

Накопленный во многих странах опыт убедительно подтверждает, что расширение функций среднего медицинского персонала и активное привлечение его к проведению профилактических мероприятий позволяют сосредоточить внимание врачей-стоматологов на ключевых позициях по планированию и внедрению профилактики, тем самым повысив ее эффективность и существенно увеличив охват населения (Леонтьев В. К. , 2007; Угрин М. М. , 2008; Флейшнер Г. М. , 2004; Шевченко О. В. , 2006).

Наши зубы – показатель нашего здоровья, они отражают все процессы, происходящие в организме. Чем раньше мы займемся зубами наших детей, тем легче и проще им будет справляться с проблемами взрослого организма.

**Рыбалов О. В. , Москаленко П. А. , Яценко И. В.
О МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ СИМПТОМА МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МОЛЯРОВ**

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Наш клинический опыт, данные отечественных и зарубежных клиник, занимающихся вопросами артрологии в стоматологии, отмечают рост числа больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Многообразие вариантов заболеваний ВНЧС (артрит, артроз, острый и хронический вывих и др.), приводящих к его функциональной неполноценности, всегда сопровождаются симптомами мышечно-суставной дисфункции.

Наличие значительного объема информации в отношении заболеваний ВНЧС и вместе с тем отсутствие координированной возможности ее всестороннего анализа, общетеоретических концепций, которые позволили бы объединить этот многогранный материал, сложность логического согласования теоретических, клинических и экспериментальных данных о типичных и нетипичных проявлениях патологических процессов в суставе (точнее, в его отдельных анатомических структурах) обуславливают конкретную проблемную ситуацию, которая характеризуется отсутствием адекватного объяснения патогенеза заболеваний ВНЧС, диагностических и лечебных подходов, большим количеством разнообразных в использовании и предназначении способов и методик лечения, неоднозначностью трактовки получаемых результатов.

Рентгенологические, магнитнорезонансные, компьютерно-томографические, внутрисуставные исследования с помощью волоконной оптики, результаты оперативных вмешательств на ВНЧС дали возможность описать возникающие нарушения в его отдельных компонентах (капсуле, внутрисуставных связках, диске, суставной головке, суставной впадине) при травматических, дегенеративных, дистрофичес-

ких процессах в суставе, при патологической окклюзии.

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи стоматологических манипуляций при лечении моляров верхней и нижней челюстей на возникновение симптомов мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Материал и методы исследования. Наблюдали 33 больных в возрасте от 22 до 45 лет. Женщин было 26, мужчин – 7. Лечение моляров на верхней челюсти проводили у 21 пациента, на нижней челюсти – у 12. Наряду с клиническим исследованием (опрос, осмотр, пальпация областей ВНЧС, определение окклюзии) проводили аксиографию, артрофонографию, рентгенографию обоих ВНЧС, магнитно-резонансную томографию суставов.

Результаты исследования и их обсуждение

Жалобы наблюдаемых больных сводились к боли и дискомфорту во время открывания рта в области одного (27 больных) или обоих (6 больных) ВНЧС. Боли усиливались при жевании, особенно при боковых смещениях нижней челюсти, отдавали у части больных по ходу ветвей тройничного нерва. У 12 больных отмечалось появление в суставе хрустящих, шуршащих, щёлкающих ощущений. Из анамнеза выяснено, что все больные при лечении зубов сидели с широко открытым ртом в течение длительного времени (от получаса до полутора часов!!!). Трём больным для удобства работы врача между зубами верхней и нижней челюсти, противоположной манипулируемой стороне, вводили объёмный ватный валик, не позволяющий произвольному закрытию рта (своеобразный роторасширитель).

При осмотре больных внешних нарушений в области ВНЧС не наблюдалось. Пальпация области латеральной крыловидной мышцы и суставной головки у 26 больных была резко болезненной. При открывании рта движения нижней челюсти у 28 больных были зигзаговыми, у 5 – ступенчатыми. При широко открытом рте у 22 больных с одной стороны, у 3 – с обеих пальпаторно и визуально определялось чрезмерное смещение суставной головки вперёд под основание скуловой дуги. При осмотре зубных рядов у 15 пациентов отмечено отсутствие правильного смыкания зубов на одной из окклюзионных сторон.

Анализ рентгенологических картин ВНЧС, особенно при открытом рте, выявил у 30 больных смещение одной из суставных головок значительно вперёд за пределы суставного бугорка. У 3 больных подобного рода нарушения определялись с обеих сторон.

