

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.314.26-007.26-06:616]-08

Павлущенко Е.В., Кузнецова Г.В., Гончаренко С.А., Стрелковская В.И.

МИОГИМНАСТИКА И ФИЗИОЛЕЧЕНИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет», Владивосток.
ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток;

Ключевые слова: миогимнастика, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Реабилитация больных с заболеваниями и травматическими повреждениями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) до настоящего времени остается сложной и далекой от окончательного решения задачей.

По данным разных авторов частота данной патологии от нуждающихся в реабилитации составляет от 27,5 до 70% и более. Длительное бессимптомное течение, а также отсутствие органических изменений в суставе, как с клинических, так и рентгенологических позиций подтверждают сложность распознавания данной патологии в начальной стадии. Поэтому на реабилитацию попадают, как правило, больные с хорошо выраженными клиническими признаками нарушений функции сустава и с достаточно яркой картиной рентгенологических изменений либо это больные с последствиями травматических повреждений ВНЧС. Сложность анатомического строения и кинетика височно-нижнечелюстного соединения, зависимость правильных внутрисуставных взаимоотношений от характера смыкания зубных рядов и функций жевательных мышц создают фон, предрасполагающий большую частоту заболеваний этого сустава.

В комплексной реабилитации пациентов с дисфункцией ВНЧС использовали сочетанное применение миогимнастики и физиотерапевтического лечения. При определении комплекса миогимнастики учитывали степень поражения сустава. Упражнения были направлены на протрузию и комбинацию протрузии с открыванием рта. При этом акцентировали внимание пациентов на симметричность движений нижней челюстью, рекомендовали выполнять упражнения при обязательном визуальном контроле. При наличии выраженной мышечной боли, проводили обучение мануальному массажу жевательных мышц, а также мест их прикрепления. У 38% пациентов использовали окклюзионные каппы, которые фиксировали на нижней челюсти и обеспечивали расширение суставного пространства, расслабление жевательных мышц и уменьшение внутрисуставного давления, в 2% случаев применялись аппараты, ограничивающие широкое открывание рта (аппарат Петросова Ю.А.).

Из методов физиотерапии в комплексное лечение

включали лазеротерапию коротким курсом (не более 5 процедур) и ультразвук.

Основанием для использования ультразвука в стоматологии послужили данные о его болеутоляющем, спазмолитическом, рассасывающем и противовоспалительном действии. Положительное значение имеет влияние ультразвуковых колебаний на кровообращение и обмен веществ в тканях, энзиматическую активность, тканевую трофику. Рефлекторным путем ультразвук стимулирует нейротрофическую функцию, репаративные и регенераторные процессы, что также играет немаловажную роль в терапии стоматологических заболеваний. Кроме того, ультразвук регулирует обмен кальция в зубах, нормализует проницаемость и тканевое дыхание в воспаленной слизистой оболочке, повышает эмиграцию лейкоцитов и десквамацию эпителия полости рта.

Ультразвук относится к числу физических факторов, широко используемых при воспалительно-дегенеративных заболеваниях ВНЧС. Он оказывает благоприятное влияние при воспалительных процессах в суставе, улучшает в нем кровообращение, способствует уменьшению или исчезновению болей, препятствует развитию остеофиброза. При лечении артрозов и артритов ВНЧС озвучивание проводили в импульсном режиме (10 мс) интенсивностью 0,05 – 0,2 Вт/см² на протяжении 3-5 минут. С лечебной целью использовали ультрафонофорез геля «Чажемтовский». Процедуры назначали через день, 10-12 на курс лечения.

Гель «Чажемтовский» изготавливается с использованием природной минеральной подземной воды Западной Сибири, включает в себя ряд биологически активных компонентов, таких как К, Са, Mg, Na, Cl, кремнекислота, бром, йод. Достоинствами геля являются: удачно подобранная консистенция, отсутствие раздражающих свойств, отсутствие запаха.

