Резюме

Янишен И.В. *Факторы, определяющие качество ортопедических конструкций: анализ взаимосвязей.*

На основе изучения клинико-технологического качества ортопедических конструкций зубных протезов из материалов отечественного производства, осуществленного по комплексной программе: выполнен анализ корреляционных взаимосвязей между факторами, определяющими качество ортопедических конструкций и доказано, что качество искусственных коронок в раннем периоде клинической эксплуатации зависит от уровня обеспеченности врачами ортопедами-стоматологами, зубо-технических лабораторий - зубными техниками. Для мостовидных протезов в раннем периоде их клинической эксплуатации наиболее значимым оказалось влияние квалификации врачей ортопедов-стоматологов. И в раннем, так и в отдаленном периодах клинической эксплуатации, качество пластиночными протезов зависит от квалификации персонала, конструкции протеза и технического оснащения зуботехнической лаборатории. Качество бюгельных протезов в большей степени определяется квалификацией зубных техников, чем квалификацией врачей ортопедов-стоматологов.

Ключевые слова: ортопедические конструкции зубных протезов, качество, многофакторный анализ.

Summary

Janishen I.V. *Determining factors of quality orthopedic constructions: analysis of the relationship.*

The based on a study of clinical and technological quality of orthopedic constructions of dentures from the domestic production materials, implemented by complex program: appear with analysis of correlations relationship between determining factors of quality orthopedic constructions and proved the following: the quality of artificial crowns in early clinical operation depends on the number of dentists-orthopedist, in dental laboratories - the dental technicians. For bridges - in the early period of their clinical exploitation depends on the dentists-orthopedist qualification. the quality of laminar prostheses (in early, and late periods of clinical use) depends on the staff qualifications, prosthesis design and technical equipment of the laboratory. removable partial dentures Quality is largely determined by dental technicians qualified than dentists qualifications.

Key words: orthopedic construction of dentures, quality, multi-factor analysis.

Рецензент: к.мед.н., доц. С.Ю. Труфанов

УДК 616.31-053.67:616.724-008.6-02-092

ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА МЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ю.Ю. Ярославская

Харьковский национальный медицинский университет

Введение

Среди различных заболеваний головы и шеи особое место занимает патология жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). По данным различных авторов частота синдрома мышечной дисфункции (СМД) ВНЧС варьирует от 20 до 80% [1, 3, 4, 8]. Многолетние клинические наблюдения группы авторов [4] показали, что 78,3% обследованных больных с патологией ВНЧС составили группу с различными дисфункциональными состояниями, причем около 45% составили пациенты в возрасте от 11 до 25 лет. В последнее время большой интерес для ортодонтов и стоматологов детского возраста представляет СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте [7, 8, 9]. Несмотря на большое число работ вопросы этиопатогенеза, клинического проявления, дифференциальной диагностики остаются малоизученными и спорными. Общность симптомов различных заболеваний, отсутствие данных об объеме обследования больных приводят к ошибкам в диагностике и неэффективному лечению.

Наиболее спорный вопрос в изучении СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте вызывают этиопатогенетические аспекты. Некоторые исследователи связывают возникновение этой группы заболеваний с патологией прикуса [4, 6], другие авторы в большей степени акцентируют внимание на возрастных особенностях растущего организма, точнее на ряде морфологических и психомоторных процессов, возникающих и завершающихся в пубертатном периоде и вызывающих физиологические отклонения в растущем организме [3,10]. Кроме того, некоторые авторы связывают наличие СМД ВНЧС с эндокринными нарушениями, возникающими в пубертатном периоде, в частности с увеличением свободной фракции андрогенов и индекса свободного тестостерона [5], а так же с витаминной недостаточностью, в особенности ви-

таминов группы В, которая приводит к появлению депрессивного состояния, болезненности в мышцах, общей слабости.

Из-за разногласий, возникающих в вопросах этиологии, патогенеза, а так же клиники и диагностики СМД ВНЧС, возникает большое количество спорных и нерешенных вопросов в лечении данной патологии. На сегодняшний день наиболее эффективным признано комплексное лечение, однако, до сих пор отвергаются некоторые аспекты медикаментозного, хирургического и ортопедического лечения и предлагаются новее способы.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ (НИР) Харьковского национального медицинского университета МОЗ Украины и является фрагментом НИР «Диагностика и лечение заболеваний органов и тканей челюстно-лицевой области» (№ госрегистрации 0113U002274).

