

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ З ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО- НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА

Х. І. Табака, Г. О. Стельмах, Т. Г. Бакалюк

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»*

У роботі проаналізовано тенденції відновного лікування у пацієнтів із дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба та наведено результати власних досліджень. Ця тема актуальна для декількох дисциплін: стоматології, неврології, ортопедії, медичної реабілітації, мануальної терапії.

NEW APPROACHES TO THE IMPLEMENTATION OF METHODS OF PHYSICAL REHABILITATION IN ADULT PATIENTS WITH THE DYSFUNCTION OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

Kh. I. Tabaka, H. O. Stelmakh, T. G. Bakalyuk

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

The article analyzes the tendencies of rehabilitation in patients with the dysfunction of the temporomandibular joint and represents the results of own researches. This theme connects several disciplines: dentistry, neurology, orthopedics, medical rehabilitation and manual therapy.

Вступ. Число хворих на дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба (ДСНЩС) в останні десятиліття продовжує невідомо збільшуватися, особливо серед людей молодого віку. За даними різних авторів, синдром ДСНЩС спостерігають у 25–35 % молодих людей [5, 7, 8].

Скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є складним суглобовим з'єднанням в організмі людини. Інконгруентність суглобових поверхонь створює нестійкість внутрішньосуглобових взаємозв'язків, їх повну залежність від змикання зубних рядів і стану жувальної мускулатури [1]. В основі патологічних змін у СНЩС велику роль відіграє дисфункція жувальної мускулатури на тлі порушення її іннервації, що призводить до дискоординації жувальної функції та рухів СНЩС і формування травматичної оклюзії [4]. Погляди на виникнення м'язово-суглобової ДСНЩС практично охоплюють всі сторони життя людини, де будь-який з несприятливих факторів може стати причиною хвороби [2, 6, 7], одним із них є вплив факторів центрального походження (нервово-психічних стресів, захворювань нейроендокринної системи, змін імуні-

нологічної реактивності організму), що може спричинити порушення нейро-м'язової регуляції жувального апарату [4–6]. Від синдрому ДСНЩС страждає велика категорія хворих із залученням у патологічний процес і скелетної мускулатури голови і шиї [2, 7].

До теперішнього часу не існує загально визнаної концепції лікування таких пацієнтів. Розробка індивідуальної відновної лікувальної програми для пацієнтів із ДСНЩС, крім заходів, які безпосередньо впливають на больовий синдром, може потребувати спільної діяльності невролога, мануального терапевта, рефлексотерапевта, ортопеда, щелепно-лицьового хірурга та інших фахівців. Більшість клініцистів наголошує, що відновне лікування пацієнтів із ДСНЩС має бути комплексним і повинно враховувати етіологію, патогенез, стадію захворювання, індивідуальні особливості перебігу і стан самого пацієнта [2, 5, 8], такий комплексний підхід у реабілітації потребує мультидисциплінарного підходу із залученням лікарів різних спеціальностей. У літературі висвітлено численні дослідження з цього приводу і виникають дискусійні питання про застосування методів фізичної реабілітації у комплексному лікуванні захворювань СНЩС. Саме ці невирішені

питання спонукали нас продовжити пошук шляхів реабілітації та профілактики ДСНЩС.

Мета роботи: дослідити ефективність застосування об'ємного пневмопресінгу в пацієнтів молодого віку з дисфункцією скронево-нижньощелепного суглоба.

Основна частина. У дослідження включено 38 пацієнтів віком 18–26 років, середній вік становив (22,6±0,9) року з діагностованою дисфункцією СНЩС. Після проведеного ортодонтичного лікування у пацієнтів зберігались скарги на періодичний або частий головний біль, періодичне головокружіння, загальну слабкість і знижену працездатність.

