

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЬОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВОНИЖЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

**Вищий державний навчальний заклад України**

**«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)**

**svetlana\_danilch@mail.ru**

Дана робота є фрагментом ініціативних наукових тем кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними стоматологічними захворюваннями та їх реабілітація», № державної реєстрації 0111U006300; та «Застосування матеріалів наповнених наночастками», № державної реєстрації 0111U006298.

**Вступ.** За даними літературних джерел на Україні у 82% молодих людей віком від 18 до 39 років діагностується остеохондроз. Це в першу чергу проявляється запамороченням, головними болями у потиличній ділянці, шумом у вухах. При поворотах голови сукупність симптомів може посилюватися, а різкий рух часто приводить до втрати свідомості. Подібний симптомокомплекс проявляється при больовій дисфункції скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС), який характеризується наявністю тригерних точок м'язів голови, головним болем різного характеру та локалізації, біллю в шиї, вухах, в ділянці суглобів, зубними болями, трісканням та хрустом при відкриванні та закриванні рота [1]. Ці симптоми виникають при тривалій одноманітній роботі, однотипних рухах голови та шиї, пов'язаних з професійною діяльністю. При цьому відбуваються деструктивні зміни хрящової тканини з подальшим відкладенням солей, погіршуються амортизуючі властивості міжхребцевих дисків, виникають больові відчуття і дискомфорт. Супутніми чинниками, які прискорюють розвиток недуги є динамічні і статичні перевантаження, травми спини, вібрація.

### **Мета дослідження:**

1. Виявити діагностичні особливості клінічних проявів дисфункції СНЩС у пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта.

2. Дати оцінку ефективності запропонованого алгоритму лікування пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта, як елементу комплексного міждисциплінарного підходу.

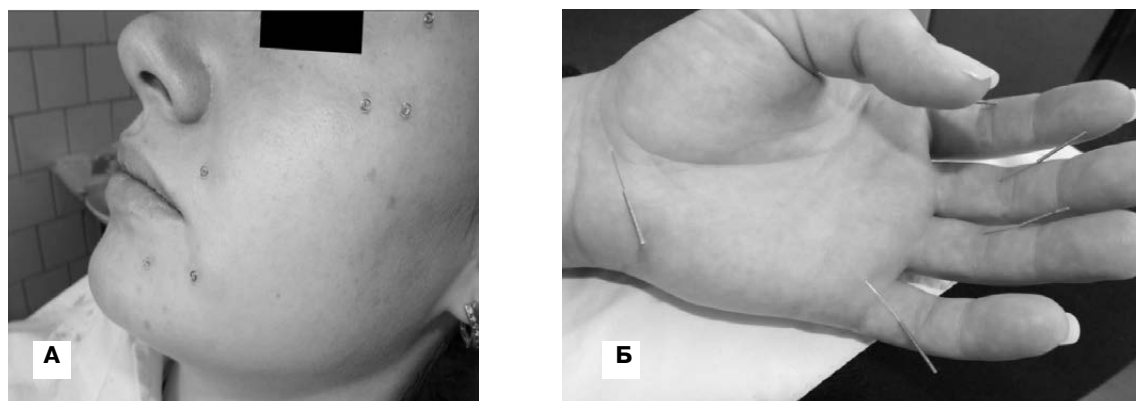
**Об'єкт і методи дослідження.** У клініці кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів ВДНЗУ «УМСА» були обстежені 12 осіб (6 жінок і 6 чоловіків) віком від 20 до 43 років (середній вік 37 років) з дисфункцією СНЩС. До групи порівняння увійшли 8 пацієнтів (4 жінки і 4 чоловіки) віком від 24 до 50 років (середній вік 38 років). Діагностика захворювань у пацієнтів здійснювалась спільно з лікарем – остеопатом та лікарем – ортопедом-стоматологом. Клінічне обстеження включало вивчення скарг, розвитку

захворювання, анамнезу життя, даних огляду. При вивченні функції СНЩС оцінювалася амплітуда поступальних рухів нижньої щелепи шляхом вимірювання відстані між різьченими краями різців штангенциркулем при максимальному відкриванні рота (МВР). Для визначення у пацієнтів гіпермобільності суглобів (ГС) використовувалися критерії С. Carter і J. Wilkinson в модифікації Р. Beighton [2,7]. Дані критерії включають 4 парних ознаки і 1 непарну (ознака відповідає 1 балу). Максимальна кількість балів – 9. При сумі балів 3-9 ГС вважається визначеною. Оцінка 3-4 бали свідчить про легку ступінь, 5-8 балів – про виражену, 9 балів – про генералізовану гіпермобільність [3].