Целью исследования являлось усовершенствование методов ранней диагностики синдрома мышечной дисфункции ВНЧС в детском и юношеском возрасте путем изучения факторов его развития.

Материалы и методы исследования

Нами было обследовано клинически и рентгенологически 33 пациента с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС в возрасте от 10 до 18 лет, из них 20 (60,6%) девочек и 13 (39,4%) мальчиков. Все обследованные пациенты предъявляли жалобы на наличие щелчка в суставе при широком открывании рта, неравномерное движение нижней челюсти при открывании рта, периодическое возникновение односторонней боли в области сустава и уха, усиливающейся при приеме жесткой и твердой пищи, что позволило нам установить диагноз синдром мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

При клиническом обследовании особое внимание уделялось опросу пациентов, а в некоторых случаях и их родителей, с целью тщательного изучения анамнеза жизни и болезни и жалоб больного. Выяснялось наличие факторов, предрасполагающих к возникновению данного заболевания: наличие различных вредных привычек, наследственная отягощенность, травмы нижней челюсти и сустава, ошибки при ортодонтическом лечении. Полные данные об особенностях анамнеза жизни и болезни представлены в таблице 1.

Из данных таблицы 1 следует, что у 16 (48,5%) пациентов в анамнезе выявлены различные факторы, способствующие возникновению СМД ВНЧС. Из них наличие различных вредных привычек

составило около 38%. Кроме того, 13 (39,4 %) пациентов отмечали наличие психоэмоционального стресса вызванного большими учебными нагрузками, переживаниями по поводу дальнейшего обучения после школы, первой влюбленностью и т.д.

Таблица 1

Распределение пациентов с СМД ВНЧС в зависимости от данных анамнеза

Особенности анамнеза	Пол пациентов				Всего	
	Мужской		Женский			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Без особенностей	4	12,2	13	39,4	17	51,5
Наличие вредных привычек: а) жевание на одну сторону;	1	3	1	3	2	6,1
б) жевание жевательной резинки	-	-	1	3	1	3
в) превалирование в рационе перетертой пищи;	1	3			1	3
г) широкое открывание рта при откусывании пищи	2	6,1			2	6,1
Перелом нижней челюсти	3	9,1	-		3	9,1
Эпилепсия	1	3	-		1	3
Наследственная отягощенность	1	3	2	6,1	3	9,1
Ошибки при ортодонтическом лечении	-	-	3	9,1	3	9,1
Всего:	13	39,4	20	60,6	33	100

При общем осмотре пациентов внимание обращалось на физическое состояние. Проводилось метрическое обследование больных (соответствие пола, возраста, роста и веса) с целью выяснения характера телосложения. Были выявлены 28 (84,9%) человек нормостенического, 4 (12,1%) астенического и 1 (3%) гиперстенического телосложения. Все случаи астенического телосложения наблюдались у подростков в возрасте от 11 до 15 лет, и родители этих пациентов отмечали резкое ускорение роста скелета ребенка в последние 1 - 2,5 года.

При клиническом обследовании выявляли наличие ортодонтической патологии. Полученные нами данные приведены в таблице 2.

Из данных таблицы 2 следует, что у 26 (78,8%) пациентов отмечались различные патологии прикуса, у 7 (21,2 %) пациентов никаких зубочелюстных нарушений не определялось.

Таблица 2

Распределение пациентов с СМД ВНЧС в зависимости от состояния прикуса

Состояние прикуса	Пол пациентов				Всего	
	Мужской		Женский			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ортогнатический прикус	2	6,1	3	9,1	5	15,1
Сменный прикус	1	3	1	3	2	6,1
Глубокий прикус	2	6,1	3	9,1	5	15,2
Перекрестный прикус		-	2	6,1	2	6,1
Открытый прикус	-	-	1	3	1	3
Прогнатия	1	3	3	9,1	4	12,1
Скученность зубов	1	3,1	4	12,1	5	15,2
Аномалии положения отдельных зубов	4	12,1	1	3	5	15,1
Наличие сверхкомплектных зубов	1	3	-	-	1	3
Раннее удаление отдельных зубов	1	3	2	6,1	3	9,1
Всего:	13	39,4	20	60,6	33	100

