

Асоціація стоматологів України

**Матеріали I (VIII) з'їзду  
Асоціації стоматологів України**

***(30 листопада-2 грудня 1999 р.)***

Київ 1999

Залежність клінічного перебігу фурункулів та карбункулів щелепно-лицевої ділянки від групи крові	
Лозняк Л. Ф. ....	363
Вплив біотриту на показники злоскісних новоутворень слизової оболонки ротової порожнини в умовах хіміотерапії	
Процик В. С., Гулюк А. Л., Воскресенський О. Н., Лунгу В. І., Данилюк Л. В., Протункевич О. О., Багірова О. А. ....	364
Диференційна діагностика лімфаденопатій щелепно-лицевої ділянки та шиї	
Процик В. В., Лобода В. І. ....	365
Особливості вільнорадикального окислення слини у хворих на гострі запальні стоматологічні захворювання	
Рекова Л. П., Рузін Г. П., Дикий М. Т., Медведєва О. П. ....	366
Вплив препарату “Вермілат” на мікрофлору гнійних ран в експериментальних щурів лінії Wistar	
Рибалов О. В., Лобань-Черета Г. А., Ганчо О. В., Коломісць С. В. ....	367
Підсумки та перспективи наукових досліджень у розділі патології слинних залоз	
Рибалов О. В. ....	368
Лікування хворих із переломами нижньої щелепи та значними дефектами зубних рядів	
Рузін Г. П., Дем’яник Д. С. ....	369
Застосування тутопласта під час лікування вторинних деформацій та щілин губи і твердого піднебіння	
Рузін Г. Т., Яковцева А. Ф., Василенко В. М. ....	369
Лікування запальних контрактур жувальних м’язів із застосуванням мідокалма	
Рузін Г. Т., Бегаль А. С., Ентін Ю. М. ....	370
Морфологічна характеристика привушних слинних залоз у хворих із затяжними пневмоніями	
Скікевич М. Т., Дедух Н. В., Малишкіна С. В. ....	371
Морфологічна характеристика привушних слинних залоз у хворих на хронічний бронхіт	
Скікевич М. Т., Дедух Н. В., Малишкіна С. В. ....	371
Цитологічне дослідження секрету привушних залоз у хворих на хронічні неспецифічні захворювання легень	
Скікевич М. Т., Рибалов О. В. ....	372
Використання артерізованих трансплантатів під час проведення пластичних операцій на голові та шиї	
Скрипніков М. С., Соколов В. А., Австіков Д. С. ....	373
Біохімічні характеристики сироватки крові при експериментальному моделюванні деструктивно-дистрофічного процесу суглобів кроликів	
Стоян О. Ю., Тимошенко О. Т., Рибалов О. В. ....	375
Реабілітація хворих із різним ступенем прояву м’язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба	
Стоян О. Т., Рибалов О. В. ....	376
Поширені ретенційні кісти під’язикової слинної залози	
Терьошина З. Т. ....	377
Оцінка результатів методів лікування переломів нижньої щелепи	
Тимофеев О. О., Горобець О. В. ....	379
Лікування одонтогенної невралгії трійчастого нерва	
Тимофеев О. О., Весова О. П. ....	379
Про структуру пухлин привушної залози за даними клініки щелепно-лицевої хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. Шупика	
Тимофеев О. О., Кіндрась І. Б. ....	380
Медичні та соціально-економічні аспекти проблеми реабілітації хворих із переломами нижньої щелепи (ПНЩ)	
Ушич А. Л., Левенець О. К., Центіло В. Г., Торануха С. В., Лавриненко С. В., Кашанський І. В. ...	381

## Реабілітація хворих із різним ступенем прояву м'язово-суглобової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба

**Стоян О. Ю., Рибалов О. В.**

Полтава

Діагностика та лікування захворювань скронево-нижньощелепного суглобі (СНЩС) до цього часу є складним та недостатньо опрацьованим розділом стоматології. Серед цих захворювань значне місце займає м'язово-суглобова дисфункція СНЩС (МСД СНЩС). За даними різних авторів, ця патологія зустрічається від 20 до 80% (П. М. Єгоров, І. С. Карапетян, 1978, В. О. Хватова, 1982). Одним із головних патогенетичних чинників МСД СНЩС є спазм груп жувальних м'язів, діяльність яких спрямовує та контролює центральна нервова система (В. О. Хватова, 1998). Однак хворі та практичні лікарі частіше загальну увагу звертають на больовий симптом і не приділяють значення можливості психомоторного аспекту захворювання як одній із привідних етіологічних ланок МСД СНЩС. Ці моменти необхідно враховувати під час діагностики та вибору методу лікування патологій СНЩС.

