

Литература

1. Беланова О.В. Некоторые медико-экологические характеристики курорта Аршан. // Гидрометеорологическая наука - народному хозяйству Сибири. Тезисы докладов. - Иркутск, 1986. - С.30-31.
2. Дякина Н.Ю., Гушин И.С. Неаллергенные средовые факторы предрасположенности к аллергии. / Аллергия, астма и клиническая иммунология. - 2001. - №3. - С.3-7.
3. Екимовская О.А. Экологический риск и социальные конфликты в республике Бурятия. // Экологический риск: анализ, оценка, прогноз. - Иркутск, 1998. - С.57-58.
4. Котельникова Н.В. Экологическая оценка ландшафтов Тункинской котловины на разных этапах освоения. // География Азиатской России на рубеже веков. - Иркутск, 2001. - С.58-59.
5. Лусс Л.В. Современные представления о патогенезе и принципах терапии крапивницы и ангионевротического отека Квинке. / Лечащий врач. - 2001. - №4. - С.26-30.
6. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Ильина Н.И., Гушин И.С., Латышева Т.В. и др. / Аллергия, астма и клиническая иммунология. - 2000. - №4. - С.1-64.
7. Никонова М.А. Распространенность, клинические аспекты аспириновой астмы среди жителей города и села в Иркутской области. И Дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 2001 - 128 с.
8. Покатилов Ю.Г. Коротко о гидрохимии Тункинской котловины. // Биогеохимия гидросферы Восточной Сибири. - Новосибирск, 2000. - С.247.
9. Пыцкий В.И., Смирнова С.В., Сизых Т.П. Клинико-патогенетические варианты крапивницы / Сов. медицина. - 1987. - №8. - С.15.
10. Пыцкий В.И., Смирнова С.В., Сизых Т.П. Типы крапивниц, их клинико-патогенетические варианты, дифференциальная диагностика и лечение. - М., 1993. - 18 с.
11. Пыцкий В.В., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. 3-е издание, переработанное и дополненное. - М.: Изд. "Триада-Х", 1999. - С.372-395.
12. Пыцкий В.И. Атопия и группа atopических и псевдоатопических заболеваний. 2. Роль типа конституции / Тер. архив. - 2000. - Т.72, №12. - С.64-67.
13. Сизых Т.П. Крапивница. Отек Квинке. / Неотложные состояния в практике врача-терапевта. // Под ред. Т.П.Сизых. - Иркутск, 1994. - С.128-139.
14. Сизых Т.П., Лысов В.П., Николаева С.С. Распространенность аллергических заболеваний у населения селитебной зоны крупнотонажного производства микробного белка // Последствия и прогноз взаимодействия человека с окружающей средой: Сб. докладов 3-й объединенной научной сессии всех НИИ и ВУЗов медико-биологического профиля. г. Иркутска. - Иркутск, 1992. - С.39-40.
15. Сизых Т.П., Богова А.В., Николаева С.С. Распространенность аллергических заболеваний среди рабочих белково-витаминного предприятия // 4-й Национальный Конгресс по болезням органов дыхания: Тез. докладов. - СПб., 1994. - С. 1234.
16. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность эндогенной формы астмы в зависимости от характера и уровня антропогенного загрязнения окружающей среды // Материалы международной конференции "Экология. Образование. Здоровье". Иркутск, 2000. - С. 164-168.
17. Сизых Т.П., Никонова М.А. Распространенность аспириновой астмы и ее неразвернутых вариантов течения в структуре аллергических заболеваний и псевдоаллергических состояний // Сиб. мед. журнал. - 2000. - № 4. - С.26-31.
18. Сизых Т.П., Николаева С.С. Особенности течения псевдоаллергической крапивницы и отека Квинке // Сиб. мед. журнал. - 2002. - №2. - С.72-73.
19. Савенкова Т.П. Охраняемые природные территории бассейна озера Байкал. - Иркутск, 2001. - С.183.
20. Смирнова С.В., Сизых Т.П., Алексейцева С.П. Значение хронического вирусного гепатита в развитии хронической рецидивирующей крапивницы. Тезисы межнациональной научно-практической конференции гастроэнтерологов // Актуальные вопросы гастроэнтерологической патологии в различных климатогеографических зонах. - Якутск, 1983. - С.87-88.
21. С.В.Смирнова. Аллергия и псевдоаллергия. / Красноярск: "Гротеск". - 1997. - 218 с.

