

**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ
СКРОВЕВОНИЖЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ НА ТЛІ
ТРИГЕМІНАЛЬНОЇ НЕВРАЛГІЇ ЦЕНТРАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ
(КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)**

В. Л. Мельник, В. К. Шевченко, О. П. Костиренко

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба (БД СНЩС) проявляється у 90% пацієнтів наявністю тригерних точок м'язів голови, головним боєм різного характеру з розповсюдженням його в шию, вуха, ділянки суглобів, зубів верхньої та нижньої щелеп, хрускотом та трісканням при відкриванні та закриванні рота, шумом у вухах. Більшість клінічних проявів стають помітними саме в зрілому віці, однак превалюючий больовий компонент спостерігається у молодих людей віком до 38 років. Певний відсоток пацієнтів, які страждають на БД СНЩС, мають прояви нейростоматологічних захворювань, зокрема невралгії трійчастого нерва центрального генезу. Особливістю цього захворювання є різкий, короткочасний, нападopodobний біль, який місяцєподобно іррадіює на здорову половину обличчя з наявністю куркових, тригерних зон з явищами гіпергідрозу, судомами м'язів обличчя. Як правило, уражається друга - третя гілки V пари черепно-мозкових нервів з інтенсивністю болю 7-9 балів згідно шкали болю.



Особливість клінічного випадку. На кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів Полтавського державного медичного університету звернулася пацієнтка С. 1958 р. н. зі скаргами на різкий нападоподібний біль в ділянці нижньої щелепи зліва, головний біль, біль в ділянці лівого суглобу, зубний біль, тріскання та хрусткіт при відкриванні та закриванні рота зліва. Із анамнезу відомо, що у пацієнтки стан після операції видалення ретинованого 2.8 зуба. Вона щоденно працює на комп'ютері, веде малорухомий спосіб життя.

Напади болю виникали внаслідок подразнень алогенних або тригерних зон. Біль іррадіював в інтактні зуби нижньої та верхньої щелепи. Больові відчуття оцінювались за візуально-аналоговою шкалою оцінки інтенсивності болю, згідно якої лицевий біль у пацієнтки оцінений як «8» (сильний біль). З анамнезу встановлено, що пацієнтка рахує себе хворою протягом 2,5 років після видалення зуба 2.8. За цей період вона проходила лікування у сімейного лікаря, невропатолога (стаціонарне лікування). В щелепно-лицевому відділенні ПОКЛ встановлений діагноз: тригемінальна невралгія II-III гілки центрального генезу зліва. У лікаря-ортопеда проведено МРТ, діагноз: больова дисфункція правого СНЩС. Виготовлена назубна капа на верхню щелепу. Повторно проходила лікування у невропатолога, 8 сеансів гіпнозу. Кожен із зазначених лікарів призначав індивідуальне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, але це не допомогло і вона звернулася на кафедру післядипломної освіти лікарів-стоматологів.

Об'єктивно: при нападі болю спостерігалось явище гіпергідрозу - почервоніння шкіри обличчя зліва на якому виступав піт. Згідно пальпації по Valle визначались тригерні зони, подразнення яких спричиняло гострий напад болю. Стан пацієнтки задовільний, лімфовузли не збільшені. При відкриванні рота неприємні відчуття на слизовій щоки, перехідної складки. Незадовільний

стан тієї порожнини рота із-за виникаючого болю при застосуванні тієї засобів. Під час нападу болю пацієнтка завмирає, тисне долонею на місце болю, або інтенсивно розтирає його. На питання відповідала активно.

Для пацієнтки нами був розроблений план лікування, що включав:

1. Усунення больового компоненту в ділянці лівого СНЩС та лівої половини обличчя (голкорексфлексаналгезія, літотерапія, світлолікування (синє світло) на ділянці лівого суглобу.
2. Використання капи для фіксації прикусу з подальшим протезуванням.
3. Досягнення стабілізації процесу з урахуванням виконання індивідуальної програми реабілітації пацієнтки.