Непосредственные результаты были оценены у пациентов сразу после окончания реабилитационных мероприятий. У всех больных отмечалось улучшение. Оно выражалось в значительном уменьшении болей или полном их исчезновении, увеличении подвижности в ВНЧС, нормализации функции жевания. Почти у половины пациентов

уменьшился или исчез симптом «щелчка». Отдаленные результаты оценивались через 6 и 12 месяцев после проведенного лечения. Через 6 месяцев 18% больных нуждались в дальнейшем лечении. Данным пациентам был проведен повторный курс реабилитации, у остальных больных сохранялся положительный терапевтический эффект. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности применяемого комплексного лечения при дисфункции ВНЧС. Для максимальной эффективности лечения рекомендуется проводить курсовое лечение с интервалом 6 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аспекты восстановительного лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава / Ю.М. Ани-

кеев, Б.А. Плеханов, И.С. Аникеева и др. // Материалы V Всероссийского съезда специалистов лечебной физкультуры и спортивной медицины, Москва, 19-23 ноября 2007 г. – Москва: 2007. С.90-91.

2. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. Изд. третье, перераб. и дополн. – М.: Медицина, 1999. 432 с.

3. Пузин А.Н., Вязьмин А.Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина. 2002. 133 с.

4. Техника и методики физиотерапевтических процедур / под ред. В.Н. Боголюбова. – Тверь: Губернская медицина, 2002. 408с.

5. Улащик В.С., Чиркин А.А. Ультразвуковая терапия. – Минск, «Беларусь». 1983. 254 с.

6. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. – М.: Медицина. 1982. 129 с.

Pavlushchenko E.V., Kuznetsova G.V., Goncharenko S.A., Strelkovskaya V.I. **Miogymnastic and physiotherapy in rehabilitation of patients with dysfunction temple-lower-jaw joints.** State Educational Institution "Vladivostok State Medical University", Vladivostok; FBU "1477 Naval Hospital, Navy", Vladivostok.

Keywords: miogimnastika, dysfunction of the temporomandibular joint.

Автор-корреспондент:

Гончаренко Сергей Александрович, кандидат медицинских наук, подполковник м/с, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ФБУ «1477 ВМКГ флота»; тел.: 8(423)246-77-90.

© Коллектив авторов, 2012
УДК 617.721.6:616-006.81.04

Сосновский С.В., Куликов А.Н., Шамрей Д.В., *Григорьев Д.В., *Вершинин А.М. **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ СУБАТРОФИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА**

Военно-медицинская академия С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург;
*ФБУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

Ключевые слова: субатрофия глазного яблока, офтальмохирургическая реабилитация

Актуальность. Посттравматическая субатрофия глазного яблока (ПСГЯ) является одной из ведущих причин энуклеации травмированного глаза (Гундорова Р.А., 2009). Однако после её выполнения нередко развивается анофтальмический синдром с целым комплексом косметических дефектов. В то же время на поздних стадиях ПСГЯ выполнение эвисцерации может привести к недостаточному косметическому результату вследствие выраженного уменьшения объема склеральной полости из-за рубцовых деформаций в исходе тяжелой травмы глаза. В этих случаях не удастся обеспечить тампонаду фиброзной капсулы глаза имплантатом необходимого размера, в связи, с чем некоторые авторы рекомендуют при ПСГЯ III стадии все же выполнять энуклеацию

(Берая М.З., 2006). Нами предложен новый способ формирования опорно-двигательной культуры (ОДК) глазного яблока методом задней эвисцерации и склеропластики на поздних стадиях ПСГЯ.

Цель исследования. Оценить безопасность и косметическую эффективность нового способа формирования ОДК методом задней эвисцерации с имплантацией вкладыша из пористого политетрафторэтилена (ПТФЭ) и склеропластики на поздних стадиях ПСГЯ.

Материал и методы. В ходе работы обследовали 20 больных (мужчин – 18, женщин – 2) в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст – 36,5±3,7 лет) после задней эвисцерации с имплантацией вкладыша из пористого ПТФЭ и склеропластики,