Рентгенологічна діагностика включала проведення лінійної томографії обох СНЩС з відкритим і закритим ротом за методом Н. А. Рабухіної [4]. При порівняльному описі лінійних томограм правого і лівого СНЩС у досліджуваних пацієнтів оцінювалися форма і ширина головки нижньої щелепи, форма і висота суглобового горбика, довжина гілки нижньої щелепи, ширина суглобової щілини, наявність або відсутність деформацій, склерозу, остеофітів, деструкції кісткових суглобових поверхонь, положення головки нижньої щелепи при закритому і відкритому роті.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У 7 з 12 пацієнтів діагностовано гіпермобільність суглобової голівки нижньої щелепи з ознаками вивиху, що вправляється. У 2 пацієнтів – запальна контрактура жувальних м'язів. Провідними симптомами гіпермобільності суглобової голівки нижньої щелепи були неадекватно широке відкривання рота з виходженням суглобової голівки вперед за межі вершини суглобового горбика, шумові явища в ураженому суглобі у вигляді шелесту, хрускотіння, клацання. На прицільних рентгенограмах СНЩС характерним було асиметричне розташування однієї з суглобових голівок по відношенню до суглобового горбика, явища неповного вивиху однієї із суглобових голівок. Хворі з м'язовими контрактурами скаржились на неможливість оптимального відкриття рота, з порушенням миміки при цьому. На прицільних рентгенограмах суглобові голівки не змінювали свого положення.

Серед обстежених пацієнтів з дисфункцією СНЩС співвідношення жінки / чоловіки визначено як 1:1. Здебільшого причиною звернення пацієнтів до лікаря послужила поява хрускоту, клацання, артралгій або дискомфорту в одному або двох СНЩС при широкому відкриванні рота, але назвати причину зазначених симптомів пацієнти не змогли. Тривалість суглобового синдрому варіювала від 1,5 міс. до 8 років. При зборі



**Рис. 1.** Проведення сеансу голкотерапії на обличчі (А) та долонях (Б).

анамнезу було з'ясовано, що у 30% пацієнтів раніше зазначалося епізодичне обмеження відкривання рота без явної зовнішньої причини. При огляді обличчя пацієнтів деформації СНЩС не визначались. Шкірні покриви обличчя мали фізіологічне забарвлення. Дискомфорт, слабкі або помірні артралгії, суглобові шуми (хрускіт, клацання, крепітація) в ділянці СНЩС з'являлися у пацієнтів тільки при широкому відкриванні рота. Пальпація СНЩС, жувальних м'язів не викликала больових відчуттів. Показник максимального відкривання рота (МВР) знаходився у діапазоні від 37 мм до 57 мм. При огляді порожнини рота 9 пацієнтів (75%) даної групи мали фізіологічний прикус. У 3 пацієнтів (25%) виявлені аномалії прикусу. Одностороння дисфункція СНЩС визначена у 10 чол. (83,3%), двостороння – у 2 чол. (16,7%). У групі пацієнтів з дисфункціями СНЩС ознаки ГС були визначеними (сума балів 3-9) у 7 чол. (63,6%). У решти 5 чол. (36,4%) сума балів критеріїв ГС дорівнювала 0-2 балам.

У пацієнтів групи порівняння скарги на СНЩС відсутні, анамнез без особливостей, при огляді та пальпації щелепно-лицьової ділянки патологічних змін не виявлено. Пацієнти цієї групи мали фізіологічний прикус. Показник МВР був від 37 мм до 53 мм. ГС була у 2 чол. (сума балів 3-6) (25%), у 6 чол. відсутня (сума балів 0-2) (75%).

