

Г.И. Оскольский, Н.М. Машина, К.Г. Оскольская

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

По данным литературы, симптомы дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются от 2 до 98% лиц, обратившихся за стоматологической помощью [2, 8, 10, 12, 14]. В результате эпидемиологических исследований распространенности патологии ВНЧС у населения Дальнего Востока установлено, что каждый четвертый нуждается в лечении дисфункции ВНЧС [4]. Отсутствие общих критериев в оценке состояния ВНЧС при массовых обследованиях приводит к разноречивым, а порой и совсем несогласованным данным о распространенности и структуре патологии ВНЧС [4, 7, 9]. Как отмечает Ю.А. Петросов и соавт., из общего числа лиц с патологией ВНЧС 77,8% страдают функционально обусловленным поражением сустава [3, 5].

В многочисленных публикациях доказана связь между уменьшением высоты нижней части лица и развитием патологических изменений в ВНЧС [1, 2, 4-6, 8].

*Цель исследования* — оценить результаты ортопедического лечения пациентов с различной патологией зубочелюстной системы, осложненной дисфункцией ВНЧС.

*Характеристика больных и методы лечения.* Проведено ортопедическое лечение 102 больных — 24 (23,53%) мужчин, 78 (76,47%) женщин в возрасте 30-69 лет с поражениями ВНЧС, развившихся в результате уменьшения высоты нижней части лица, обусловленного патологической стираемостью твердых тканей зубов, пародонитом, аномалиями прикуса в сочетании с обширными дефектами зубных рядов и вторичными деформациями, полным отсутствием зубов, нерациональным протезированием, длительным пользованием съемными протезами с пластмассовыми зубами. Количество больных с патологией ВНЧС с возрастом существенно не менялось, но женщин среди них значительно больше, чем мужчин, во всех возрастных группах (в среднем в 2,5 раза).

По степени проявления клинических симптомов поражения ВНЧС и отношения к ним, больных мы подразделили на 3 подгруппы. В 1 подгруппу вошли 22 чел. (6 мужчин, 16 женщин), которые не предъявляли жалоб на ВНЧС и о его заболевании узнали после тщательного анамнеза и целенаправленного клинического обследования.

Пациенты 2 подгруппы — 40 чел. (11 мужчин, 29 женщин) обратились для протезирования и отмечали хруст, щелканье, чувство неловкости и болезненности в ВНЧС и жевательных мышцах, атипичные движения нижней челюсти, но не придавали этому значения и с подобными жалобами к врачам не обращались. В 3 подгруппу объединили 40 чел. (7 мужчин, 33 женщины) с жалобами на боли в ВНЧС и жевательных мышцах, хруст и щелканье в

### Резюме

Представлены результаты ортопедического лечения 102 пациентов (24 мужчин, 78 женщин) в возрасте 30-69 лет с различной патологией зубных рядов, осложненной уменьшением высоты нижней части лица, и дисфункцией ВНЧС. После одномоментного увеличения межальвеолярного расстояния в пределах 3-6 мм на новых протезах адаптация к ним наступала в течение 1-1,5 мес.

*Ключевые слова:* лечение, дисфункция височно-нижнечелюстных суставов.

G.I. Oskolsky, N.M. Mashina, K.G. Oskolskaya

### RESULTS OF THE ORTHOPEDIC TREATMENT OF PATIENTS WITH DYSFUNCTION OF TEMPOMANDIBULAR JOINT

Far East Medical University, Khabarovsk

### Summary

The results of orthopedic treatment of 102 (24 men, 78 women) aged 30-69 years with various pathologies of dentitions complicated by decrease in the height of the lower face and dysfunction of TMJ. After a momentary increase of interalveolar dimension in 3-6 mm of new prostheses, adaptation occurred in 1-1,5 month.

*Key words:* treatment, dysfunction, TMJ.

ВНЧС, атипичные движения нижней челюсти, ограничение открывания рта, боли в различных отделах головы и языка, у части больных нарушалась секреторная деятельность слюнных желез, вкусовая и болевая чувствительность языка.

У больных 1 подгруппы установили диагноз — «окклюзионно-артикуляционный дисфункциональный синдром (ОАДС)» [3]. Однако в большинстве случаев нам представлялось затруднительным дифференцировать нейромускулярный дисфункциональный синдром (НМДС) и ОАДС в силу общности и взаимообусловленности причин и клинических проявлений, на основании чего у больных 2 и 3 подгрупп мы определяли ОАДС в сочетании с НМДС.

Отмечено, что количество больных с дисфункцией ВНЧС в легкой степени (1 подгруппа) с возрастом снижается, в то же время возрастает число лиц с тяжелой степенью поражения ВНЧС (3 подгруппа).

Межокклюзионный промежуток у пациентов с дисфункцией ВНЧС составил 3-6 мм. При этом более чем у половины больных с поражением ВНЧС величина

межокклюзионного промежутка (МОП) не превышала 4 мм, что соответствует аналогичному показателю у лиц с интактными зубными рядами, а также больных с частичной и полной утратой зубов.

Ортопедическое лечение больных с дисфункцией ВНЧС, развившейся на фоне уменьшения высоты нижней части лица, заключалось в изготовлении несъемных или съемных протезов по показаниям, при помощи которых одновременно нормализовали межальвеолярное расстояние (МАР) и положение нижней челюсти. Оптимальную степень увеличения МАР устанавливали путем прокладывания между зубами-антагонистами или имеющимися протезами полоски картона толщиной 1 мм до исчезновения патологических симптомов.

### Результаты и обсуждение

Изменения высоты нижней части лица в центральной окклюзии после протезирования показали, что она была установлена ниже уровня физиологического покоя до лечения у 10,78%, соответствовала МОП у 36,28% и была выше на 1-3 мм у 52,94%. Степень увеличения МАР составила у 26,56% больных 4 мм, у 35,29% — 5 мм, у 42,17% — 6 мм и у 0,98% — 7 мм.

Одномоментное увеличение МАР на величину, большую, чем МОП, требовалось у всех больных, у которых МОП до протезирования составлял 3 мм. При этом у 16% принятых нами больных МАР увеличили на 4 мм, у 28% — на 5 мм и 56% — на 6 мм.

Среди 40 больных с МОП, равном 4 мм, у 27,5% МАР после лечения было установлено на уровне физиологического покоя, у 25% увеличено на 5 мм, у 47,5% — на 6 мм или выше уровня физиологического покоя на 2 мм.

При МОП в 5 мм у 22,73% больных МАР увеличили на 4 мм или меньше МОП, у 68,18% — на 5 мм, т.е. довели до уровня физиологического покоя, и у 9,09% выше МОП на 1 мм. У 15 больных с МОП, равном 6 мм, в 40,0% случаев МАР было установлено на 1-2 мм ниже величины физиологического покоя, а в 60,0% увеличено на 5-6 мм, т.е. на величину МОП.

Установлено, что у больных 1 подгруппы увеличение МАР до уровня физиологического покоя или выше него не привело к каким-либо заметным изменениям в интенсивности характера хруста и щелканья в ВНЧС, не отмечалось усиление утомляемости и болей в жевательных мышцах. Лечение этой подгруппы больных ограничивалось только ортопедическими мероприятиями, и время полной адаптации наступало у лиц с несъемными протезами в течение 11-27 дн., а со съемными — 14-34 дн. Контрольные осмотры больных через 3-6 мес. не выявили патологических симптомов дисфункции ВНЧС. Все больные были вполне удовлетворены функциональным и эстетическим эффектом протезирования. Измерения высоты нижней части лица показали наличие МОП в пределах 1-3 мм через 1-3 мес. после окончания лечения.

