

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение). - М., 2003 - С.489-495.
3. Вейн А.М., Осетров А.С. О клинических и психофизиологических факторах, влияющих на социально-трудовую адаптацию лиц с последствиями черепно-мозговой травмы // Неврология и психиатрия. - Киев, 1987. - С. 33-35.
4. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. - М, 2000. - Т.3. - С.181-198.
5. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы // Неврологический журнал. - 2001. - №2. - С.38-41.
6. Максимов О.Г. К вопросу об отдаленных последствиях легкой закрытой черепно-мозговой травмы // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины. - