

вовоспалительного ответа организма, которая характеризуется динамикой содержания ИЛ-10.

Указанный индекс достоверно увеличивался после лечения только в IA группе (с $12,62 \pm 0,43$ до $18,62 \pm 0,97$, $p < 0,05$). Кроме того отмечались достоверные отличия ($p < 0,05$) при сравнении этого показателя после лечения в IA ($18,62 \pm 0,97$) и IB группах ($14,14 \pm 0,72$), а также во ПА ($21,92 \pm 1,25$) и во ПБ ($17,72 \pm 0,98$) группах.

Выводы. Таким образом, назначение комплексного лечения с использованием ступенча-

того назначения разных форм L-аргинина способствует устранению нарушений цитокинового баланса и существенному улучшению состояния больных неалкогольным стеатогепатитом на фоне МС.

Перспектива дальнейших исследований. Требуется более углубленного изучения механизмы положительного влияния препаратов L-аргинина при лечении неалкогольным стеатогепатита у больных с метаболическим синдромом.

Список литературы:

1. Бабушкина А. В. Эффективность перорального применения L-аргинина у пациентов с эндотелиальной дисфункцией/А. В. Бабушкина//Укр. мед. часопис. – 2010. – № 1. – С. 24–30.
2. Кишко Т. О. Аргинин: биологическое действие, влияние на синтез оксида азота/Т. Кишко, С. Шандренко, Н. Дмитренко//Ж. АМН України. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 150–158.
3. Эффект последовательно увеличивающихся доз L-аргинина на печеночные микроциркуляцию и тканевую оксигенацию при стеатозе/S. Ijaz, M. C. Winslet, A. M. Seifalian//Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 4. – С. 125–133.

*Shtefan Anatoly Vasilyevich,
CHVUZ «International Academy of Ecology and Medicine» Kiev.
E-mail: Shtephan@ukr.net*

*Tsao Tszun Nan,
VGUZ Ukraine «Ukrainian Medical Dental Academy», Poltava.
Novikov Vadim Mikhailovich, Professor,
VGUZ Ukraine «Ukrainian Medical Dental Academy», Poltava.*

Examination of dentitions in patients with pathology of the temporomandibular joint occlusal genesis

Abstract: Examination of patients with temporomandibular joint (TMJ) pathology of occlusive genesis showed that in the majority of cases occlusive disorders in the form of supracontacts, originated due to deformities of dentitions, have been detected. Sensory data, changed by the supracontacts, initiated the process of incoordination of masticatory muscles and TMJ's performance. Elimination of revealed supracontacts normalizes the masticatory muscles and TMJ's performance.

Key words: occlusive disorders, defects of dentitions, deformities of dentitions, supracontacts, TMJ pathology.

*Штефан Анатолий Васильевич,
ЧВУЗ «Международная академия экологии и медицины», г. Киев.
E-mail: Shtephan@ukr.net*

*Цао Цзюнь Нань
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава.
Новиков Вадим Михайлович, профессор
ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава.*

Обследование зубных рядов у пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза

Аннотация: Обследование пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) окклюзионного генеза показали, что в большинстве случаев определялись окклюзионные нарушения в виде супракон-

тактов, которые возникли вследствие деформаций зубных рядов. Сенсорная информация, изменённая супраконтактами, запускала процесс дискоординации работы жевательных мышц и ВНЧС. Устранение выявленных супраконтактов нормализует работу жевательных мышц и ВНЧС.

Ключевые слова: Окклюзионные нарушения, дефекты зубных рядов, деформации зубных рядов, супраконтакты, патология ВНЧС.

Актуальность

Окклюзионные нарушения в зубочелюстной системе могут являться как причиной, так и отягощающими факторами при целом комплексе стоматологических заболеваний. [1, 17–18; 2, 49–54]

За последние десятилетия появилось большое количество публикаций, посвященных функциональным нарушениям зубочелюстной системы, что указывает на значительное распространение и оправдывает постоянный интерес к данной патологии. [3, 66–69; 4, 42–44]

Объекты исследования

Объектами клинического исследования были жители Киева, Киевской и Полтавской областей в количестве 93-х человек (69 женщин и 24 мужчины) в возрасте 16–73 лет с клиническими признаками болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (БСД ВНЧС).

Большинство пациентов обращались с жалобами на боль, щелканье в одном или в обеих ВНЧС с иррадиацией боли в затылок, шею, теменную, височную и подчелюстную области, на невозможность найти

«удобное» положение челюсти. Из опроса пациентов установлены или давняя потеря зубов, или недавние вмешательства стоматологов (ортопедов или терапевтов), после которых и возникли симптомы описанные выше.

Обсуждение полученных результатов

Результаты обследования моделей челюстей 93-х пациентов с БСД ВНЧС окклюзионного генеза показали, что в преобладающем большинстве случаев (64 пациентов (68,82%)) обнаруживался не симметричный латерально направляющий супраконтакт, эти пациенты составили I-ю группу. Во 2-ю группу вошли 12 (12,9%) пациентов с двусторонним симметричным мезиально направляющим супраконтактом. В 3-ю группу вошли 17 (18,28%) пациентов с симметричным дистально направляющим супраконтактом.