При обследовании ВНЧС отмечали объем движения нижней челюсти (движения в полном объеме, затрудненное открывание рта); характер экскурсии головок нижней челюсти (чрезмерная, нормальная, ограниченная); наличие щелканья, боли, хруста в суставах (с одной или с двух сторон); асинхронность движения нижней челюсти; характер движения головок (плавный, скачкообразный). Проводили пальпацию жевательных мышц с целью выявления триггерных зон.

Наиболее частым симптомом, встречающимся у 27 (81,8%) пациентов являлось щелканье в суставе с одной или двух сторон, а так же чрезмерная экскурсия суставных головок, встречающаяся у 17 (51,5%) человек. Отличительной особенностью проявления СМД ВНЧС у детей и подростков является сравнительно редкое, в отличие от взрослых, появление болезненных ощущений. Так, болезненность при широком открывании рта отмечали всего 7 (21,2%) человек; болезненность в суставе - 8 (24,2%) пациентов; болезненность в жевательных мышцах - 6 (18,2%) человек.

Рентгенологическое обследование пациентов проводилось с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ВНЧС. Использовался метод ортопанорамной рентгенографии. При анализе снимков внимание обращалось на топографию костных элементов сустава, ширину суставной щели, форму суставных элементов, проводилась сравнение правого и левого суставов. У всех пациентов патологические изменения в суставе не были выявлены, правая и левая суставные щели были равны. Полученные данные позволили подтвердить диагноз СМД ВНЧС.

Полученные результаты и их обсуждение

Полученные в работе данные позволяют считать, что существуют несколько основных этиологических факторов, которые в равной степени могут способствовать возникновению синдрома мышечной дисфункции ВНЧС в детском и юношеском возрасте. По нашим наблюдениям, этими факторами являются патологические изменения в зубочелюстной системе, диспропорции роста опорно-двигательного аппарата в пубертатном периоде, наличие вредных привычек (жевание на одну сторону, постоянное жевание жевательной резинки, широкое открывание рта при откусывании пищи, зевоте и др.), частые психоэмоциональные и физические стрессы.

Так, полученные нами при сборе анамнеза данные позволили обратить внимание на возрастные особенности растущего организма. Известно, что в пубертатный период в организме подростков возникает физиологические отклонения, которые расцениваются как патология пубертатного возраста [2]. В этот период нарушается соотношение структуры и функции во многих органах и системах растущего организма. Одним из проявлений этого состояния является возрастная диспропорция роста опорно-двигательного аппарата. В этот период повышена остеогенная активность, и рост костей опережает функциональную адаптацию мышц и связочного аппарата суставов. Мышцы достигают наибольшей силы лишь спустя 1,5 года после окончания роста скелета. Патогенез СМД ВНЧС в таких случаях можно представить следующим образом. В результате быстрого и активного продольного роста нижнечелюстной кости суставная капсула, и связочный аппарат сустава приходят в состояние перенапряжения. Незрелые ткани связочного аппарата и суставной капсулы не в состоянии компенсировать такое перенапряжение длительное время. В этот период физиологическая функциональная нагрузка на сустав оказывается чрезмерной и через некоторое время приводит к потере тонуса, растяжению связок и суставной капсулы и дисфункции сустава.

Кроме того, современный интенсивный ритм жизни может приводить к развитию у подростков СМД ВНЧС на фоне психоэмоционального

стресса. Механизм действия стресса на жевательные мышцы может объясняться отсутствием возможности подростка дать немедленный выход ответным реакциям на стресс, которые поэтому обычно подавляются. Постоянное воздействие ситуаций, вызывающих беспокойство и стресс, может вызвать состояние напряженности. А недостаток реализации ответных реакций по данным некоторых авторов [1] приводит к развитию хронических гипокинетических дисфункций.

