифакторна етиология. Те могат да се проявят само в мускулите (миогенни), само в ставите (артрогенни) или и в двете (смесен тип) и може да бъде засегната едната или и двете страни на лицето. Миогенният тип се изяснява със/без ограничено отваряне на устата. Артрогенната изява включва изместване на диска със/без редуция (ставният диск възвръща нормалното си положение, когато челюстта се движи) [7]. Често при пациенти се регистрират едновременно бруксизъм, темпоромандибуларни разстройства и главоболие [8].

Тананска класифицира заболяванията на ТМС като външноставни и вътреставни. Външноставни са миофасциален дисфункционален болков синдром (МДБС), темпорален артериит и психопатология, а вътреставни – луксация и сублоксация на ставата; артрит – дегенеративен, ревматоиден, септичен, склеротичен и дистрофичен; анкилоза (фиброзна и костна), заболявания на *discus articularis*, неопластични заболявания (тумори – уголемяване на *condylus* или

*processus coronoideus* вследствие на хиперплазия, остеохондрома, остеома или саркома.

Болният изпитва болка и ограничено отваряне на долната челюст. Външно се наблюдават прогресивна лицева асиметрия и промяна в зъбната оклузия. Миофасциалният дисфункционален болков синдром (МДБС) е комплексно състояние, изразяващо се в получаването на остра травма (напр. луксация), придружена от болков синдром и миофасциален дисфункционален синдром. Дължи се на продължително съкращение на дъвкателните мускули (стиснати челюсти, бруксизъм или издаване на долна челюст напред) в резултат на тревожност. Може да бъде изразен както едностранно, така и двустранно. Пациентите изпитват неприятни усещания като стрелкаща болка и мускулни спазми, излъчващи се към областта на главата и шията (*m. sternocleidomastoideus* и *m. trapezius*). Наблюдава се ограничено отваряне на долната челюст с отклонение от нормата. Този синдром е най-често срещан при млади жени.

Луксация на ТМС се получава при изместване на *discus articularis* от кондиларния израстък и ямката, така че долната челюст остава извън директен контакт с тях. Описаното състояние е изключително болезнено, тъй като централният участък на *discus articularis* е сетивно инервиран. Луксацията на ТМС може да бъде частична (сублуксация) или пълна, едностранна и двустранна; предна, задна и странична, хабитуална луксация; също така остра, хронична продължителна или хронична рецидивираща. Най-често срещана е предната дислокация. Другите видове, като медиална, латерална, горна в средната черепна ямка и задна, са редки и са свързани предимно с травма [9, 10].

Тези състояния засягат голяма част от населението и водят до значително влошаване качеството на живот. Разстройствата на ТМС са второто най-често срещано хронично състояние, причиняващо болка, което засяга общото население след болките в гърба. Пациентите изпитват функционални ограничения, затрудняващи храненето, говора и ежедневните дейности. Те са подложени на психически дистрес, изпитват тревожност и депресия, което допълнително се отразява на общото им благосъстояние. Въпреки голямото индивидуално и обществено въздействие на заболяванията на ТМС, ефективните терапии понякога са труднодостижими поради недостатъчни изследвания и съществуващите разлики между животински и човешки анатомич-

ни препарати [11]. Тъканното инженерство, способно да се интегрира и адаптира в ТМС, има голям потенциал за създаване на регенеративни и заместващи тъкани [4].

### ОПИСАНИЕ НА КЛИНИЧНИЯ СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на 20-годишна пациентка, студент по „Кинезитерапия“ към Факултет по обществено здраве, здравни грижи и туризъм, НСА „Васил Левски“, гр. София. По време на едно от упражненията на студентите по дисциплината „Долекарска помощ“, при широко отваряне на устата, студентката изпита силна болка и невъзможност да затвори устата си вследствие на развил се блокаж/луксация на ТМС вдясно. Пострадалата изглеждаше видимо изплашена, което се засили още повече след неуспешен опит от нейна страна да затвори устата си и след прилагане на масаж в областта на дясната ТМС (като тя съобщи, че това не се случва за първи път, но се е справяла в миналото при подобни ситуации). Наблюдавана беше едностранна луксация (вдясно), устата остана в полуотворено положение, а брадичката – изместена към здравата страна. Пациентката беше своевременно изпратена да получи адекватна медицинска помощ от лекарския екип, намиращ се наблизо, като я придружиха нейни състуденти. По-късно тя сподели, че ѝ е било приложено мануално репонирание на едностранно луксираната става.

Проследихме случая във времето, като пациентката беше консултирана и прегледана от лицево-челюстен хирург. Тя съобщи, че по време на самия инцидент е изпитала много силна,

остра болка, а след наместването – постоянна, тъпа болка, умерено силна по характер. Развил се е тризмус с персистираща болка, продължила няколко дни след преживяното; изпитвала е и болка по време на хранене. Пациентката съобщи още за наличие на главоболие и болка в дясното рамо, ирадираща към дясната ръка. Тя сподели, че страда от бруксизъм и носи шини при спане; чувала е пукане в областта на ставата при по-широко отваряне на устата, а също и при дъвчене. Препоръчано ѝ е от други преподаватели да се подложи на лечение с акупунктурни игли.

По време на прегледа беше разгледана донесена медицинска документация – ортопантомография, както и рентгенографии на двете ТМС (представени на фиг. 1 и фиг. 2); пълна кръвна картина с диференциално броене, СУЕ, CRP; всички показатели бяха в норма, съобразно референтните стойности на лабораторията, в която е извършено изследването, с изключение на установено леко повишаване на:

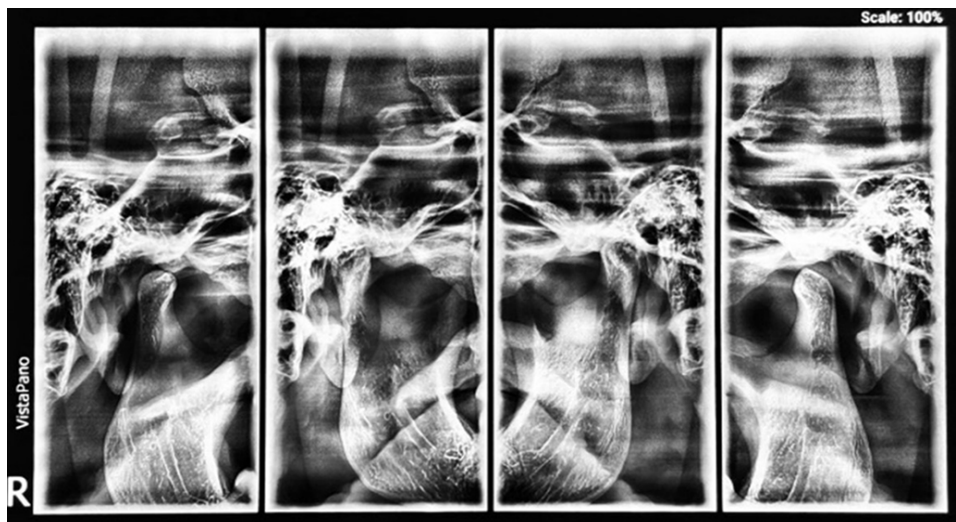
- Еозинофили = 6.8% (норма 0-0.5%)
- Базофили = 1.1% (норма 0-1%).

На пациентката беше препоръчано консервативно лечение, включващо покой, без прием на твърди храни в острия период, миорелаксанти, нанасяне на НСПВС под формата на гел върху кожата около ставата, както и прием на CoX-2 инхибитори перорално (Arcoxia, Aflamil).

След 3 месеца отново потърсихме пациентката, като тя съобщи, че се е възстановила сравнително бързо и оттогава не е имало подобни инциденти.



Фиг. 1. Ортопантомография на пациентката



Фиг. 2. Рентгенография на ТМС

## ОБСЪЖДАНЕ

Разстройствата на темпоромандибуларната става са сложни състояния, засягащи ставата и свързаните с нея мускулно-скелетни структури, които причиняват болка и функционални увреждания. Ефикасни терапевтични практики са консервативните терапии, включително поведенчески интервенции, физиотерапия и оклузални шини, приложени като първа линия на лечение, последвани от нискоинтензивна лазерна терапия, транскутанна електрическа нервна стимулация (TENS) и иглотерапия за миофасциалната болка [12]. Ботулинов токсин-А (BoNT-A) (De la Torre Canales G et al., 2024 [13]) е ефективен при персистираща/рецидивираща миогенна луксация на ТМС, но се запазва за случаи, които не реагират на първичното лечение. Новите терапии, като инжектирането на плазма, богата на тромбоцити (PRP), и 3D-отпечатани импланти, са обещаващи за рефрактерни случаи [12].