При порівняльній характеристиці проявів ГС можна відзначити, що між середнім віком пацієнтів і вираженістю ГС існує кореляційна залежність. При аналізі томограм СНЩС в обох групах пацієнтів нами не визначені деструкція, склероз, остефітоз кісткових суглобових поверхонь. Суглобові щілини добре простежувалися і мали ширину 3-4 мм. Зміна функції СНЩС у пацієнтів з ГС виражалася у збільшенні екскурсій головки нижньої щелепи: підвивих (12 суглобів;) і вивих (3 суглоба) У групі порівняння визначений тільки один СНЩС з підвивихом. Верхня межа діапазон МВР у пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС була більше (40-62 мм), ніж у групі порівняння (38-52 мм). Причому МВР збільшилася пропорційно вираженості ГС у пацієнтів. Виявлений нами діапазон МВР в групі порівняння збігається з даними інших дослідників [6]. У пацієнтів з гіпермобільністю СНЩС (27,3%) з обмеженням рухливості або блокування нижньої щелепи внаслідок зсуву внутрішньосуглобового диска і створення перешкод для відкривання рота, больовий синдром в області СНЩС посилювався. Надалі симптоми внутрішніх порушень

СНЩС (зміщення диска) зникали. З позасуглобових проявів ГС у спостережуваних нами пацієнтів відзначалося наявність аномалій зубів (7,6%), шийного остеохондрозу, що дозволяє говорити про синдром ГС.

Рентгенологічне обстеження пацієнтів з ГС дозволило виключити органічну патологію СНЩС і відзначити в ряді випадків збільшення рухливості суглоба (підвивих – 21,4%; вивих – 5,4%). Однак наявність вивиху нижньої щелепи за даними рентгенологічного дослідження не супроводжувалося появою у пацієнтів характерних клінічних ознак.

**Лікування** даних пацієнтів здійснювалось спільно з лікарем – остеопатом та лікарем – ортопедом-стоматологом. Специфікою терапії була дія на больовий компонент у пацієнтів в проблемних ділянках правого та лівого скронево-нижньощелепного суглобів та шийного відділу хребта за допомогою нетрадиційних методів (рефлексаналгезія за методиками Пекінської школи, світлолікування – синє світло (режим В2) апарату LuxDent «UFL- 122», використання аплікатора Ляпка, методик ЦИГУН- терапії) [9, 10].

Запропонований нами алгоритм лікування включав:

1. Усунення больового компонента в ділянці правого та лівого СНЩС і шийного відділу хребта (остеопат, ЦИГУН-терапія, голкорексфлексаналгезія (**рис. 1, А, Б**), синє світло (В2) апарату LuxDent «UFL 122» (**рис. 2**)).

2. Усунення проблем прикусу (виготовлення стоматологом-ортопедом спільної суглобової капи для тимчасової фіксації прикусу (**рис. 63**) з подальшим протезуванням при необхідності).

3. Фіксація результату – центральне змикання=центральній оклюзії.

4. Профілактика ускладнень (індивідуальна робота пацієнтів вдома, ЦИГУН – терапія, масаж, вправи оздоровчої гімнастики).

5. Досягнення тривалої стабілізації процесу з урахуванням виконання індивідуальної програми реабілітації, складеної для кожного конкретного пацієнта.

Етап ортопедичного лікування пацієнтів з дисфункціями СНЩС включав виготовлення капи з наповненням молекулами фулеренів C60, що є досить перспективним як для профілактики протезного стоматиту, так і для лікування. Це покриття виключає вимивання мономеру з пластмаси, не змінює форму



Рис. 2. Світлолікування



Рис. 3. Суглобова капа

рельєфу протезу, покращує фізико-механічні характеристики пластмаси, не збільшує вагу протезу, індиферентне для оточуючих тканин, завдяки малим розмірам запечатує мікропори в пластмасі, чим перешкоджає розмноженню бактерій та зменшує водопоглинання протезу і його деструкцію.

**Висновки.** Кожній формі дисфункції властиві свої клінічні, функціональні, так і рентгенологічні зміни. У 15% випадків у пацієнтів з ГС було відзначено збільшення амплітуди рухливості нижньої щелепи (53-61 мм), в 85% – рухливість нижньої щелепи варіювала в нормальному діапазоні (39-51 мм).

