

Med. A. Physiol. Pathol. Clin. Med, 50(5): 241–245.

8. Haussler, K. K. and Jeffcott, L. B. (2014) Back and pelvis. In: Hinchcliff, K. W., Kaneps, A. J. and Geor, R. J., editor. Equine Sports Medicine and Surgery: Basic and Clinical Sciences of the Equine Athlete. 2nd ed. Saunders Elsevier, United Kingdom. P. 433.

## МАСАЖ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ МЕНЕДЖМЕНТІ МІОФАСЦІАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Полковник-Маркова В.С.

*Харківська державна академія фізичної культури, Україна*

**Анотація:** Розкрито місце масажу та інших мануальних технік при дисфункціях скронево-нижньощелепного суглоба. Охарактеризовано основні підходи до використання різних мануальних технік у стоматологічних хворих з міофасціальними розладами щелепно-лицьової ділянки.

**Ключові слова:** скронево-нижньощелепний суглоб, міофасціальні розлади, масаж, постізометрична релаксація.

**Abstract:** The significance of massage and other manual techniques for dysfunctions of the temporomandibular joint is revealed. The main approaches to the use of various manual techniques in dental patients with myofascial disorders of the maxillofacial region are characterized.

**Key words:** temporomandibular joint, myofascial disorders, massage, post-isometric relaxation.

**Вступ.** У наш час актуальною проблемою стоматології є вивчення питань синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС), яка виявляється в 14% - 20% підлітків і значно зростає з віком [8]. При патології СНЩС його дисфункцію виявляють у 80% обстежених хворих. У понад 90% людей патологічні явища в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба не мають нічого спільного із запальними процесами цього сполучення. Чільне місце при цьому займають різні дисфункції та больовий спазм окремих ділянок жувальних м'язів [2].

Міофасціальні розлади в лицьовій мускулатурі розвиваються за тими самими механізмами, що і в скелетній, і зумовлюють 10% - 20% больових

синдромів обличчя. Механізм розвитку м'язового болю полягає в тому, що на початковому етапі в м'язі виникає залишкове напруження, а потім – постійний локальний гіпертонус. Комплексна терапія передбачає корекцію прикусу та обмеження навантаження на жувальні м'язи (протипоказана жувальна гумка). За наявності тригерних точок у жувальних м'язах добрий ефект забезпечують їх блокада з новокаїном і суха пункція. Показані постізометрична релаксація уражених м'язів, масаж обличчя, фізіотерапія, голкорексфлексотерапія. Для фармакологічної терапії міофасціальної больової дисфункції використовують міорелаксанти, психотропні засоби, нестероїдні протизапальні препарати, вітаміни групи В [6].

Нині чітко розрізняють дві самосійні групи захворювань СНЩС:

- 1) захворювання, при яких спостерігається ураження суглобових тканин;
- 2) захворювання, обумовлені патологією жувальних м'язів і будовою зубощелепної системи [8].

Симптоми дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: біль в області СНЩС; ниючий біль в області вуха; обмеження рухливості суглоба; клацання або скрегіт при відкриванні рота або жуванні; біль і напруження в м'язах голови і шиї, виникнення ущільнень по ходу м'язів, хворобливих при натисненні; головний біль (пов'язаний з постійним напруженням м'язів, що утримують нижню щелепу) [5].

Існує обмежена кількість доказів того, що акупунктура і мануальна терапія є ефективним симптоматичним лікуванням синдрому Костена. Широко застосовуються масаж періартикулярних м'язів, фізіотерапевтичне лікування, кінезіотерапія, постізометрична релаксація для жувальної мускулатури, включаючи аутотехніки [1].

**Мета та завдання дослідження.** Розкрити місце масажу в реабілітаційному менеджменті міофасціальних розладів щелепно-лицьової ділянки.

**Методи дослідження.** Аналіз сучасних джерел інформації з проблем реабілітації хворих із захворюваннями щелепно-лицьової ділянки.

**Хід дослідження та обговорення результатів.** Рухову частину жувального апарату утворюють нижня і верхня щелепи, суглоби і м'язи.

Щелепні кістки з прилягаючими до них кістками черепа (скронева, скулова, піднебінна й ін.) складають скелет жувального апарата.

Рухи нижньої щелепи здійснюються завдяки особливій будові скронево-щелепних суглобів. Суглоби мають міжсуглобовий диск, що поділяє суглобову порожнину на дві частини, та забезпечує комбінований (поступальний і обертальний) рух суглобової голівки. Функцію жувального апарата (жування, ковтання, мова, дихання) забезпечує його активна частина – м'язи. Розрізняють мимічну і жувальну мускулатуру [6].