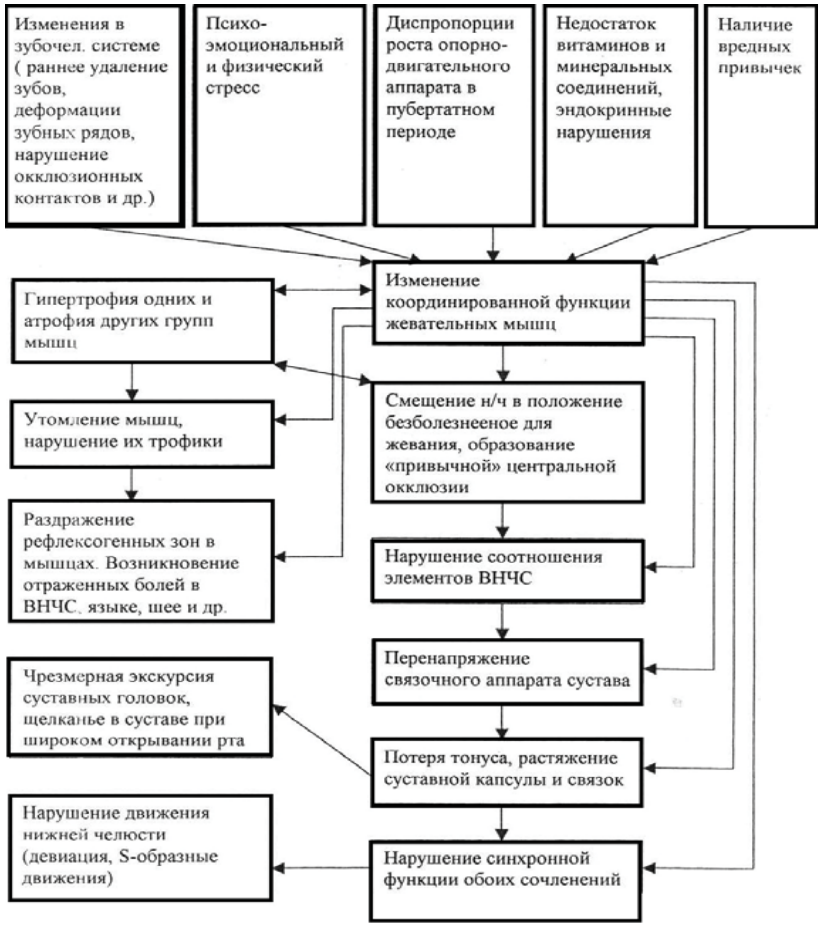

Рис. 1. Этиопатогенез изменений в височно-нижнечелюстном суставе и жевательных мышцах при наличии синдрома мышечной дисфункции в детском и юношеском возрасте.

Психофизиологические ответные реакции со стороны мышц выражаются в их напряжении и повышении тонуса, что приводит к появлению многих симптомов СМД ВНЧС, таких как боль, ограничение движений и нарушение функциональной гармонии.

Результаты, полученные в работе, позволили нам создать рабочую схему развития СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте (рис. 1) на основе схемы патогенеза синдрома мышечно-суставной дисфункции ВНЧС Хватовой В.А. (1982).

Выводы

1. Этиологическими факторами синдрома мышечной дисфункции ВНЧС в детском и юношеском возрасте могут быть не только зубочелюстные аномалии, но и наличие вредных привычек, диспропорции роста костного и мышечного скелета и гипокинетические состояния, вызванные психофизиологическими ответными реакциями на хронический стресс. Соответственно лечение пациентов с данной патологией должно быть комплексным и включать в себя не только лечение зубочелюстной системы, но и быть направлено на равномерное развитие костно-мышечной системы у детей и на устранение вредных привычек и факторов хронического стресса.

2. Перспективным является дальнейшее исследование методов диагностики СМД ВНЧС в детском и юношеском возрасте с целью разработки конкретных методов лечения данного синдрома, а так же его профилактики.

Литература

1. Гросс М.Д. Нормализация окклюзии / М.Д. Гросс, Дж.Д. Метьюс: пер. с англ. - М.: Медицина, 1986. - 288 с.

2. Долецкий С.Я. Вопросы структуры и функции в педиатрической хирургии / С.Я. Долецкий. – М.: Медицина, 1973. – 38 с.

3. Егоров П.М. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / П.М. Егоров, И.С. Карапетян. - М.: Медицина, 1986. - 126 с.