Гіпермобільність СНЩС визначена у чоловіків і жінок віком від 20 до 43 років, характеризується збільшенням амплітуди рухів нижньої щелепи (більше 52 мм), що може протікати безсимптомно або супроводжуватися появою суглобових шумів, артралгій при рухах в суглобах. Рентгенологічно гіпермобільність СНЩС характеризувалася наявністю підвивиха (21,4%) або вивиха (5,4%). Функціональні порушення

зі сторони СНЩС слід розглядати як складний, багатоконпонентний комплекс патологічних змін в його структурах. При лікуванні пацієнтів від 2 до 4,5 місяців отримані позитивні результати, що об'єктивно підтверджені клінічними та параклінічними дослідженнями. Показник МВР знижувався до 38-52 мм., зникали суглобові та міжхребцеві розлади. Ми вважаємо даний алгоритм ефективним при його застосуванні у комплексному міждисциплінарному підході при лікуванні пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта [8]. Доцільним є використання нетрадиційних методів знеболювання (акупунктури) та світлолікування.

**Перспективи подальших досліджень.** В подальшому планується продовження вивчення ефективності використання запропонованого алгоритму лікування в групах пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС, гіпермобільністю суглобів на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта.

### Література

1. Бугровецкая О. Г. Мануальная диагностика и мануальная терапия при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / О. Г. Бугровецкая, В. В. Юров / Рефлексотерапия. – 2003. – № 3. – С. 13-15.
2. Доэрти М. Клиническая диагностика болезней сустава / Доэрти М., Доэрти Д. / Пер. с англ. А. Г. Матвейкова. – Минск, 1993. – 144 с.
3. Мельник В. Л. «Комплексний підхід при лікуванні пацієнтів з больовою дисфункцією скронево-нижньощелепного суглобу на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта» / В. Л. Мельник, В. К. Шевченко, Є. В. Шевченко, І. В. Мельник // Вісник проблем біології і медицини. – 2014 – Вип. 2, Том 2 (108). – С. 9-12.
4. Ондрашик М. Суставная гипермобильность в Словацкой популяции / М. Ондрашик, И. Рыбар, Ш. Ситяй, И. Буран // Ревматология. – 1986. – № 2. – С. 24-26.
5. Рабухина Н. А. Заболевания височно-челюстного сустава и их рентгенологическое распознавание / Н. А. Рабухина. – М., 1966. – 77 с.
6. Ревматические болезни : Рук. для врачей / Под ред. В. А. Насоновой, Н. В. Бунчука. – М., 1997. – 520 с.
7. Тревел Д. Миофасциальные боли / Д. Тревел, Д. Симонс / Пер. с англ. – Т. 1. – М., 1989. – 256 с.
8. Цигун-терапія. Оздоровча гімнастика : навч. посіб. / В. Л. Мельник, В. К. Шевченко, М. П. Римар. – Полт. : ПП Шевченко Р. В., 2014. – 117 с.
9. Шевченко В. К. Використання спектрів світла в діагностиці та лікуванні стоматологічних захворювань апаратом «UFL-122» / В. К. Шевченко, В. Л. Мельник // Стоматолог. Журнал практикуючого врача. – 2011. – № 9. – С. 12-15.
10. Яковлева А. Гипермобильный синдром / Мед. газ. – 25. 02. 2000. – С. 8-9.

УДК 616. 724-002-07-08

### ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЬОВОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ СКРОНЕВО-НИЖЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ НА ФОНІ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Мельник В. Л., Шевченко В. К., Шевченко Є. В., Мельник І. В.

**Резюме.** Кожній формі дисфункції властиві свої клінічні, функціональні та рентгенологічні зміни. Лікування хворих з больовою дисфункцією СНЩС на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта складалось із

застосування мануальної терапії, ЦИГУН-терапії, рефлексаналгезії, світлолікування, виготовлення індивідуальної суглобової капи з нанопокриттям молекулами фулеренів C60, профілактики ускладнень з урахуванням виконання індивідуальної програми реабілітації. Одержані позитивні результати застосування запропонованого алгоритму лікування 12 пацієнтів в терміни від 2 до 4,5 місяців підтверджені клінічними та параклінічними дослідженнями.

**Ключові слова:** больова дисфункція скроневопіднижньощелепного суглобу, шийний остеохондроз, голкорексотерапія, цигун-терапія, світлолікування, суглобова шина.

УДК 616.724-002-07-08

### **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Мельник В. Л., Шевченко В. К., Шевченко Е. В., Мельник І. В.**

**Резюме.** Каждой форме дисфункции ВНЧС соответствуют свои клинические, функциональные и рентгенологические изменения. Лечение пациентов с болевой дисфункцией височнонижнечелюстного сустава на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника состояло из применения мануальной терапии, ЦИГУН-терапии, рефлексаналгезии, светолечения, изготовления индивидуальной суставной капы с нанопокритием молекулами фулеренов C60, профилактики осложнений с учетом выполнения индивидуальной программы реабилитации. Получены положительные результаты применения предложенного алгоритма лечения 12 пациентов в сроки от 2 до 4,5 месяцев, которые подтверждены клиническими и параклиническими исследованиями.