Жувальні м'язи, що безпосередньо здійснюють різні рухи нижньої щелепи, підрозділяються на такі групи: м'язи, що піднімають нижню щелепу; м'язи, що опускають нижню щелепу. Особливість цих груп м'язів полягає в тім, що вони прикріплюються до двох рухливих кісток, нижньої щелепи і під'язичної кістки. Функція цих м'язів може виявлятися тільки разом з м'язами шиї, що лежать нижче під'язичної кістки. Ця група м'язів бере участь в акті ковтання; латеральний крилоподібний м'яз сприяє горизонтальним рухам нижньої щелепи (сагітальним і бічним). Функціональний стан латерального крилоподібного м'яза можна оцінити шляхом його скорочення в умовах ізометрії – ізометричне тестування цього м'яза.

Суть цього метода полягає в тому, що коли пацієнта просять змістити нижню щелепу в бік (латеротрузійний рух), одночасно проводять утримання нижньої щелепи в нерухомому стані, перешкоджаючи зміщенню, при цьому пацієнт прикладає зусилля на зустріч перешкоді – долоні лікаря. Біль при цьому виникає тільки за наявності патології у скронево-нижньощелепному суглобі. Під поняттям «позитивний ізометричний тест» розуміють наявність реакції пацієнта у вигляді прикладання долоні до ділянки суглоба одразу після тесту, зміну миміки, що сигналізувала про больові відчуття, а також при опитуванні: упевнене підтвердження посилення болю при намаганні змістити щелепу в бік, тобто в напрямку долоні лікаря, який утримує нижню щелепу практично нерухомо. Під поняттям «негативний ізометричний тест» розуміють відсутність або притуплене (слабкопозитивне) точніше віддалене відчуття болю в суглобі, значно менше за інтенсивністю, ніж у обстежених з різко позитивним ізометричним тестом [2].

Для визначення ступеня обмеження відкривання рота зазвичай використовують трьохфаланговий тест: у нормі при повністю відкритому роті між верхніми і нижніми різцями повинні проходити складені разом проксимальні міжфалангові суглоби вказівного, середнього та безіменного пальців. За наявності в жувальних м'язах активних або латентних ТТ відкривання рота можливе на товщину двох проксимальних міжфалангових суглобів. При сильному ураженні цих м'язів рот може бути відкритий максимум на товщину півтора суглоба [6].

Отже, причинами розвитку дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: різні нервові роздратування, стреси; артрити, артрози та інші захворювання суглоба; травми СНЩС; неправильний прикус; бруксизм (скрегіт зубами уві сні внаслідок гіпертонусу жувальної мускулатури); некоректне лікування: неправильна постановка пломби, невірний підбір зубного протеза; надмірні навантаження при заняттях атлетичними видами спорту [1, 8].

Механізм розвитку м'язового болю полягає в тому, що на початковому етапі в м'язі виникає залишкове напруження, а потім - постійний локальний гіпертонус. Локальні м'язові гіпертонуси спричиняють короточасні болючі спазми м'язів (кرامпі), наприклад, спазм м'язів щелепної ділянки при форсованому відкриванні рота. Часто такі гіпертонуси призводять до постійного м'язового напруження і хронічного болю. При тривалому фіксованому локальному гіпертонусі в спазмованих м'язах виникають вторинні розлади: судинні, обмінні, запальні, що посилює біль. Локальні м'язові гіпертонуси – джерело локального і відображеного болю, тригерні точки (ТТ). На обличчі ТТ найчастіше локалізуються в жувальних м'язах, скроневого, латерального і медіального крилоподібних м'язах [7].

Лікування дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба як і міофасціального синдрому обличчя має бути комплексним, що враховує етіологію, патогенез, стадію захворювання, індивідуальні особливості його перебігу і стану самого хворого. Деякі автори вказують на необхідність проведення психотерапії перед початком лікування. Одним з важливих елементів лікування захворювань СНЩС є методика функціонального розслаблення. Зокрема, при підвищеному тонусі жувальної мускулатури

застосовується методика функціональної міорелаксації жувальних м'язів. Зняттю напруження і спазму жувальної мускулатури сприяє аутогенне тренування [2, 3].

Відновлення нормальної архітекτονіки м'язів можливе лише при усуненні гіпертонусу - інактивації тригерних точок (ТТ). Це досягається поєднанням постізометричної релаксації (ПІР) з дозованим розтягненням ураженого м'яза у певних напрямках та послідовності. Методика розтягування м'язів включає: релаксацію, стабілізацію та пасивне розтягнення [3, 6].

Болі при дисфункціях СНЩС найчастіше локалізуються у латеральному крилоподібному м'язі. Його розтягнення проводять у вихідному положенні лежачі на спині: плавно, з деяким зусиллям направляють нижню щелепу до заду, зміщуючи її то в один то в інший бік, зуби при цьому не змикають. ПІР латерального крилоподібного м'яза також проводять лежачи на спині, терапевт фіксує перші пальці рук на горизонтальних гілках нижньої щелепи, а II-IV пальці на поперечних відростках С<sub>2</sub>-С<sub>3</sub> паравертебрально, під час вдиху пацієнт висуває нижню щелепу вперед, з дозованим супротивом 5-7 с, під час видиху з поглядом пацієнта вниз, терапевт зміщує нижню щелепу вниз [6].