© ГАЙДАРОВА Т.А. -
УДК 616.441-008.64

БРУКСИЗМ - БОЛЕЗНЬ СТРЕССА

Т.А. Гайдарова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ, д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра ортопедической стоматологии, зав. - д.м.н., проф. А.Я.Вязьмин)

Резюме. В статье приведены данные уровня кортизола у больных бруксизмом, на основании чего сделано предположение о том, что бруксизм развивается на фоне гиперкортицизма.

Проблемой нарушения функционального состояния жевательных мышц, вследствие повышенного тонического напряжения занимались многие исследователи [1,2,3,4].

Причины происхождения бруксизма по данным отечественной и зарубежной литературы разнообразны. Одни авторы отдают предпочтение местным нарушениям, таким как окклюзионная дисгармония, вызванная деформацией зубных ря-

дов и прикуса, частичным отсутствием зубов, неравномерной патологической стираемостью, нерациональным протезированием [11,12,13]. Но, вместе с тем, не у всех людей с окклюзионными нарушениями развивается бруксизм [11,4,6]. Другие авторы считают, что доминирующее значение имеют общесоматические заболевания [10,11]. Так, Н.Д. Лакошина, М.М. Трунова (1994), Б.К. Мироненко, О.И. Валенкова, А.П. Залиган (1981),

A. Feeisher-Peters, U. Schoelz (1985), J.F. Mikles (1971), J.H. Swepston, L.W. Miller (1980), V.U. Zvigner (1983) считают, что для развития бруксизма необходимо наличие стресса, психического и эмоционального напряжения, эти исследователи отводят типу нервной Системы основную роль. W.A. Ayer, E.M. Gall (1969), W.A. Ayer, J.B. Macshen, L. Getter (1977) при обследовании 999 стоматологов США, перенесших стресс и перенапряжение во время работы, из которых у 162 были выявлены симптомы бруксизма, а в 4,6% случаев - бруксизм в сочетании с миофасциальным болевым синдромом (МБС).

Канадский ученый Г. Селье в 1936 году впервые показал, что воздействие на организм чрезвычайного (стрессового) раздражителя - гипотиз увеличивает секрецию адренотропного гормона (АКТГ), стимулирующего деятельность коры надпочечников, в результате чего в кровь поступает кортизол [21]. Секреция АКТГ регулируется тремя механизмами: эндогенным ритмом выделения кортиколиберина, стрессорным его выделением и механизмом обратной отрицательной связи, реализуемый кортизолом [17]. Основным глюкокортикоидом у человека является кортизол, обладающий многими эффектами. Он стимулирует печеночный глюконеогенез (образование глюкозы из неуглеводных предшественников), противодействует периферическому влиянию инсулина на поглощение глюкозы, вне печени кортизол тормозит поглощение аминокислот и синтез белка, а в печени стимулирует эти процессы. На кожу, мышцы и кости кортизол оказывает катаболическое воздействие, вследствие секреции большого количества кортизола может происходить центрипетальное распределение жира в области лица и верхних отделов тела, препятствует всасыванию кальция из кишечника и усиливает экскрецию этого иона почками, что определяет развитие остеопороза [17].

В клинической картине гиперпродукции кортизола признаки гиперкортицизма могут быть выражены в различной степени.

Нарушение жирового обмена можно считать одним из самых характерных и ранних признаков, но это не обязательный симптом [17]. Кроме этого, к числу ранних признаков заболевания относят нарушение менструального цикла у женщин, головные боли, повышение артериального давления, жажду, полосы растяжения на животе, сахарный диабет, гипокальемию, остеопороз, тонкую и сухую кожу с мраморным рисунком, психические расстройства, гирсутизм [17]. Заслуживает внимание тот факт, что у больных бруксизмом в анамнезе отмечается наличие стресса [2].

