

2. Аршава, І. Ф. Функціональні стани людини в процесі адаптації до екстремальних умов діяльності (у парадигмі „особистість-стан”) [Текст] / І. Ф. Аршава // Вісник АПН України: Педагогіка і психологія. – 2006. – № 4 (53). – С. 82–90.
3. Тахташова, Д. Р. Програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих з біполярними афективними розладами [Текст] / Д. Р. Тахташова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 1 (78). – С. 91–96.
4. Кожина, Г. М. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади [Текст]: монографія / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська. – Х.: ХНМУ, 2014. – 64 с.
5. Кожина, А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 4 (77). – С. 90–93.
6. Hmain, S. Gender differences in the effectiveness of the use of art therapy for patients with recurrent depressive disorder [Text]: abstract book / S. Hmain // 6th International Scientific Interdisciplinary Congress for medical students and young doctors. – Kharkiv, 2013. – P. 176.
7. Киреева, Е. Н. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств [Текст] / Е. Н. Киреева // Міжнародний неврологічний журнал. – 2014. – № 4 (66). – С. 103–106.
8. Волошин, П. В. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) [Текст]: монографія / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Г. М. Кожина, М. В. Маркова та ін. – Х., 2016. – 335 с.
9. Karczinski, N. S. Cognition and functioning in bipolar depression [Text] / N. S. Karczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhaes, J. Bucker, A. C. Peuker, A. C. Loredo et. al. // Revista Brasileira de Psiquiatria. – 2016. – Vol. 38, Issue 3. – P. 201–206. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1558
10. Жупанова, Д. А. Клинические особенности медикаментозного комплайенса у пациентов с депрессивным эпизодом [Текст] / Д. А. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 132–137.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 23.10.2017*

Катерина Олексіївна Зеленська, кандидат медичних наук, асистент, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: zelenskaya135@gmail.com

Галина Геннадіївна Кольцова, лікар психіатр, Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
E-mail: kolcovagg2017@gmail.com

УДК:[616.714+616.831]-001-053.2.173.7:364-781
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.118849

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА БАЗОВІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

© **О. Е. Духовський**

У роботі проведено вивчення особливостей емоційних розладів у батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою.

Структура тривожно-депресивних станів обстежених батьків представлена тривожно-депресивним, астено-депресивним, депресивно-апатичним і дисфоричним варіантами.

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини немовляти з важкою черепно-мозковою травмою, яка включає методи диференційованої психотерапії та психоосвіту

Ключові слова: *батьки немовляти, черепно-мозкова травма, емоційні розлади, тривога, депресія, астенія, дисфорія*

1. Вступ

Охорона психічного і фізичного здоров'я матері і дитини є одним із пріоритетних завдань державної соціальної політики в Україні [1].

Проблема психологічної підтримки батьків важко хворої дитини набуває сьогодні особливої актуальності в Україні. З кожним роком кількість дітей з тяжкими вродженими та набутими захворювання-

ми збільшується [2, 3]. Це пов'язано не тільки з суто негативними факторами, але і з такою позитивною тенденцією, як підвищення якості медичної допомоги матері та дитині, що значно знизило дитячу смертність і водночас поставило питання про забезпечення гідної якості життя врятованих дітей та їх сімей [4, 5].

Однією з важливих і актуальних проблем дитячої нейрохірургії є черепно-мозкова травма дитини

першого року життя [6]. Черепно-мозкова травма дитини – це потужна стресова ситуація, яка створює передумови для розвитку порушення психоемоційного стану батьків, що, у свою чергу, негативно впливає як на стан батьків, так і на стан дитини та потребує заходів психотерапевтичної корекції [7, 8].

2. Обґрунтування дослідження

Батьки дитини, немовляти з важкою черепно-мозковою травмою, перебувають під високим психологічним тиском, результатом якого стають порушення психоемоційної сфери та інші прояви психосоціальної дезадаптації. В цей період особливо актуальним є пошук джерел медико-психологічної підтримки, збільшення психологічного адаптаційного ресурсу батьків [9, 10].