Степень увеличения МАР у 65% больных 2 подгруппы составила 5-6 мм и только в 15% была меньше МОП на 1-2 мм. При оценке клинического состояния, после окончания ортопедического лечения, отмечено улучшение у 15 (37,5%) больных в первые 3 нед., у 8 (20,0%) — через 1 мес., у 7 (17,5%) больных — к исходу 2 мес. У 10 (25,0%) больных, у которых МОП до лечения составлял 5-6 мм, а

степень увеличения МАР 6-7 мм, отмечалось ухудшение клинического состояния, которое выражалось в появлении быстрой утомляемости и болей в жевательных и височных мышцах, усилении болей в ВНЧС, выраженном дискомфорте при пользовании протезами. Наиболее выражены субъективные расстройства были в первые 7-10 дн., через 2-3 нед. отмечалось стихание патологических симптомов, затем наступал период стабилизации, после чего, к исходу 2 мес., больные жалоб не предъявляли. Следует отметить, что у 7 больных (из 10) были съемные протезы, подобной конструкции 4 чел. пользовались раньше. Возраст этих больных составил 60-69 лет, из них двое мужчин и 8 женщин. Наблюдения за больными 2 подгруппы в отдаленные сроки показали, что щелканье, хруст, атипичные движения нижней челюсти уменьшались через 1-2 мес. и полностью прошли через 3 мес. у 23 (57,5%) больных, через 6 мес. — еще у 9 (22,5%), у 8 (20,0%) пациентов хруст и щелканье сохранились, но значительно меньшей интенсивности и не причиняли им беспокойства.

У больных 3 подгруппы длительность периода адаптации к протезам значительно варьировала. У 11 (27,5%) больных, у которых МОП до лечения был 3 мм, степень увеличения МАР в 18,18% случаев составила 4 мм, в 36,36% — 5 мм, в 45,46% — 6 мм, уменьшение болезненности в жевательных мышцах и ВНЧС наблюдалось через 7-12 дн. после сдачи протезов. В последующие сроки (20-30 дн.) жалоб больные не предъявляли, что расценивалось как адаптация к протезам.

У 18 (45,0%) больных с МОП в 4-5 мм МАР увеличивали в основном на 5-6 мм, при этом снижение интенсивности патологических симптомов дисфункции происходило спустя 30-40 дн. после наложения протезов. Полное исчезновение клинических симптомов дисфункции мы отмечали на контрольных осмотрах, проводимых через 3-6-12 мес. У 11 (27,5%) больных с ОП в 5 мм (5 чел.) и 6 мм (6 чел.) увеличение МАР одномоментно на 5-7 мм вызвало ухудшение клинического состояния, которое выражалось в возникновении болей в жевательных мышцах и ВНЧС при жевании, спазматических сокращениях и длительном напряжении жевательных мышц, атипичных движениях нижней челюсти, длящихся в течение 2-3 нед.

Назначение физиотерапевтического лечения снижало интенсивность указанных симптомов. В качестве физиопроцедур использовали электрофорез с 10% раствором йодита калия или 10% раствор новокаина, а также излучения ГНЛ, что сокращало время проявления симптомов дисфункции от 1 до 1,5 мес.

Таким образом, адаптация пациентов с дисфункцией ВНЧС к протезам, одномоментно восстанавливающим высоту нижней части лица, зависит от степени выраженности симптомов и длится 1-1,5 мес.

### Л и т е р а т у р а

1. Банух В.Н., Постолаки И.И. Особенности планирования лечения при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава, связанных частично с утратой боковых зубов // Здоровоохранение (Кишинев). - 1984. - №4. - С. 28-30.
2. Дойников А.И. Артропатии височно-нижнечелюстных суставов // Стоматология. - 1978. - №5. - С. 64-66.

3. Каламкарров Х.А., Петросов Ю.А. Клиника и принципы лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // *Стоматология*. - 1982. - №2. - С. 66-71.

4. Оскольский Г.И. Патоморфологическое и клинко-функциональное исследование зубочелюстной системы при измерении межальвеолярного расстояния: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Новосибирск, 1995. - С. 38.

5. Петросов Ю.А., Калпакянц О.Ю., Сеферян Н.Ю. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. - Краснодар: Советская Кубань, 1996. - С. 52.

6. Потапов В.П., Зотов В.М., Садыков М.И. и др. Клинико-функциональные методы диагностики и лечения больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава при снижении высоты прикуса // *Новые методы диагностики и результаты их внедрения в стоматологическую практику: труды ЦНИИС*. - М., 1991. - С. 215-216.