Для визначення ступеня вираження м'язово-суглобової дисфункції ми використали комплексний кількісний індекс оцінки [1]. Критерії оцінки вираження м'язово-суглобової дисфункції наведено нижче:

1. Симетричність обличчя:

а) обличчя симетричне – 0 балів;

б) визначається асиметрія обличчя при зімкнутих зубних рядах, що проходить при відкриванні рота – 1 бал;

в) визначається асиметрія обличчя при зімкнутих зубних рядах, яка не проходить при відкриванні рота – 5 балів.

2. Амплітуда вертикальних рухів нижньої щелепи:

а) не обмежена (відкривання рота 38–56 мм) – 0 балів;

б) незначно обмежена (відкривання рота 25–37 мм) – 1 бал;

в) сильно обмежена (відкривання рота менше 25 мм) – 5 балів.

3. Амплітуда бічних рухів нижньої щелепи:

а) не обмежена (бічні рухи 10–15 мм) – 0 балів;

б) незначно обмежена (бічні рухи 5–9 мм) – 1 бал;

в) сильно обмежена (бічні рухи менше 5 мм) – 5 балів.

4. Протрузія нижньої щелепи:

а) не обмежена (5–7 мм) – 0 балів;

б) незначно обмежена (3–4 мм) – 1 бал;

в) сильно обмежена (менше 3 мм) – 5 балів.

5. Симетричність рухів нижньої щелепи при відкриванні рота:

а) рух нижньої щелепи по середній лінії (допустимо бічний зсув нижньої щелепи в кінці відкривання рота на 2 мм) – 0 балів;

б) девіація – рух нижньої щелепи зі зміщенням у сторону на початку і поверненням до середньої лінії в середині відкривання рота (допустимо бічний зсув нижньої щелепи в кінці відкривання рота на 2 мм) – 1 бал;

в) дефлекція – рух нижньої щелепи зі зміщенням у сторону в кінці відкривання рота більше 2 мм – 5 балів.

6. Біль в скронево-нижньощелепному суглобі при рухах нижньої щелепи:

а) відсутній – 0 балів;

б) при одному русі нижньої щелепи – 1 бал;

в) при двох і більше рухах нижньої щелепи – 5 балів.

7. Біль в жувальних м'язах при рухах нижньої щелепи:

а) відсутній – 0 балів;

б) при одному русі нижньої щелепи – 1 бал;

в) при двох і більше рухах нижньої щелепи – 5 балів.

8. Пальпація скронево-нижньощелепного суглоба:

а) безболісна – 0 балів;

б) викликає неприємні відчуття – 1 бал;

в) болюча – 5 балів.

9. Пальпація жувальних м'язів:

а) безболісна – 0 балів;

б) від одного до трьох м'язів болючі при пальпації – 1 бал;

в) чотири і більше м'язів болючі при пальпації – 5 балів.

10. Визначення суглобового шуму при рухах нижньої щелепи:

а) не визначається – 0 балів;

б) визначається при аускультатії – 1 бал;

в) визначається при пальпації – 5 балів.

Після оцінки цих критеріїв проводили підрахунок набраних балів, з отриманого результату визначали ступінь м'язово-суглобової дисфункції за такою схемою: 0 балів – немає дисфункції; 1–10 балів – дисфункція легкого ступеня; 11–20 балів – дисфункція середнього ступеня; 20–50 балів – дисфункція важкого ступеня.

У групі дослідження найчастіше спостерігали низький (63,1 %) і середній ступінь вираження клінічних проявів дисфункції СНЩС (36,9 %). Пацієнти з тяжким ступенем проявів ДСНЩС не були включені в дослідження. У 47,3 % досліджуваних пацієнтів виявлено порушену функцію роботи жувальних м'язів, у 39,4 % – зменшену амплітуду відкривання рота, в 31,5 % – болючу пальпацію жувальних м'язів, у 26,3 % спостерігали больовий синдром.