В связи с этим, целью настоящего исследования явилось изучение уровня кортизола в сыворотке крови у больных бруксизмом.

Материалы и методы

Обследовано 32 женщины, страдающих бруксизмом, в возрасте от 19 до 56 лет и 18 мужчин в возрасте от 18 до 49 лет. Контрольную группу составили 11 практически здоровых лиц.

Определение концентрации кортизола проводили иммуноферментным методом (В.А. Голванченко, Д.Г. Полинцев, 1995 "Инструкция по применению набора реактивов для иммуноферментного определения кортизола в сыворотке крови человека", Упр-е научн. исследований). Кровь для исследования получали из вены, центрифугировали при 1000 об/мин для осаждения форменных элементов. Супернатант осторожно отделяли от осадка и определяли в нем концентрацию кортизола. Количество гормона выражали в мкг %

Состояние области турецкого седла и коры надпочечников у больных бруксизмом оценивали с помощью компьютерной томографии (КТ) с использованием аппарата "Somoton" (фирма "Somoton" ФРГ).

Статистическую обработку данных проводили с помощью модифицированного t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение

При исследовании сыворотки крови у больных бруксизмом было установлено, что средний уровень кортизола составил $11,8 \pm 0,95$ мкг % (табл.1), что превышало показатели здоровых лиц.

Таблица 1.
Содержание кортизола в сыворотке крови у больных бруксизмом (мкг %)

Группа	Кортизол (М $\pm$ ш)
1. Контроль	$8,2 \pm 0,49$
2. Больные бруксизмом	$11,8 \pm 0,95^{**}$

Следует отметить, что разброс показателей уровня кортизола в сыворотке крови был значительным (рис.1).

Число больных, входящих в первую группу¹, составило 64,7%, во вторую - 35,3%, при этом концентрация кортизола в первой группе регистрировалась на уровне $9,4 \pm 0,65$ мкг%, во второй - $14,8 \pm 0,93$ мкг%. Различия в уровнях показателей статически достоверны ($P < 0,001$).

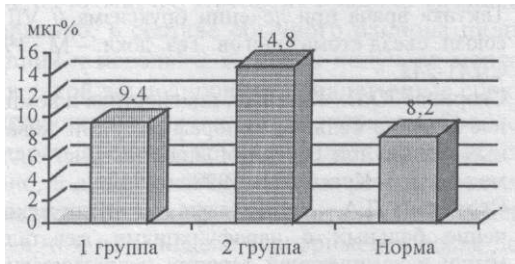


Рис. 1. Концентрация кортизола в сыворотке крови у больных бруксизмом (мкг%).

Принято считать, что концентрация кортизола >10 мкг % свидетельствует о гиперкортизолемии, а концентрация <5 мкг, % позволяет ее исключать [17].

По данным КТ головного мозга у всех больных патологических изменений области турецкого седла и надпочечников не обнаружено.

Анализ полученных результатов исследования позволяет сделать предположение о том, что в 64,7% случаев из числа обследованных больных бруксизмом находятся в состоянии субклинической гиперкортизолемии.

Клинически гиперкортизолемия проявлялась в 35,4% случаев избыточным весом, артериальной гипертонии - в 12,9%, облысением - в 4%, гирсутизмом - в 12,5%, нарушением менструального цикла - в 40,6%, сахарным диабетом - в 6,4%, лунообразным лицом, багровым румянцем - в 5,3%, нарушением ритма сон/бодрствование - в 76,8%, депрессией - в 51,8%, повышенной утомляемостью - в 61,1% и повышенным содержанием кортизола в сыворотке крови (в среднем $14,8 \pm 0,93$ мкг %), что дало основание для постановки диагноза синдрома Кушинга.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют считать, что бруксизм развивается на фоне гиперкортизолемии без патологических изменений со стороны надпочечников и полости турецкого седла по данным КТ. Анализ полученных результатов показал, что уровень кортизола в сыворотке крови у больных бруксизмом, в среднем, составляет $14,8 \pm 0,95$ мкг %, что превышает показатели у здоровых людей ($8,2 \pm 0,49$ мкг %). В 64,7% случаев среди больных бруксизмом уровень кортизола в сыворотке крови имеет субпороговые значения $9,4 \pm 0,65$ мкг %, с субклиническими признаками гиперкортизолемии. В 35,3% случаев на основании клинических проявлений гиперкортицизма и повышенного уровня кортизола в сыворотке крови у больных бруксизмом был диагностирован синдром Кушинга.