Тяжке захворювання дитини має психотравмуючий вплив на батьків, що проявляється розладами адаптації та тривожно-депресивними станами. Психоемоційний стан батьків тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворої дитини. Одночасно, психологічне самопочуття дитини залежить від психічного стану її батьків, в особливості, того з них, хто є емоційно ближчим [11, 12]. Таким чином, тяжка хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування. Дестабілізація виникає, навіть, у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах, однак сім'я має потужний потенціал підтримки та поступово намагається адаптуватися і виробити нові стратегії внутрішньосімейної взаємодії у разі тривало існуючої кризи. Варто окремо підкреслити, що гармонійний розвиток дитини нерозривно пов'язаний з благополуччям у сім'ї, відчуттям безпеки, підтримки та захищеності [13, 14].

Таким чином, проблема розладів адаптації у батьків, дитини з важкою черепно-мозковою травмою, має вагоме медико-соціальне значення для України, потребує її подальшого вивчення та вирішення. Результати аналізу літературних джерел засвідчили необхідність розроблення системи медико-психологічного супроводу сімей дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою.

3. Мета дослідження

Комплексне вивчення особливостей емоційних розладів у батьків дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою, розробка системи медико-психологічної підтримки родини немовляти з важкою черепно-мозковою травмою в умовах стаціонарного лікування.

4. Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психологічне та психодіагностичне обстеження 137 родин (мати та батько) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму та знаходились на обстеженні та лікуванні у дитячому

нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова. Усі обстежені сім'ї були повні (мати та батько), вік батьків склав від 24 до 36 ($27,0 \pm 3,0$) роки.

Основну групу склали 97 родин, які прийняли участь у програмі медико-психологічного супроводу з використанням психоосвіти. Контрольну групу – 40 родин, які не отримували психологічну підтримку.

У дослідженні були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний; клініко-психологічний; психодіагностичний з використанням опитувальника нервово-психічної напруги (Т. А. Немчин, 1984), клінічних шкал тривоги й депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеева, 1988), шкали ситуативної й особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981), методики вивчення стилів стресодолаючої поведінки «Способи копінгу» (в адаптації Т. А. Крюкової, 2002), методики «Визначення способів врегулювання конфліктів» К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента.

5. Результати дослідження

Як показали результати дослідження черепно-мозкова травма дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, 59,3 % обстежених батьків скаржилися на численні проблеми, які виникали у родині у зв'язку з захворюванням дитини. У 49,3 % обстежених родин відмічались прояви сімейного неблагополуччя.

На етапі госпіталізації у нейрохірургічний стаціонар та обстеження дитини для батьків найбільш значущими були питання власне оперативного втручання, ефективності лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини; переживання за результат операції, її наслідки; страх анестезії, її побічних ефектів.

У післяопераційному періоді найбільш сильне занепокоєння викликали догляд, можливості реабілітації та виключення з соціального функціонування в зв'язку з необхідністю догляду за дитиною, перерозподіл обов'язків на час лікування. Батькам необхідно було пристосуватися до умов функціонування в стаціонарі та адаптувати до нього дитину.

Спектр стресового досвіду у жінок і чоловіків різнився. У періоді діагностики та під час перебування у лікувальному закладі поряд з хворою дитиною перебували саме матері, в обов'язки яких лягала необхідність догляду за дитиною, тоді як батьки були вимушені займатися фінансовими та соціальними аспектами.

Таким чином черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків, у 81,1 % обстежених жінок та 75 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери.

У 53,6 % обстежених виявлено легкій, у 32,3 % помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона; у 55,4 % легкій, у 40,2 % помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. У жінок рівень тривожно-депресивних проявів був більш виражений, ніж у чоловіків. Для обстежених батьків були притаманні високі рівні ситуативної й особистісної тривожності за методикою Спілбергера, з більш високими показниками серед матерів та високій рівень виразності нервово-психічної напруги за шкалою Немчина.

На основі отриманих у ході дослідження даних, були виділені наступні варіанти емоційних розладів в обстежених батьків немовлят з важкою ЧМТ: тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресивно-апатичний і дисфоричний (табл. 1).