При клиническом обследовании 93 пациентов выявлены дефекты зубного ряда у 56 пациентов (60,21%), у 3 пациентов (3,23%) были беззубые челюсти, а у 34 пациентов (36,56%) определялся полный зубной ряд. Результаты обследования зубных рядов представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Результаты обследования зубных рядов у 93 пациентов

	1-я группа		2-я группа		3-я группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1 класс	2	2,15%	0	0%	3	3,23%	5	5,38%
2 класс	11	11,83%	0	0%	2	2,15%	13	13,98%
3 класс	27	29,03%	4	4,30%	5	5,38%	36	38,71%
4 класс	0	0%	2	2,15%	0	0%	2	2,15%
Итого зубных рядов с наличием дефектов	40	43,01%	6	6,45%	10	10,76%	56	60,22%
Беззубые челюсти	2	2,15%	1	1,08%	0	0%	3	3,23%
Полный зубной ряд	31	33,33%	2	2,15%	1	1,08%	34	36,56%

Качественный анализ дефектов зубных рядов у 56 пациентов позволил установить, что у 29-и пациентов (51,77%) имели место дефекты зубных рядов малой протяженности, у 16 человек (28,57%) — средней протяженности, и у 11-и пациентов (19,64%) — большой протяженности. Результаты обследования зубных рядов представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Результаты обследования зубных рядов 56 пациентов

Дефекты зубных рядов	1-я группа		2-я группа		3-я группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Большие дефекты	6	10,71	1	1,78%	4	7,14%	11	19,64%
Средние дефекты	11	19,64%	3	5,36%	2	3,57%	16	28,57%
Малые дефекты	20	35,71%	8	14,29%	1	1,78%	29	51,77%

Наличие дефектов на челюстях у 56 пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3. – Локализация дефектов зубных рядов у 56 пациентов

Наличие дефектов на челюстях	1-я группа		2-я группа		3-я группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
На нижней челюсти	16	28,57%	3	5,36%	5	8,93%	24	42,86%
На верхней челюсти	7	12,5%	3	5,36%	1	1,78%	11	19,64%
Обе челюсти	14	15,05%	4	7,14%	3	5,36%	21	37,5%

Наиболее часто дефекты зубного ряда локализовались на нижней челюсти — 24 пациента (42,86%), либо на обеих челюстях одновременно — 21 пациент (37,5%). На верхней челюсти дефекты были обнаружены у 11-и пациентов (19,64%).

Исходя из этого, можно предположить, что даже небольшие по протяженности дефекты вызывали деформации в зубных рядах и играли значимую роль в развитии заболевания. Это подтверждает тот факт, что у 46 пациентов (82,14%) с включенными дефектами развивалось привычное одностороннее жевание на стороне, противоположной дефекту, как компенсаторная реакция на ухудшение измельчения пищи.

На основании проведенного анализа диагностических данных была определена концепция развития БСД ВНЧС окклюзионного генеза. Ключевым звеном в патогенезе развития БСД ВНЧС у пациентов с нарушениями зубных взаимоотношений и деформацией зубных рядов является дискоординация деятельности жевательных мышц, которая приводит к изменению взаимоотношений внутрисуставного диска и головки нижней челюсти и, следовательно, к нарушению внутрисуставных взаимоотношений (внутренние нарушения ВНЧС), а действие травмирующего агента (супраконттакт) нарушает равновесие (гомеостаз) в зубочелюстно-лицевой системе. Сенсорная информация, изменённая супраконттактами, от периферических рецепторов полости рта через сенсорно-моторные системы поступает в ЦНС. Поступившая информация «сигнализирует» о случившемся в периферических отделах жевательного аппарата. В результате происходит «включение» компенсаторных механизмов, и в первую очередь механизмов охранительного торможения. Значение охранительного торможения заключается в избирательном действии на двигательный нерв, который подавляет мышечный автоматизм. Движения нижней челюсти предотвращают или ограничивают смыкание с верхней в тех положениях, которые в этот период передают сенсорную информацию в ЦНС от рецепторов пародонта о чрезмерной нагрузке.

По нашим данным, если в период до 3 месяцев искусственно или естественным путем убирается травмирующий агент (супраконттакт), то поступление сенсорной информации прекращается, действие торможения постепенно начинает угасать, при этом двигательный нерв входит в своё изначальное состояние. Движения нижней челюсти носят условно-безусловный характер и после нормализации сенсорной информации от структур полости рта в 3-х месячный период, происходит отмена охранительного рефлекса, координация сенсорно-моторных систем жевательного аппарата быстро восстанавливается.

Выводы. Таким образом, изучение моделей челюстей позволяет установить или предположить причину, приводящую к развитию патологии ВНЧС и болезненному спазму мышц. Устранение выявленных супраконттактов нормализует объём суставного пространства, позволяет предупредить развитие адгезивно-спаечных процессов в сочленении, восстановить функциональное пространство движения диска и его амортизационную функцию.

Список литературы:

1. Новиков В. М. Избирательное шлифование зубов при дисфункциональных состояниях ВНЧС //Український стоматологічний альманах. № 1. – 2003. – С 17–18.
2. Новиков В. М., Штефан А. В. Диагностика патологии Височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза. //Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Випуск 2, том 2 [108]. – С 49–54.
3. Штефан А. В., Новиков В. М. Лечение пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза. //Луганський державний медичний університет. – Український Медичний Альманах науково-практичний журнал. Луганськ, – 2014. --№ 2 (Т. 17). –С 66–69.
4. Новіков В. М. Морфометричні особливості функціональнодіючих елементів зубощелепної системи за даними МР-томографії. //Український стоматологічний альманах. – 2006. –№ 4. – С 42–44.