

УДК 616.31:[616.724:616.742.7]-08.6-07-08-036.838.

©О. Ю. Стоян, І. І. Соколова, І. О. Перешивайлова

Харківський національний медичний університет

Новий погляд щодо діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із м'язово-суглобовою дисфункцією скронево-нижньощелепних суглобів

Завдяки поліетіологічності, різноманітності клінічних проявів, м'язово-суглобова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (МСД СНЩС) займає провідне місце серед патологій СНЩС і є одним з найбільш суперечливих діагнозів, з яким стикаються лікарі-стоматологи. МСД належить до групи так званих позасуглобових захворювань та в 70–89 % випадків не пов'язана із запальними процесами, а є звичайним функціональним порушенням. Звертає на себе увагу достатня поширеність даної патології у осіб молодого віку — від 27 до 76 %, а серед дітей та підлітків — від 14 до 20 %. Лікування, реабілітація таких пацієнтів, розуміння патологічних процесів, що призводять до неї, залишаються актуальними, що зумовлено значним збільшенням чисельності населення із дефектами зубних рядів, патологією прикусу, деякими наслідками терапевтичного, хірургічного, ортопедичного та ортодонтичного лікувань (Д. В. Кравченко, 2007).

Метою роботи стало вдосконалення диференційованого підходу до питань діагностики, вибору лікування та реабілітації пацієнтів із МСД СНЩС з урахуванням ступеня дисфункціональних проявів.

Упродовж 11 років ми клінічно обстежили 298 пацієнтів із МСД СНЩС (86 чоловіків і 212 жінок), вік яких варіював від 18 до 50 років. Акцентом наших досліджень було виявлення ступеня тяжкості МСД за клінічним індексом Nelkimo, завдяки якому стає можливою об'єктивна оцінка клінічних ознак дисфункції СНЩС залежно від ступеня її вираження. Рентгенографію СНЩС проводили в бічній проекції в закритому і відкритому прикусі, при необхідності використовували 3D-діагностику обох СНЩС.

МСД СНЩС частіше зустрічалась у осіб юнацького і молодого віку (209 осіб, 70,1%). Аналіз результатів обстеження з'ясував, що в проявах МСД СНЩС слід відрізняти м'язову дисфункцію, яка відповідає прояву легкого ступеня, м'язово-суглобову дисфункцію — середньому ступеню і суглобову дисфункцію — тяжкому ступеню. Прояви МСД СНЩС супроводжувались різним ступенем зниження функціональної активності жувальних м'язів, зміною співвідношення суглобових поверхонь, зниженням компенсаторних можливостей м'язово-суглобового апарату, посилюючи ступінь дисфункції та замикаючи так зване порочне коло (О. В. Цимбалістов, І. В. Войтяцька, Т. А. Лопушанськ, А. Є. Черваток, 2005). Рентгенологічно у 85 % пацієнтів визначався різний ступень звуження суглобової щілини.

При диференційованому підході у лікуванні наших пацієнтів ми використовували суглобову шину Фаррела й індивідуальну оклюзійну шину на ніч. Суглобову шину застосовували для лікування хворих із легким ступенем МСД протягом усього курсу лікування, при середньому і тяжкому ступені МСД — в поєднанні з індивідуальною оклюзійною шиною. Комплекс лікування включав: усунення дисбалансу роботи груп жувальних м'язів і перебудову міостатичного рефлексу за методикою І. С. Рубінова, спеціально розроблені режим поведінки хворих і функціональна терапія за В. А. Міняєвою і Т. А. Сергєєвою.

Застосування комплексу для пацієнтів з м'язовою дисфункцією визначало необхідність використання суглобової шини Фаррела протягом усього курсу лікування, для пацієнтів із м'язово-суглобовою та суглобовою дисфункціями — суглобової шини та в подальшому використання індивідуальної оклюзійної шини.