

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.31.22-007.54-06:616.724-008.6 (045)

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ СДВИГАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

В. В. Коннов, В. Н. Николенко, А. В. Лепилин, Л. В. Музурова, Л. В. Николенко

Саратовский государственный медицинский университет

Провели обследование височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с дефектами зубных рядов, осложненными дистальным сдвигом нижней челюсти, выявили определенные изменения височно-нижнечелюстных суставов и определили возможность проведения их коррекции.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, дистальные сдвиги нижней челюсти.

CORRECTION OF DISORDERS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN DISTAL DISPLACEMENT OF MANDIBLE

V. V. Konnov, V. N. Nikolenko, A. V. Lepilin, L. V. Muzurova, L. V. Nikolenko

Abstract. A study of temporomandibular joints in patients with defects of dentition, complicated with distal displacement of mandible, was carried out. Changes of temporomandibular joint were revealed and a possibility of correction of these changes was defined.

Key words: temporomandibular joint, distal displacement of mandible.

Дефекты зубных рядов являются одним из этиопатогенетических факторов, способствующих развитию аномалий и деформаций зубочелюстной системы. Потеря жевательной группы зубов часто сопровождается изменением соотношений зубных рядов, что клинически проявляется смещением нижней челюсти [1, 2, 4, 6].

Вместе с тем данная форма патологии характеризуется структурными и функциональными изменениями в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), что обусловлено его тесной взаимосвязью с нервно-мышечным аппаратом зубочелюстной системы и характером смыкания зубных рядов [3, 5, 7].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить морфологические и функциональные нарушения височно-нижнечелюстных суставов при дистальных сдвигах нижней челюсти.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для оценки анатомо-топографического состояния височно-нижнечелюстного сустава ис-

пользовали боковую томографию, проводимую на универсальной рентгенологической установке "ORTHOPHOS 3" фирмы "Siemens".

При изучении мягкотканых и фиброзных структур ВНЧС проводили магнитно-резонансную томографию. Сканирование проводили при закрытом и открытом рте, в положениях привычной и центральной окклюзии.

Функциональное состояние ВНЧС оценивали с использованием перечня клинических симптомов дисфункции Helkimo.

Для выявления гиперактивности мышц и бруксизма применяли пробы на сжатие и скрип зубов. Для определения характера и локализации повреждений ВНЧС применяли функциональную пробу на эластичность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных нами исследований позволили заключить, что данная патология приводит к нарушению строения и взаимоотношений элементов височно-нижнечелюстного сус-

тава. Так, на томограммах отмечалось снижение высоты суставного бугорка, что приводило к уменьшению глубины суставной ямки.

Ширина суставной щели в переднем участке была больше на 1,44 мм слева и на 1,39 мм справа; в верхнем участке увеличение показателя составляло 2,15 мм слева и 2,80 мм справа.

Изменение топографии суставной головки подтверждалось и уменьшением глубины ее погружения в суставную ямку на 2,70 мм слева и 3,03 мм справа. Изменение положения суставных головок приводило к увеличению показателя асимметричности их расположения справа и слева на 50 %.

Выявление клинических признаков дисфункции подтверждает, что дистальное смещение нижней челюсти сопровождается нарушениями функционального состояния ВНЧС, которое проявлялось возникновением суставного шума при движениях нижней челюсти, болей в суставе и жевательных мышцах, иррадирующих в различные отделы головы и др.

План лечения пациентов определялся индивидуально и во всех случаях состоял из двух этапов. Он предусматривал на первом этапе ортодонтическую, а на втором этапе – ортопедическую коррекцию патологии.

Ортодонтическое лечение заключалось в коррекции положения нижней челюсти, восстановлении окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов и межальвеолярного расстояния, для чего пациентам изготавливали каппы или съемные пластинки с наклонной плоскостью.

Для лечения нами предложен аппарат, позволяющий проводить иммобилизацию нижней челюсти в сагиттальной плоскости и одновременно сохранять возможность проведения трансверзальных движений нижней челюсти, содержащий ортодонтические коронки на зубах верхней и нижней челюстей: механизм репозиции в виде двух стержней, установленных на вестибулярной стороне коронок, отличался тем, что соединяющая стержни металлическая пластина состояла из двух частей, соединенных шарнирно между собой. Длительность первого этапа составляла от 3 до 8 месяцев.

Аппарат для лечения дисфункции ВНЧС и коррекции привычных сагиттальных сдвигов нижней челюсти позволяет проводить иммобилизацию нижней челюсти в сагиттальной плоскости и одновременно сохранять возможность проведения трансверзальных движений нижней челюсти, что будет способствовать сохранению жевательной эффективности в процессе лечения, а следовательно, и скорейшей реабилитации пациентов.

На первом этапе лечения всем пациентам с дистальным сдвигом нижней челюсти назнача-

ли комплекс миогимнастических упражнений, направленных на тренировку мышц, выдвигающих нижнюю челюсть. Их выполняли сидя или стоя. Нижнюю челюсть медленно выдвигали вперед до тех пор, пока режущие края нижних резцов не устанавливались впереди верхних. В таком положении нижнюю челюсть удерживали 10 с, а затем медленно возвращали в исходное положение. То же упражнение выполняли с поворотом головы сначала вправо, затем влево. После освоения упражнения нижнюю челюсть удерживали в выдвинутом положении как можно дольше, и упражнение вновь повторяли до 10 раз. Нагрузку увеличивали при выполнении упражнения стоя. Голову пациента слегка запрокидывали, ноги ставили на ширину плеч, руки отводили назад, нижнюю челюсть медленно выдвигали вперед до тех пор, пока резцы не устанавливались впереди верхних.