BRUXISM - ILLNESS OF A STRESS

T.A. Gaidarova

(Irkutsk Medical University)

In the article the data of a hydrocortisone level for bruxism is presented. The supposition is made that bruxism develops on a background of a hypercorticoicism.

Литература

1. Гэуман М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения. - Кишинев: Штинца, 1979. - 183 с.
2. Гайдарова Т.А. Бруксизм и гипоталамический синдром // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. - 2003. - №2. - С.38-42.
3. Демнер Л.М., Залигян А.П. Клиника и лечение бруксизма // Стоматология. - 1986. - №5. - С.77-79.
4. Драгобецкий М.К. Избирательная пришлифовка зубов // Стоматология. - 1984. - №2. - С.86-87.
5. Жулев Е.Н. Этиология и лечение бруксизма // Стоматология. - 1976. - №4. - С.95-98.
6. Жериев Е.Н. Первичная функциональная перегрузка пародонта при частичной потере зубов: (Клиника, диагностика, лечение): Дис. ... канд. мед. наук. - Калинин, 1971. - 233 с.
7. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии. Клиника и лечение. - М.: Медицина, 1994. - 192 с.
8. Мироненко Б.К., Валенкова О.И., Залигян А.П. Тактика врача при лечении бруксизма // VII Всесоюзн. съезд стоматологов: Тез. докл. - М., 1981. - С.241-242.
9. Скоринов Ю.В. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных с парафункциями жевательных мышц при сахарном диабете: Дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1998. - 196 с.
10. Скорикова Л.А. Диагностика, ортопедическое лечение больных с парафункциями жевательных мышц в комплексной терапии невротических состояний: Дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1992. - 195 с.
11. Хвостова В.А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии. - Нижний Новгород - НГМА, 1996. - 276 с.
12. Шарова Т.В., Рогожникова Т.И., Сидоренко И.В. Факторы нарушения окклюзии и методы ее нормализации. - Пермь, 1990. - 446 с.
13. Ayer W.A., Gall E.M. Extinction of bruxism by massed practice therapy: Report of a case // J. Can. Dent. Ass. - 1969. - Vol.35, N.3. - P.492-494.
14. Ayer W.A., Machen J.B., Getter Z. Survey of myofascial bruxing among dentists // J.Am.Dent.A.s. - 1977. - Vol.94, N.4. - P.730-732.
15. Bratshcko R.O., Moser F. Therapy of the functionally disturbed temporomandibular joint with open-pite plates and occlusal splints // Dtsch. Zahnarzt Z. - 1980. - Bd.35, N.6. - P.670-672.
16. Carlsson G.E., Johnsson A, Zundqvist S. Occlusal wear a follow-up study of 18 subjects with extensively worn dentitions // Acta Odontol.Scand. - 1985. - Vol.43, N.2. - P.83-90.
17. Doppman J.L. et al. Ectopic adrenocorticotrophic hormone syndrome: Localization studies in 28 patients. Radiology- 1989. - Vol. 172. - P. 115.
18. Feecisher - Peters A., Scholz V. Orofacial dyskinesias from the psycho-somatic viewpoint // Fortschr. Kieferorthop. - 1985. - Vol.46, N.3. - P.181-190.
19. J. Acad. Cend.Dent. - 1971. - Vol.19, N.1. - P.31-36.
20. Swepston J.H., Miller A.W. The incompletely fractured tooth // J.Prosthet.Dent. - 1986. - Vol.55, N.4. - P.413-416.
21. Selye-H. Stress in Health and Disease, Boston; London: Butter Worths, 1976.
22. Zviener V.U. Newre aspecte der neutomishu // J.Am.Dent.Ass. - 1983. - Vol., N.9. - P.632-640.