Для нашої пацієнтки запропонований алгоритм лікування:

1. Ліквідація больового компоненту в ділянці лівого СНЩС та лівої половини обличчя (остеопат, цигун - терапія, голкорексфлексаналгезія, літотерапія, синє світло спектру (B2).
2. Ліквідація проблем оклюзії (виготовлення стоматологом-ортопедом спільної суглобової капи на зуби верхньої щелепи для тимчасової фіксації прикусу з подальшим раціональним протезуванням).
3. Фіксація результату – змикання зубів в центральному співвідношенні з закріпленням набутої нової висоти за рахунок ортопедичної конструкції.
4. Профілактика ускладнень (індивідуальна робота пацієнта вдома, методики циган - терапії, масаж, вправи оздоровчої гімнастики).
5. Досягнення тривалої стабілізації процесу з урахуванням виконання індивідуальної програми реабілітації та оцінка якості стоматологічного здоров'я.

На етапах лікування проведено дослідження впливу болю, його тривалості на якість життя, фізичне та психічне здоров'я пацієнтки.

Обговорення клінічного випадку. Для пацієнтки проведена комплексна терапія: голкорексфлексаналгезія в кількості 12 сеансів.



Сеанс голкотерапії



Сеанс літотерапії

Застосування китайського нефриту Бяньші та саянського нефриту на стороні ураження з експозицією від однієї до трьох хвилин на зоні болю (13 - 15 сеансів).

Використання аплікатора Ляшко з кроком голки 3,8 – 4,2 мм. на ділянки шийного відділу, обличчя, кистей рук.





Опромінення ділянки СНЩС синім спектром (В-2) приладу Lux-Dent «UFL – 122»

Ефект світлолікування досягнутий при опроміненні ділянки проєкції лівого СНЩС (в перший –другий день - 3-4 хв., на 3-й день - 4 хв., на 4-5-й день - 4 хв., на 6-7 день – 2- 3 хвилини). Після проведеного курсу опромінювання у хворої зникли больові відчуття в лівій ділянці обличчя. Показники шкали болю «0-1». Ускладнень і алергічних реакцій не спостерігалось

Для хворої заздалегіть виготовлена індивідуальна назубна верхньощелепна капа за Мічиганською технологією,



Суглобова капа

яка ефективно розслабляла латеральні крилоподібні м'язи в ділянці лівого скроневопідщелепного суглоба. Це дало позитивний ефект, зменшило больові відчуття, сприяло зниженню тиску на нижню щелепу, дозволило

навколосуглобовим м'язам вірно функціонувати, покращити співвідношення у прикусі, що за даними контрольних суглобових знімків МРТ сприяло нормалізації положення лівої голівки СНЦС в суглобовій ямці.

Лікарем - остеопатом проведено 8 сеансів масажу зон шийного відділу хребта, лівої половини обличчя, після чого хвора відмітила функціональне покращення стану даних локацій. Для нього були призначені індивідуально підібрані комплекси вправ з цигун - терапії для проєкційних зон обличчя та шийного відділу хребта згідно авторських методичних рекомендацій, після виконання яких у пацієнтки покращилось самопочуття.

Згідно з опитувальників орофациальний біль мав великий вплив на якість життя пацієнтки. Проблеми скроневопідщелепного суглоба сумарно в поєднанні з периферійною тригемінальною невралгією знижували якість життя. Після завершення терапії згідно алгоритму у пацієнта з БД лівого СНЦС у поєднанні з центральною тригемінальною невралгією лівої половини обличчя, згідно опитувальників, відзначалось покращення стоматологічної якості життя.

Висновки. За результатами застосування запропонованого алгоритму лікування у хворої з больовою дисфункцією скроневопідщелепного суглоба на тлі тригемінальної невралгії центрального генезу через 3-4 тижні отримані позитивні результати, пацієнтка не відчуває болі, відсутні куркові зони, відновлена можливість проведення гігієни порожнини рота та вживання їжі.