Пациентам с наиболее выраженными функциональными нарушениями проводили физиотерапевтическое лечение, которое включало курс облучения области ВНЧС ультрафиолетовыми лучами и электрофорез с гидрокортизоном.

Кроме того, проводили массаж области ВНЧС курсом 25–30 процедур длительностью 15–20 минут каждая. Курс массажа был разбит на 3 этапа, по 8–10 процедур каждый.

На первом этапе проводилось легкое поглаживание околоушно-жевательной области, что усиливало обменные процессы в коже и оказывало релаксирующее действие на нервно-мышечную систему. На втором этапе применялось растирание и разминание жевательных мышц, что улучшало в них обменные процессы, а на третьем этапе проводили массаж непосредственно в области ВНЧС.

При анализе боковых томограмм ВНЧС, сделанных по окончании первого этапа лечения, отмечено, что форма и размеры костных элементов ВНЧС не изменяются. Однако проведенное лечение способствовало изменению топографии суставной головки. Так, переднее положение суставной головки увеличилось на 45 %, что сопровождалось уменьшением частоты ее центрального и заднего положений. Симметричность расположения суставных головок увеличилась на 40 %.

Проведенное лечение способствовало уменьшению ширины переднего и увеличению ширины заднего участков суставной щели.

Результаты ортодонтического лечения закреплялись протезированием, проводившимся с учетом величины и топографии дефектов зубных рядов, для чего мы использовали цельнолитые, металлопластмассовые и металлокерамические конструкции протезов. При концевых и обширных включенных дефектах зубных рядов применялись различные виды опирающихся протезов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диагностику анатомо-топографических и функциональных нарушений ВНЧС необходимо проводить с применением клинических, рентгенологических и функциональных методов исследования; лечение пациентов должно осуществляться под рентгенологическим контролем состояния ВНЧС; при выдвижении нижней челюсти кпереди следует учитывать топографию суставной головки в суставной ямке; протезированию должна предшествовать ортодонтическая подготовка зубочелюстной системы, направленная на нормализацию окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений зубных рядов и анатомо-топографического строения ВНЧС.

Предложенный аппарат предназначен для лечения дисфункции ВНЧС и коррекции привычных сагиттальных сдвигов нижней челюсти, что повысит эффективность лечения пациентов с данной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриенко С. В., Гариб Б. М., Зайченко С. И. // Вестник ВГМА. – 2000. – № 6. – С. 211–213.
2. Каламбаров Х. А. // Стоматология. – 1996. – Т. 75, № 1. – С. 53–60.
3. Калиераджиян Э. С., Лещева Е. А., Картавец Н. Г. и др. // Там же. – 1999. – Т. 78, № 2. – С. 31–33.
4. Кибкало А. П., Линченко И. В., Стекольников Н. В. // Актуальные вопросы стоматологии. – Волгоград, 1996. – С. 160–164.
5. Николенько В. Н., Сальников В. Н., Музурова Л. В. // Вестник проблем биологии и медицины. – Полтава, 2003. – № 3. – С. 30–31.
6. Персин Л. С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. – М.: Ортодент-Инфо, 1999. – 298 с.
7. Хватова В. А., Ступников А. А. // Новое в стоматологии. – 2001. – № 1 (91). – С. 25–33.
8. Wish Baratz S., Hershkovitz I., Arensburg B., et al. // Am. J. Phys. Anthropol. – 1996. – Vol. 101 (3). – P. 387–400.

УДК 615:616–036.22:615:33:615.24

ИНВАЗИВНЫЕ И НЕИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ В ВОЛГОГРАДЕ И ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В. И. Петров, М. В. Абрамова, Н. В. Григорьева

Кафедра клинической фармакологии и интенсивной терапии ВолГМК,
МУЗ КГБ СМП № 25

В статье проанализировано соотношение между биохимическими показателями крови, уровнем виремии, ультразвуковой картиной ткани печени и морфологическим изменением ее структуры. Показано отсутствие зависимости между гистологическими изменениями (активность некрозовоспалительного процесса в печени и фиброза) при хронических гепатитах вирусной и невирусной этиологии и биохимическими показателями крови, эхографическими характеристиками ткани печени и уровнем виремии. Обоснована необходимость проведения биопсии печени под контролем УЗИ как наиболее информативного и безопасного метода.

Ключевые слова: хронический гепатит, инвазивные методы исследования, неинвазивные методы исследования.

INVASIVE AND NON-INVASIVE METHODS OF DIAGNOSTICS IN EVALUATION OF LIVER CONDITION IN CHRONIC HEPATITIS IN VOLGOGRAD AND VOLGOGRAD REGION

V. I. Petrov, M. V. Abramova, N. V. Grigoryeva

Abstract. In this study we analyzed the correlation between biochemical parameters of blood, HCV RNA level, ultrasonic image of liver tissues and morphological changes of liver structure. No dependence between histological changes (inflammation and fibrosis in liver tissue) in both viral and non-viral chronic hepatitis and biochemical parameters of blood, fibrosis ultrasonic characteristics of a liver and an HCV RNA level was noted. A necessity of liver biopsy by ultrasonic control as the most informative and safe method for today is justified.

Key words: chronic hepatitis, invasive methods of investigation, non-invasive methods of investigation.

В настоящее время в г. Волгограде и Волгоградской области при постановке диагноза хронического гепатита (ХГ) вирусной или невирусной этиологии для определения активности воспалительного процесса в большинстве случаев используется кратность увеличения биохимических

показателей аминотрансфераз (аланиновой аминотрансферазы – АлАТ, аспарагиновой – АсАТ). Тогда как в общемировой практике некрозовоспалительная активность оценивается на основании изучения гистологической картины ткани печени (по Knodell, Ishak, METAVIR). Возможно, это