У нашому дослідженні з методів фізичної реабілітації застосовано об'ємний пневмопресінг (ОПП) – вплив стислим повітрям, що подається через спеціальні манжети, тиск якого дозується комп'ютером (апарат БІО-1). У комплект апарату входить унікальна пневмоманжета «Шапочка» для пневмопресінгу го-

лови (краніопресура). Цю методику запропоновано І. В. Таршиновим та Ю. І. Люком і запатентовано в Україні [3]. За допомогою поступового нагнітання повітря в пневмовідсіки забезпечується масажний вплив на м'язи голови та м'язи, які оточують скронево-нижньощелепний суглоб. Пацієнти через день приймали ОПП голови тривалістю 12 хв, загальною кількістю 8 процедур.

Критерієм оцінки ефективності реабілітації було зменшення ступеня вираження м'язово-суглобової дисфункції. Після проведеного відновного лікування за допомогою методу ОПП пацієнтів із низьким ступенем вираження клінічних проявів дисфункції СНЩС стало 29 осіб (76,3 %), із середнім ступенем вираження залишилось 7 пацієнтів (18,4 %), у 4 пацієнтів (10,5 %) не відзначались ознаки дисфункції.

У 10 досліджуваних пацієнтів покращилась робота жувальних м'язів, у 13 – збільшилась амплітуда відкри-

вання рота, в 10 – зникла болючість при пальпації жувальних м'язів, у 8 – біль в СНЩС перестав турбувати.

Також пацієнти, які взяли участь в дослідженні, відзначили суттєве зменшення головного болю, покращення сну та загального самопочуття. Застосування ОПП у 89,4 % досліджуваних пацієнтів сприяло відновленню роботи СНЩС.

Висновки. 1. Дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба є мультифакторним захворюванням і вимагає мультидисциплінарного підходу в лікуванні та реабілітації.

2. Застосування ОПП у вигляді «м'якої» краніальної маніпуляційної техніки дозволяє стабілізувати краніо-мандибулярну систему і м'язи, які беруть участь у відкриванні та закриванні рота.

3. Запропонована корекція м'язової дисфункції СНЩС підвищить якість стоматологічної допомоги населенню.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Арушанян А. Р. Оценка распространенности симптомов мышечно-суставной дисфункции у лиц, обращающихся в стоматологическую поликлинику [Электронный ресурс] / А. Р. Арушанян, Е. С. Попко, С. В. Коннов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, № 12. – С. 1755–1756. – Режим доступа : <https://medconfer.com/node/5809>.

2. Болдин А. В. Миофасциальный синдром: от этиологии до терапии (обзор литературы) [Электронный ресурс] / А. В. Болдин, М. В. Тардов, Н. Л. Кунельская // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2015. – № 1. – Режим доступа : <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5073.pdf>.

3. Зайцев Д. В. Об'ємний пневмопресинг: теорія і практика (огляд літератури) / Д. В. Зайцев, Г. Ю. Пишнов // Український медичний часопис. – 2014. – № 4. – С. 127–132.

4. Майборода Ю. Н. Нейромышечная и суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / Ю. Н. Майборода, О. Ю. Хорев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24, № 3. – С. 142–148.

5. Манфредини Д. Височно-нижнечелюстные расстройства. Современные концепции диагностики и лечения / Д. Манфредини. – М. : Азбука, 2013. – 503 с.

6. Персин Л. С. Стоматология. Нейростоматология. Дисфункции зубочелюстной системы / Л. С. Персин, М. Н. Шаров. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 360 с.

7. Шувалов С. М. Заболевания и дисфункциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Клиника, диагностика, лечение / С. М. Шувалов. – Винница : «Книга-Вега», 2012. – 48 с.

8. Treatment of Myogenic Temporomandibular Disorder by Occlusal Splint and Physical Therapy: a Case Report / T. Badel, J. Stražanac, M. Marotti, L. Krapac // Acta Stomatol. Croat. – 2010. – Vol. 44, No. 3. – P. 202–210.

Отримано 01.02.19