Класичний масаж має ефективну релаксуючу дію як в комплексі з постізометричною релаксацією так і як самостійна процедура. В будь якому випадку масажують верхню і нижню щелепи. Починають з верхньої щелепи у напрямі від носа до козелків вух. Спочатку долонною поверхнею пальців погладжують і поверхнево прямолінійно розтирають. Потім м'яко натискають і розминають м'які м'язи. Після цього спіралеподібними рухами розтирають зону біля козелка. Після кожного прийому та наприкінці повторюють погладження.

Нижню щелепу масажують подушечками пальців від її середини до мочок вух у такій послідовності: погладження; поверхневі прямолінійні й спіралеподібні розтирання; м'які натискання і розминання м'яких м'язів; розтирання круговими рухами кутів нижньої щелепи та зон навколо мочок. Періодично та наприкінці повторюють погладження. Важливим моментом є розтирання подушечками пальців зони прилеглої до скронево-

нижньощелепного суглоба. На закінчення даної процедури знаходять тригерні точки у прилеглих м'язах и розминають їх круговими рухами пальців [4].

Нині для активізації уражених м'язів локомоторного апарату фахівці рекомендують «комплексні рухи» за умови пропріоцептивного полегшення. Цей напрямок оформився у систему ЛГ, відому як система Н. Kabat (1950), або метод "пропріоцептивного нейром'язового полегшення" (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation – PNF). Метод передбачає наступне. Пропріоцептивне нейром'язове полегшення (перевиховання) починається з видалення дисоціації ураженого м'яза. Це перевиховання починається з моменту, коли загальний стан хворого дозволяє і коли інтенсивність м'язового спазму помітно знизилася. Способом перевиховання є стимулювання, яким збуджується пропріоцептивний механізм дисоційованого м'яза та сухожилля. Весь процес перевиховання в рамках аналітичного методу представлений як відновлення фізіологічної безперервності нервових шляхів: реставрація свідомості хворого на виконання руху; усунення інкоординації; відновлення м'язової функції.

Дещо пізніше метод PNF був використаний вже і при патології щелепно-лицьової області (Buck M., Beckers D., Adler S.S., 2005). При дисфункції СНЩС використовують PNF *m. masseter* та *m. temporaris* у положенні пацієнта лежачі на спині: просять пацієнта закрити рота, ніби кусаючи, створюючи при цьому руками опір до руху нижньої щелепи по діагоналі вниз направо і вниз наліво. При цьому рух із опором по прямій лінії вниз не рекомендований, оскільки він може порушити роботу суглоба. PNF *m. infrahyoidei* та *m. suprahyoid*: положення пацієнта – те саме. Просять пацієнта відкрити рот, створюючи при цьому опір руками під підборіддям діагоналі або у прямому напрямку [3].

**Висновки.** Більшість авторів повідомляють про ефективність мануальних технік і в тому числі класичного масажу при дисфункціях СНЩС, які супроводжуються міофасціальними болями обличчя: знижують больовий синдром, нормалізують амплітуду безболісного руху нижньої щелепи, підвищують ефективність інших методів лікування (насамперед оклюзійних).

## Література.

1. Гордеева И.Е., Ансаров Х.Ш. Синдром Костена: взгляд невролога на проблему. *Лекарственный вестник* № 1 (73). 2019. Том 13С. 26-34
2. Дрогомирецька М.С., Мірза Р.О. Клінічна нейром'язова діагностика та профілактика ускладнень при лікуванні вивиху диска скронево-нижньощелепного суглоба, який не можна вправити. *Сучасна стоматологія* №3, 2018. С. 78-85.
3. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Медицинская реабилитация при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. С. 103-134.
4. Єфіменко П.Б., Каніщева О.П., Без'язична О.В. Масаж дітей та дорослих різного віку : навчальний посібник. Харків: ФОП Бровін О.В., 2021. 304 с.
5. Мельник В.Л., Шевченко В.К., Силенко Ю.І. Місце синдрому больової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба серед больових синдромів обличчя. *Український стоматологічний альманах*, 2018. № 1. С. 79-82
6. Мороз Г.А., Васильєва В.В., Кулик Н.М. Основы спортивной медицины. Физическая реабилитация в стоматологии: Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов III-IV уровней аккредитации. Симферополь: Издат. центр КГМУ имени С.И. Георгиевского. 2014. 156 с.
7. Орос М. М. Міофасціальний біль обличчя. *Український неврологічний журнал*. 2016, № 2. С. 75-80.
8. Черкашин С.І., Ребуха Л.В. Історичні та сучасні погляди на класифікацію, клініку, діагностику хронічних артритів скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). *Клінічна стоматологія* №1-2, 2011. С.41-46.