Ferrillo et al. определят хроничните темпоромандибуларни разстройства като състояние с хронична първична орофациална болка, проявяваща се като миофасциална темпоромандибуларна дисфункционална (ТМД) болка или ТМД артралгия. Според тях изявите може да включват и симптоми на фибромиалгия и главоболие, характеризирани се с хронична първична болка, свързана с дисфункция на централната нервна система [14].

Лечението на различните заболявания на ТМС изисква мултидисциплинарен подход, което се обуславя от многообразната етиология. Физиотерапията е един от основните методи за консервативно лечение и представлява част от неинвазивните методи, препоръчани от медицинските специалисти. Тя има за цел да премахне или значително да намали болката и функционалния дискомфорт, да понижи мускулния тонус и да

подобри обхвата на движение на долната челюст. Физиотерапията се предпочита и за лечение на генерализирана миалгия, тензионно главоболие и миофасциална болка. Сред използваните методи са също поведенческо обучение, мануална терапия и саморехабилитация [15, 16].

Wieckiewicz et al. посочват в свое проучване, че най-често прилаганите консервативни методи на лечение са масажът и индивидуално изработените оклузални шини. Ние също дадохме подобни препоръки на пациентката – покой, масаж и използване на оклузални шини (за бруксизъм). Други популярни методи са мануалната терапия и тейпинг, затопляне/охлаждане на болезнените стави, както и светлинна и лазерна терапия – често в комбинация с медикаменти. В най-тежките случаи на дегенерация на ТМС понякога се прибегва до хирургично възстановяване на ставата [17].

Sharma et al. заключават, че лечението на остра луксация (което е силно болезнено състояние) е лесно и се състои основно в прилагане на консервативни методи за облекчаване на симптоматичната болка с аналгетици, както и ръчно репониране на дислоцираната става [10]. Това напълно съвпада с приложеното лечение спрямо нашата пациентка, както и инструкциите, които ѝ дадохме за възстановителния период. В някои случаи обаче лечението на остра дислокация с консервативни методи трябва да се извърши под обща анестезия, поради няколко неуспешни опита за репониране под местна анестезия [18].

През 1987 г. Awang описва друг прост, безопасен и бърз метод за лечение на остра луксация, който се състои в предизвикването на рефлекс за гадене чрез сондиране/палпиране на мекото небце – това създава рефлукторно невромускулно действие, водещо до възвръщане на нормалното положение на ТМС [19].

Singh et al. проучват консервативно лечение, включващо различни оклузални интервенции, променящи съотношението между горните и долните зъби. Целта е да се подобрят оклузалните контакти, което да спомогне за облекчаване на болката и подобряване на психосоциалното функциониране и качеството на живот. Интвенциите включват използването на различни шини и корекции. Оклузалните шини се класифицират като стабилизиращи, рефлексни или репозициониращи. Оклузалната корекция се състои в изпиляване на зъбите с цел подобряване на оклузията [7]. Авторите заключават, че оклузалните шини могат да намалят мускулната болка при дъвчене в сравнение с липсата на лечение, но доказателствата според тях са много несигурни. Орофациалната миофункционална терапия може да намали тежестта на шума в ставите в сравнение с лечение чрез оклузални шини, но доказателствата също са несигурни. Singh et al. съобщават, че не намират достатъчно доказателства, за да дадат категорични заключения относно ефективността на оклузалните интервенции в лечението на смущенията на ТМС.

Riley et al. също проучват използването на шини за лечение на симптомите на темпоромандибуларни разстройства като болка и/или ограничено движение във и около челюстната става, чести главоболия/мигрени, щракване на челюстите, ограничено отваряне на устата или износване/изтриване на зъбите от скърцане (бруксизъм). Те не намират доказателства, че шините намаляват болката в сравнение с неносенето на такива или в сравнение с минимално лечение (упражнения за челюстта, съвети или обучение) при пациенти с темпоромандибуларни разстройства. Авторите оценяват доказателствата като много нискоинформативни и недостатъчни и заключават, че са необходими позадълбочени проучвания в тази област [20].

### Изводи

Присъединяваме се към препоръката на някои автори (Maranini et al.) за ранна диагностика на заболяванията на ТМС. Това е особено важно в ранните стадии на заболявания, при които дисфункцията на ТМС може да бъде свързана с механични аномалии или основни възпалителни артропатии (като ревматоиден артрит (РА) или ювенилен идиопатичен артрит (ЮИА)). ТМС има сложна анатомия и е необходимо задълбочено изследване за откриване на нарушения в структурите ѝ. Важно е да не се пропуска, че засягането на ТМС може да бъде напълно безсимптомно в ранните стадии на заболяването, без клинично доловими признаци, което за пациентите е свързано със забавяне в поставянето на правилна диагноза и прогресивно необратимо увреждане на кондиларния израстък. Ранната диагноза е от съществено значение за предотвратяване на усложненията от ЮИА.