7. Пузин М. Н., Вязьмин А. Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. - М.: Медицина, 2002. - С. 120.

8. Ужумецкене И.И. О частоте нарушений функции височно-нижнечелюстных суставов у взрослых // *Стоматология*. - 1972. - №4. - С. 43-45.

9. Crenne C.S., Marpach J.J. Epidemiologie of mandibular dysfunction: A critical review. *J. prosthet. Dent*. - 1982. - Vol. 48, №2. - P. 184-190.

10. Harkins S.L., Marteney J.L. Extrinsic trauma: A significant precipitating factor in temporomandibular dysfunction // *J. Prost. Dent*. - 1985. - Vol. 54, №2. - P. 271-272.

11. Manns A., Miralles R., Santander H. et al. Influence of Vertical Dimension in the Treatment of Myofascial pain-dysfunction syndrome // *J. Prosthet. Dent*. - 1983. - Vol. 50, №5. - P. 700-709.

12. Ott R.W., Proschel P. Zur Ätiologie des keilförmigen Defektes. Ein funktionsorientierter epidemiologischer und experimenteller Beitrag // *Dtsch. Zahnärztl. Z.* - 1985. - Vol. 40, №12. - P. 1223-1227.

13. Sassen H., Leisler J., Windecker D. Zur Notwendigkeit klinischer Funktionsdiagnostik // *Dtsch. Zahnärztl. Z.* - 1985. - Bd.40. - №3. - P. 177-181.

14. Warm E., Weidmann B., Aznold M.A. Review of psychophysical explanations for myofascial pain-dysfunction Syndrome // *J. Oral. Med.* - 1983. - Vol. 38, №3. - P. 109-121.

**Координаты для связи с авторами:** Оскольский Георгий Иосифович — доктор мед. наук, профессор, академик РАЕН, зав. кафедрой стоматологии ортопедической ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-32-58-00; *Машина Наталья Михайловна* — ассистент кафедры стоматологии ортопедической ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-32-58-00; *Оскольская Ксения Георгиевна* — клин. ординатор кафедры стоматологии ортопедической ДВГМУ, тел.: 8-(4212)-32-58-00, e-mail: K\_ostom@fesmu.ru.



УДК 616 : 311.2 - 002.153 - 036.12 - 053.81 : 619.015.16 : 546.15] (571.62)

А.Б. Сарафанова<sup>1</sup>, Ю.Л. Писаревский<sup>2</sup>, Ю.Г. Ковальский<sup>1</sup>

## ТИРЕОИДНЫЙ СТАТУС МОЛОДЫХ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ В УСЛОВИЯХ ПРИРОДНОГО ЙОДНОГО ДЕФИЦИТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет<sup>1</sup>,  
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, г. Хабаровск;  
Читинская государственная медицинская академия<sup>2</sup>,  
672090, ул. Горького, 39 а, тел.: 8-(3022)-31-59-94, г. Чита*

Хабаровский край принадлежит к провинциям с низким содержанием йода в окружающей среде. В период отсутствия йодной профилактики выявлено массовое распространение йоддефицитных заболеваний [4, 5]. Наряду с этим отмечается ухудшение многих показателей стоматологического здоровья населения и, в первую очередь, у молодежи [2, 3].

На сегодняшний день вопросы стоматологического здоровья у населения Хабаровского края изучались многими авторами [1, 2]. Однако вопросы эпидемиологии воспалительных изменений в тканях пародонта у лиц молодого возраста, проживающих в условиях природной йодной недостаточности, в доступной литературе освещены недостаточно.

Цель исследования заключалась в изучении состояния тиреоидной системы у лиц молодого возраста с хроническим катаральным гингивитом, проживающих в условиях йодного дефицита.

### Материалы и методы

Проведено стоматологическое обследование 79 молодых лиц в возрасте 18-22 лет с диффузным эндемическим зобом. Является установленным тот факт, что лица женского пола являются группой повышенного риска для развития йоддефицитных заболеваний [4, 5]. Возраст пациентов определен тем, что диффузный эндемический зоб развивается преимущественно у лиц молодого возраста, а также тем фактом, что йодная профилактика в