**Метою дослідження** було визначення ролі місцевих та загальних чинників, що обумовлюють ступінь тяжкості МСД СНЩС, та проведення адекватного етіопатогенетичного лікування хворих.

Нами було обстежено 43 хворих з дисфункційними порушеннями СНЩС (31 жінка та 12 чоловіків віком від 18 до 60 років). Діагноз ставили після всебічного обстеження обох суглобів, яке охоплювало клінічні (опитування, огляд, пальпацію ділянок прикріплення груп жувальних м'язів, ділянки суглобів), рентгенографічні обстеження (за Шулером). Для діагностики дисфункції та встановлення ступеня тяжкості її використовували перелік симптомів дисфункції та оцінку їх у балах (індекс Helkimo: 1974). Для об'єктивної оцінки відповідної реакції організму (адаптації) пацієнтів ? психо-емоційного напруження використовували методіку визначення адаптаційного процесу Л. Х. Гаркаві, О. Г. Квакіної, М. О. Уколової (1990). Методика заснована на підрахуванні формених елементів крові, насамперед лімфоцитів, у лейкоцитарній формулі. Інші формені елементи білої крові та загальне число лейкоцитів були лише додатковими ознаками загальних реакцій та свідчили про ступінь напруженості щодо загальноприйнятих меж норми. Проводили консультації з ортопедом-стоматологом, виключали ЛОР-патологію, ревматизм.

Для хворих (11 осіб) із легким ступенем МСД СНЩС (1-4 бали за індексом Helkimo) була характерна реакція тренування (за методикою Л.Х. Гаркаві та співавт., 1990). Хворим цієї групи рекомендували традиційні методи терапії, що їх застосовують під час лікування захворювань СНЩС (електрофорез медичної жовчі, 2% розчину лідокаїну на ділянки СНЩС, діодинамічні струми на ділянки жувальних м'язів та ін.).

У разі середнього ступеня тяжкості (13 осіб) дисфункційних порушень СНЩС (5-9 балів за індексом Helkimo) адаптаційна реакція організму у більшості хворих відповідала реакції активації. Поряд із призначенням електрофорезу медичної жовчі на ділянки СНЩС та діодинамічних струмів на ділянки жувальних м'язів проводили внутрішньосуглобове уведення 2% розчину лідокаїну по 1 мл через день (від 5 до 10 ін'єкцій), що давало не тільки знеболювальний ефект, а й дозволяло роз'єднати прикус, розвантажити уражений суглоб і позитивно впливало на стан мікроциркуляції та сприяло поліпшенню судинних та внутрішньосудинних змін.

У 19 пацієнтів з тяжким ступенем МСД СНЩС (10-25 балів за індексом Helkimo) загальний стан відповідав хронічному стресу (більшість хворих були пригнічені педагогічною діяльністю). Цій категорії хворих після курсу внутрішньосуглобових уве-

день 2% розчину лідокаїну проводили курс внутрішньосуглобового введення розчину солкосерилу по 1 мл 1 раз на тиждень терміном 6 тиж. Солкосерил застосовували як коректор метаболізму сполучних тканин, як препарат з вираженою хондропротекторною дією, а також як засіб для вгамування болю. Ураховуючи те, що психоемоційний стан хворих із порушеннями СНЩС середнього та важкого ступеня потребував медикаментозної корекції, їм призначали пірацетам по 0,2-3 рази на день терміном на 1 міс. Використання пірацетаму базувалося на його позитивній дії на процес мозку, стимулювальній дії окисно-відновних процесів та стреспротектних властивостях.

Усім категоріям хворих проводили сеанси психологічного розвантаження, рекомендували міогімнастику за методикою В. І. Заусаєва, масаж жувальних м'язів та комірцевої зони.

Віддалені результати від 6 міс до 2 років у більшості хворих (39 осіб - 91%) виявили позитивні наслідки. Наш досвід дозволяє рекомендувати розроблену тактику і методику лікування різних груп пацієнтів з МСД СНЩС для широкого застосування.