Таблиця 1
Емоційні розлади у батьків немовлят з важкою ЧМТ(%)

Тривожно-депресивний	40,9
Астено-депресивний	22,5
Депресивно-апатичний	22,5
Дисфоричний	16,1

Жінки, у повірванні з чоловіками важче переносять хворобу дитини, психотравмуюче зростання їх функціональної ролі матері, дистанціювання та неучасть чоловіка у догляді за дитиною і справах сім'ї, відчуття цілковитої поглиненості хворобою дитини і її лікуванням, всупереч власним потребам, залежністю від обставин, що викликало внутрішньо-особистісний конфлікт, зростання внутрішньої напруженості та порушення міжособистісної, в тому числі, сімейної, взаємодії. В цілому раніше наявні проблеми у стосунках між батьками на тлі стресової ситуації лише поглиблювалися.

Чоловіки відзначали емоційне дистанціювання дружин (35,1 %) або, навпаки, зростання їх психологічної залежності (29,3 %), що приводило до дисбалансу у подружніх стосунках. 68 % батьків вважали догляд за дитиною суто жіночою справою, що провокувало вкрай негативну реакцію дружин, що відбивалося на сімейних стосунках у подружжі і спричиняло конфлікти.

Як показав аналіз застосовуваних копінг-стратегій в аспекті поведінкового способу, що дозволяв справитися з ситуацією більшість родин використовували стратегії спрямованої на емоції (57,1±5,6 балів) та уникнення (51,7±5,7 балів).

Базуючись на отриманих даних нами розроблена система медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою, яка була регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складалася із чотирьох послідовних етапів:

I – етап формування комплаєнсу, спрямований на встановлення продуктивного контакту між лікарем і батьками дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою.

II – етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміну тривожної й депресивної установок, формування адекватних уявлень про прогноз післяопераційного періоду, ефективності лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини.

III – етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини, оперативне втручання, необхідність знаходження у стаціонарі, спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних відносин.

IV – закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, фіксації на поліпшеному самопочутті дитини, специфіки реабілітаційних заходів.

Психотерапевтичний комплекс запропонованої системи медико-психологічного супроводу включав використання індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії (Бек А. Т., 2006), сімейної терапії (Ейдміллер Е. Г., 2003), раціональної психотерапії (класичний варіант Дюбуа П., 1912).

Психотерапевтичний вплив був спрямований на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск невротичної реакції, корекцію неадекватних емоційних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, оптимізацію міжособистісної взаємодії в сім'ї, зниження напруженості в сімейних відносинах.

Смислотворчим елементом розробленої моделі була визначена психоосвіта. Основною метою психоосвіти є надання знань батькам немовляти про особливості хвороби та залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

Психоосвітні заняття проводилися у відкритих групах з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Оптимальною частотою зустрічей стало проведення занять 3 рази на тиждень (протягом усього терміну перебування батьків з дитиною у нейрохірургічному відділенні). В середньому кількість зустрічей становила 10–12. Кожен цикл складався з 3 занять, тривалістю 45 хвилин. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним (у деяких випадках взагалі неможливим) внаслідок складнощів перебування матері або батька не поряд з дитиною протягом тривалого проміжку часу. Більш коротка тривалість проведення занять не дозволяла повноцінно розглянути обговорювані питання.

Як показали результати дослідження, групова робота дає батькам можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Не менш значущим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Невід'ємною складовою психосвітньої програми була робота із емоційним станом самих батьків, спрямована на зниження емоційного напруження, що спровоковано фактом лікування їхньої дитини у нейрохірургічному стаціонарі. Прицільна увага зверталася на емоційне забарвлення та реагування батьків на отриману інформацію, асоціації що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новою інформацією.

Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи медико-психологічної підтримки в основній групі відзначена стійка позитивна динаміка психологічного стану з статистично значущою, редукцією тривожно – депресивних розладів (73,5 % матерів і 83,6 % батьків), зниження сімейної конфліктності (72,5 % сімей), гармонізація подружніх відносин (65,2 % сімей), позитивна трансформація копінг-стратегії, активація адаптивних форм подолання, орієнтованих на соціальну підтримку, аналітичний підхід до вирішення проблем.