**Ключевые слова:** болевая дисфункция височнонижнечелюстного сустава, шейный остеохондроз, игло-рефлексотерапия, цигун-терапия, светолечение, суставная капа.

UDC 616.724-002-07-08

### **Features of Diagnostic and Treatment Temporomandibular Pain-Dysfunction Syndrome against the Backdrop of Cervical Osteochondrosis**

**Melnik V. L., Shevchenko V. K., Shevchenko E. V., Melnik I. V.**

**Abstract.** According to the literature in Ukraine in 82% of young people aged 18 to 39 years diagnosed osteochondrosis and temporomandibular pain dysfunction.

The aim of this study is to identify diagnostic features of clinical manifestations of temporomandibular pain dysfunction in patients with osteochondrosis of the cervical spine and the effect of the proposed treatment algorithm for these patients. The department of postgraduate education of dentists Higher medical educational institution of Ukraine "UMSA" were examined 12 people (6 women and 6 men) aged 20 to 43 years (mean age 37 years) with temporomandibular dysfunction. By comparison group included 8 patients (4 women and 4 men) aged 24 to 50 years (mean age 38 years). Diagnosis of the patients was carried out jointly with the doctor – a doctor and osteopath – orthopedic dentists. Conducted clinical examination of patients estimated amplitude translational movement of the mandible according to criteria C. Carter and J. Wilkinson a modification P. Beighton. Radial diagnostics includes linear imaging of both temporomandibular joints with open and closed mouth method by N. A. Rabuhina.

In 7 of 12 patients diagnosed with hypermobility joint head of the mandible with signs of dislocation that reduce. In 2 patients – inflammatory contracture of masticatory muscles. Value of maximal mouth opening (VMMO) was in the range of 37 mm to 57 mm. Unilateral TMJ dysfunction is defined in 10 people. (83.3%) bilateral – 2 people. (16.7%). In the group of patients with TMJ dysfunction symptoms were defined as hyperactivity of joint (total score 3-9) in 7 people. (63.6%). The other 5 people. (36.4%) total score equal criteria hyperactivity of joint 0-2 points. In patients in the comparison of VMMO was from 37 mm to 53 mm. Hyperactivity of joint was diagnosed in 2 people. (Total score 3-6) (25%), 6 persons without hyperactivity of joint (total score 0-2) (75%).

The upper limit of the range of VMMO in patients with TMJ hypermobility was larger (40-62 mm) than in the comparison group (38-52 mm). Treatment of these patients was carried out jointly with the doctor-osteopath, dentist-orthopedist. We proposed treatment algorithm included: – the elimination of pain component in the area of right and left TMJ and cervical spine (osteopaths, Chi Kung Therapy, acupuncture analgesia, blue light (B2) apparatus LuxDent «UFL 122»);

– elimination bite problems; – fixation result – central closing = central occlusion; – prevention of complications; – achievement of long stabilized process. When treating patients from 2 to 4. 5 months of positive results that objectively confirmed clinical and paraclinical studies. VMMO index decreased to 38-52 mm., Disappeared joints and intervertebral disorders. Given this, the algorithm can be considered effective if it is applied in complex interdisciplinary approach in patients with TMJ pain dysfunction on the background of osteochondrosis of the cervical spine.

Each form has its own dysfunction as clinical, functional and radiographic changes. TMJ hypermobility characterized by increasing range of motion of the mandible (over 52 mm), which may be asymptomatic or be accompanied by joint appearance of noise, arthralgia during movement in the joints. Radiological TMJ hypermobility characterized by the presence of subluxation (21.4%) or dislocation (5.4%).

These data differentiated approach for the patients comprehensive treatment. It is advisable to use alternative methods of using acupuncture, Chi Kung Therapy and phototherapy, which allows to reduce the treatment time.

**Keywords:** temporo-mandibular pain-dysfunction, cervical osteochondrosis, acupuncture, chi kung therapy, phototherapy.

*Рецензент – проф. Скрипніков П. М.*

*Стаття надійшла 23. 03. 2015 р.*