Оценивая результаты клинических проявлений симптома мышечно-суставной дисфункции наблюдаемых больных, результаты дополнительных исследований можно расценивать как импрессионную нестабильность суставной головки и суставного диска, связанную с неполноценной стабилизацией суставной головки в суставной впадине за счёт изменения механических свойств капсулы сустава и

связочного аппарата без их повреждения (их функциональное перерастяжение, нарушение привычных анатомических соотношений размеров и сил натяжения между передним и задним отделами капсулярно-мышечно-связочного компонента сустава), а также недостаточность активной стабилизации суставной головки на вершине суставного бугорка за счёт нарушения мышечного ответа (мышечная дисфункция). Все эти нарушения способствуют неадекватному (порочному) распределению механической нагрузки, локальной перегрузке элементов одного из суставов, что сопровождается болевым симптомом, нарушением структурно-функциональных связей с симметричным суставом, формированием механизмов стойкой анатомической нестабильности суставной головки и диска, приводящих к их вывиху.

Різник С. С. , Різник Ю. Б.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ МІКРОГЕМОДИНАМІКИ ПАРОДОНТА У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У розвитку хвороб пародонта велике значення мають порушення гемодинаміки та трансапілярного обміну навкол зубних тканин. Система мікроциркуляції є основною ланкою, яка забезпечує метаболічний гомеостаз у тканинах пародонта, тому дослідження мікрогемодинаміки має велике діагностичне та прогностичне значення.

Мета нашого дослідження - вивчити кореляцію між клінічними проявами пародонтиту та функціональними змінами його судинної системи.

Стан гемомікроциркуляторного русла пародонта ми вивчали у 28 хворих на генералізований пародонтит, використовуючи реопародонтографію, стійкість судин пародонта і термометрію ясенних сосочків. Контрольну групу склали 12 практично здорових осіб із клінічно інтактним пародонтом. Для запису реопародонтограм застосовували електрокардіограф та чотириканальний реограф РГ-4-01. При розшифруванні реопародонтограм аналізували якісний та кількісний параметри. Стійкість капілярів пародонта до від'ємного тиску вивчали за допомогою апарата АЛП-03. Час утворення вакуумних гематом фіксували в ділянці верхівок коренів фронтальної групи зубів. Температуру ясенних сосочків оцінювали за допомогою електротермометра ЕТМ-3Б. Максимальна інерція приладу - 30 с. , чутливість - 0, 2°C, площа дотику електрода з досліджуваною поверхнею - 1, 5 мм. Вимірювання локальної температури проводили за носового дихання в ділянці маргінального пародонта фронтальної групи зубів.

Усі обстежені були віком 30 – 50 років, не мали суттєвої патології. Пародонтологічний статус вивчали за загальноприйнятими в пародонтології методами, включаючи ортопантомографію.

При порівнянні результатів функціональних методів дослідження судин пародонта спостерігали синхронні зміни показників відповідно до тяжкості пародонтиту. При аналізі реопародонтограм хворих на генералізований пародонтит контури РПГ були нечіткі, дикротичний зубець слабо виражений і зміщувався до вершини, помітно здовжувалася висхідна частина і вкорочувалася низхідна частина РПГ. При якісному аналізі РПГ у всіх випадках достовірно збільшувалися показники ПТС (28, 8±2, 6 %), ІПО (127, 91±8, 71 %) , ДС (92, 65±6, 41%) , ДІ (89, 32±5, 33%), знижувалися РІ (0, 15±0, 015 ом), ІЕ (51, 47±7, 25%). Дані РПГ свідчать про підвищення тону артеріол і венул, зниження еластичності артерій і вен. Паралельно знижувалася стійкість капілярів ясен, при початковому і І ступенях пародонтиту - до 7, 5±0, 84 с. , II і III ступенях - до 4, 3±0, 34 с.

У хворих на генералізований пародонтит температура ясенних сосочків підвищувалася в порівнянні з групою порівняння в середньому на 0, 5 – 0, 7°C, що свідчить про порушення гемомікроциркуляції пародонта.

Порівнюючи дані функціональних методів дослідження кровообігу навкол зубних тканин, можна дійти висновку, що у хворих на генералізований пародонтит розвиваються зміни гемодинаміки пародонта, зумовлені порушенням судинного тону та реактивності, сповільненням капілярного руху крові. При цьому змінюється проникність стінок капілярів, що погіршує трофіку пародонта і веде до прогресування дистрофічно-запального процесу. Якщо при початковому та першому ступенях тяжкості генералізованого пародонтиту функціональні порушення гемомікроциркуляції є зворотними, то при другому і особливо

третьому ступенях зазначені зміни незворотні, про що свідчать дані функціональних проб.

Узагальнення отриманих результатів дозволяє зробити висновок, що всі симптоми пародонтиту функціонально обумовлені. У пародонті спостерігаються синхронні зміни показників функціонального стану мікроциркуляторного русла. Вивчення клінічно – функціональних паралелей гемодинаміки пародонта свідчить, що однією з ланок патогенезу генералізованого пародонтиту є судинна, і для проведення ефективного, цілеспрямованого, комплексного лікування хворих на генералізований пародонтит доцільно вводити капілярпротектори.

Ріпецька О. Р. , Гриновець В. С. , Денег І. С. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ В ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ 16-29 РОКІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність проблеми. Зростання рівня патології тканин пародонта серед пацієнтів молодого віку