Серед осіб контрольної групи у 35,4 % матерів і 11,2 % батьків діагностовано ускладнення психопатологічної симптоматики, у 64,6 % матерів і 88,82 % батьків стабільність клінічної картини тривожно-депресивних розладів, у 42,3 % родин відмічалось погіршення стану сімейної взаємодії, копінг-стратегії орієнтовані на уникнення та емоції.

6. Обговорення результатів дослідження

Як показали результати дослідження черепно-мозкова травма дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, яка спровокувала цілу низку важких питань – необхідність прийняття рішень, пов'язаних з лікуванням дитини; занепокоєння впливом травми та оперативного лікування на фізичний та психічний розвиток дитини; переживання, пов'язані з запланованим оперативним втручанням; порушення у сімейному функціонуванні; загострення сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів; потреба у адаптації до перебування у лікувальному закладі (медичні процедури, побутовий аспект); вилучення з професійної діяльності доглядаючого члена родини.

Таким чином, у родинах основної групи сімейне дисфункціонування характеризувалося порушенням міжособистісної взаємодії між подружжям, диспропорційним навантаженням матері, формуванням психологічної залежності від проце-

сів, які відбуваються у сім'ї, зростанням сімейної конфліктності.

Наслідками важкої черепно-мозкової травми дитини першого року життя для батьків були: виникнення інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію (82,3 %); трансформація психологічних реакцій у виражені тривожно – депресивні розлади (79,4 %); дезадаптивна поведінка під час етапів лікувального процесу (61,1 %); психосоціальна дезадаптація (40,1 %); порушення міжособистісних стосунків (87,2 %); деформація сімейної взаємодії (72,3 %).

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою, яка включає методи диференційованої психотерапії та психосвітні програми.

В основу психосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, забезпечення «психосоціальної підтримки», формування довіри у діаді лікар – батьки хворої дитини.

Отримані дані, щодо специфіки психоемоційних порушень у батьків немовляти з важкою ЧМТ корелюють з даними вітчизняних дослідників щодо станів дезадаптації батьків важкохворої дитини [10, 11] та свідчать про необхідність подальшої розробки системи медико-психологічного супроводу батьків дитини раннього віку з важким захворюванням [12, 13].

Вивчення особливостей психоемоційного стану батьків важкохворої дитини є важливим для практичної роботи лікаря оскільки дозволяє диференційовано прогнозувати можливість виникнення та ступінь важкості емоційних порушень та розладів адаптації для визначення оптимальної схеми їх корекції та профілактики.

7. Висновки

1. Черепно-мозкова травма немовляти є важким стресом для батьків та приводить до порушення психоемоційної сфери.

2. Структура психоемоційних порушень у батьків немовлят з важкою ЧМТ представлена тривожно-депресивним (40,9 %), астено-депресивним (22,5 %), депресивно-апатичним (20,5 %) і дисфоричним (16,1 %) варіантами.

3. Доведена ефективність системи медико-психологічного супроводу родини дитини першого року життя з важкою черепно-мозковою травмою, яка включає методи диференційованої психотерапії та психосвітні програми.

Література

1. Завгородня, Н. І. Механізм формування і клінічні особливості розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину [Текст] / Н. І. Завгородня // Експериментальна і клінічна медицина. – 2014. – № 1 (62). – С. 131–136.
2. Шлапак, І. П. Епідеміологічне дослідження смертності від ЧМТ в Україні [Текст] / І. П. Шлапак, В. Г. Бурчинський, М. М. Пилипенко // Український нейрохірургічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 14–16.
3. Квасніцький, М. В. Діагностика та надання першої медичної допомоги при черепно-мозковій травмі [Текст] / М. В. Квасніцький // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 3 (50). – С. 34–38.