**Благодарности:** Дълбока признателност към проф. д-р Росен Коларов – за подкрепата, експертните съвети и всеотдайната помощ при подготовката на това проучване.

### Библиография

1. Nieves Del Rio S, Omosebi O, Krishna V et al. Temporomandibular joint disorder: Anatomy of pain (part 1). *Morphologie*. 2025 Dec;109(367):101060.
2. Alomar X, Medrano J, Cabratosa J et al. Anatomy of the temporomandibular joint. *Semin Ultrasound CT MR*. 2007 Jun;28(3):170-83.
3. Maranini B, Ciancio G, Mandrioli S et al. The Role of Ultrasound in Temporomandibular Joint Disorders: An Update and Future Perspectives. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Jun 20;9:926573.
4. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME et al. Temporomandibular disorders: a review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2013 Nov-Dec;28(6):e393-414.
5. Gauer RL, Semidey MJ. Diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *Am Fam Physician*. 2015 Mar 15;91(6):378-86. <https://www.maxillofacial-bg.com/luxations.htm> [Accessed on 26.01.2026]
6. <https://www.maxillofacial-bg.com/luxations.htm> [Accessed on 26.01.2026]
7. Singh BP, Singh N, Jayaraman S et al. Occlusal interventions for managing temporomandibular disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Sep 16;9(9):CD012850.
8. Voß LC, Basedau H, Svensson P et al. Bruxism, temporomandibular disorders, and headache: a narrative review of correlations and causalities. *Pain*. 2024 Nov 1;165(11):2409-2418.
9. Тананска В. Темпоромандибуларна става. Функционални и патологични аспекти. Следдипломна квалификация и непрекъснато усъвършенстване в стоматологията. 2015/12/18 (on-line access: [sdk-nus.com/4504/](http://sdk-nus.com/4504/)) Tananska V. Temporomandibular joint. Functional and pathological aspects. *Sleddiplomna kvalifikacia I neprekasnatu usavarshenstvane v stomatologijata*. 2015/12/18.
10. Sharma NK, Singh AK, Pandey A et al. Temporomandibular joint dislocation. *Natl J Maxillofac Surg*. 2015 Jan-Jun;6(1):16-20.
11. Neubert JK, Allen K, Alliston T et al. Preclinical perspectives on disorders of the temporomandibular joint: Tracing the past, navigating the present, and shaping the future. *J Pain*. 2025 Nov;36:105560.
12. Nieves Del Rio S, Iwanaga J, Shane Tubbs R et al. Temporomandibular joint disorder: Etiologies and treatments (part 2). *Morphologie*. 2025 Dec;109(367):101074.
13. De la Torre Canales G, Poluha RL, Bonjardim LR et al. Botulinum toxin-A effects on pain, somatosensory and psychosocial features of patients with refractory masticatory myofascial pain: a randomized double-blind clinical trial. *Sci Rep*. 2024 Feb 20;14(1):4201.
14. Ferrillo M, Giudice A, Marotta N et al. Pain Management and Rehabilitation for Central Sensitization in Temporomandibular Disorders: A Comprehensive Review. *Int J Mol Sci*. 2022 Oct 12;23(20):12164.
15. Ben El Hammi N, Amessegher F, Moudni S et al. Physiotherapy Approaches for Temporomandibular Disorders: A Multimodal Conservative Management Strategy. *Cureus*. 2025 Jul 28;17(7):e88885.
16. Dąbkowska I, Sobiech L, Czepińska A et al. Multimodal Approaches in the Management of Temporomandibular Disorders: A Narrative Review. *J Clin Med*. 2025 Jun 17;14(12):4326.
17. Wieckiewicz M, Boening K, Wiland P et al. Reported concepts for the treatment modalities and pain management of temporomandibular disorders. *J Headache Pain*. 2015;16:106.
18. Priya A, Mishra N, Anandkumar J et al. General anaesthesia as an effective aid for reduction of acute temporomandibular joint dislocation: a case report. *Int J Appl Dent Sci*. 2020
19. Awang MN. A new approach to the reduction of acute dislocation of the temporomandibular joint: A report of three cases. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1987;25:244-9.
20. Riley P, Glenn AM, Worthington HV et al. Oral splints for patients with temporomandibular disorders or bruxism: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2020 Feb;24(7):1-224.