4. Петросов Ю.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / Ю.А. Петросов, О.Ю. Калпакъянц, Н.Ю. Сеферян. - Краснодар, 1996. - 352 с.

5. Пузин М.Н. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава / М.Н. Пузин, А.Я. Вязьмин. - М.: Медицина, 2002.- 160 с.

6. Силин А.В. Проблемы диагностики, профилактики и лечения морфо-функциональных нарушений в височно-иижнечелюстных суставах при зубо-челюстных аномалиях: автореф. дисс. . д-ра мед.наук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.В. Силин - СПб., 2007. - 43 с.

7. Тревел Дж.Г. Миофасциальные боли / Дж.Г. Тревел, Д.Г. Симонс. - М.: Медицина, 1989. - Т.2. - С. 7-203.

8. Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Хватова. - М.: Медицина, 1982. - 160 с.

9. Oral habits and their association with signs and symptoms of temporomandibular disorders in adolescent girls / A. Gavish, M. Halachmi, E. Winokur, E. Gazit // J. Oral Rehabil. - 2000. - Vol.27, № 1. - P. 22-32.

10. Korszun A. Facial pain, depression and stress: connections and directions / A. Korszun // J. Oral Pathol. Med. - 2002. - № 31. - P. 615-619.

Резюме

Ярославська Ю.Ю. *Фактори розвитку синдрому м'язової дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба в дитячому та юнацькому віці.*

Метою роботи було удосконалення методів ранньої діагностики синдрому м'язової дисфункції СНЩС в дитячому та юнацькому віці шляхом вивчення факторів його розвитку. Було обстежено клінічно і рентгенологічно 33 пацієнта з синдромом м'язової дисфункції СНЩС у віці від 10 до 18 років. При клінічному обстеженні були виявлені фактори, що призводять до виникнення даного захворювання, що дозволило нам створити робочу схему розвитку синдрому м'язової дисфункції СНЩС в дитячому та юнацькому віці. Отже, етіологічними факторами синдрому м'язової дисфункції СНЩС можуть бути не тільки зубощелепні аномалії, але й наявність шкідливих звичок, диспропорції росту кісткового і м'язового скелета та гіпокінетичні стани, викликані психофізіологічними реакціями на хронічний стрес.

Ключові слова: скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС), синдром м'язової дисфункції.

Резюме

Ярославская Ю.Ю. *Факторы развития синдрома мышечной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава в детском и юношеском возрасте.*

Целью работы являлось усовершенствование методов ранней диагностики синдрома мышечной дисфункции ВНЧС в детском и юношеском возрасте путем изучения факторов его развития. Было обследовано клинически и рентгенологически 33 пациента с синдромом мышечной дисфункции ВНЧС в возрасте от 10 до 18 лет. При клиническом обследовании были выявлены факторы, предрасполагающие к возникновению данного заболевания, что позволило нам создать рабочую схему развития синдрома мышечной дисфункции ВНЧС в детском и юношеском возрасте. Таким образом, этиологическими факторами синдрома мышечной дисфункции ВНЧС могут быть не только зубочелюстные аномалии, но и наличие вредных привычек, диспропорции роста костного и мышечного скелета и гипокинетические состояния, вызванные психофизиологическими ответными реакциями на хронический стресс.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС), синдром мышечной дисфункции.

Summary

Yaroslavska Yu.Yu. *Development factors of the temporomandibular joint syndrome in childhood and adolescence.*

The purpose was to improve the methods of early diagnosis of TMJ syndrome in childhood and adolescence by examining the factors of its development. Were examined clinical and radiological 33 patients with TMJ syndrome aged 10 to 18 years. Clinical examination revealed the factors predisposing to the disease, which allowed us to establish a working plan for development of TMJ syndrome in childhood and adolescence. And also conclude that the etiological factors of TMJ syndrome in childhood and adolescence can be not only dentoalveolar anomalies, but also the presence of harmful habits, disparities growth of bone and muscle and skeletal hypokinetic condition caused by psycho-physiological reactions to the chronic stress.

Key words: temporomandibular joint, TMJ syndrome.

Рецензент: д.мед.н., проф. Р.С. Назарян

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

«Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекції, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англомовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Cyr 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання абревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).