4. Валиуллина, С. А. Черепно-мозговая травма у детей: эпидемиология и основные принципы организации медицинской помощи [Текст] / С. А. Валиуллина, С. А. Промыслова, А. И. Тютюкина и др. – М., 2014. – 24 с.
5. Back, A. L. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care [Text] / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile // Archives of Internal Medicine. – 2007. – Vol. 167, Issue 5. – P. 453–460. doi: 10.1001/archinte.167.5.453
6. Salehpoor, F. Correlation between Catecholamine Levels and Outcome in Patients with Severe Head Trauma [Text] / F. Salehpoor, A. M. Bazzazi, R. Estakhri, M. Zaheri, B. Asghari // Pakistan Journal of Biological Sciences. – 2010. – Vol. 13, Issue 15. – P. 738–742. doi: 10.3923/pjbs.2010.738.742
7. Polinder, S. Health-related quality of life after TBI: a systematic review of study design, instruments, measurement properties, and outcome [Text] / S. Polinder, J. A. Naagsma, D. van Klaveren, E. W. Steyerberg, E. F. van Beeck // Population Health Metrics. – 2015. – Vol. 13, Issue 1. doi: 10.1186/s12963-015-0037-1
8. Wang, H.-C. Serial Serum Leukocyte Apoptosis Levels as Predictors of Outcome in Acute Traumatic Brain Injury [Text] / H.-C. Wang, T.-M. Yang, Y.-J. Lin, W.-F. Chen, J.-T. Ho, Y.-T. Lin et al. // BioMed Research International. – 2014. – Vol. 2014. – P. 1–11. doi: 10.1155/2014/720870
9. Шестопалова, Л. Ф. Типи захисно-копінгової поведінки батьків, які виховують дітей раннього віку із порушеннями психомоторного розвитку [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Г. В. Кукуруза // Медицинская психология. – 2011. – № 1. – С. 14–17.
10. Ветрила, Т. Г. Медико-психологические проблемы функционирования семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития [Текст] / Т. Г. Ветрила // Медицинская психология. – 2009. – Т. 4, № 1 (13). – С. 48–51.
11. Кужель, І. Р. Оцінка рівня стресу та вираженості психопато-логічної симптоматики серед членів родини інкурабельних онкологічних хворих [Текст] / І. Р. Кужель // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 4. – С. 50–59.
12. Піонтковська, О. В. Стан психічного здоров'я батьків дітей з онкологічною патологією [Текст] / О. В. Піонтковська // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 1 (74). – С. 90–94.
13. Пионтковская, О. В. Внутриличностные и поведенческие паттерны родителей детей с онкологической патологией в контексте состояния их семейного взаимодействия [Текст] / О. В. Пионтковская, М. В. Маркова, Н. В. Пискунова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 3 (13). – С. 45–53.
14. Касьянова, А. Ю. Концепція медико-психологічної допомоги в клініці дитячої кардіохірургії [Текст] / А. Ю. Касьянова, М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 1 (82). – С. 87–89.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 24.10.2017*

Олександр Ерікович Духовський, завідувач відділенням, дитяче нейрохірургічне відділення, Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанінова, пров. Балакірева, 3-а, м. Харків, Україна, 61018
E-mail: alex_duhneiro@me.com

УДК 616.724+616.742]:616.314.26-089.23

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119934

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН РАЗБРОСА ДАННЫХ О РАСПРОСТРАНЁННОСТИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

© А. М. Боян, В. И. Бессонов

На базе проведенных исследований обосновано положение о том, что основой постановки диагноза мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава должно быть не только наличие симптомов, относимых к этому заболеванию, а установленные с помощью электромиографии нарушения биопотенциалов жевательных мышц. Диагностика данного заболевания, не учитывающая этого положения, необоснованно завышает показатели распространенности мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

Ключевые слова: мышечно-суставная дисфункция, височно-нижнечелюстной сустав, электромиография, артрофонография

1. Введение

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) занимают одно из ведущих мест в ряду стоматологической патологии. По данным Все-

мирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 40 % населения в возрасте от 20 до 60 лет страдает мышечно-суставной дисфункцией (МСД) ВНЧС [1, 2]. Число больных в последние годы неуклонно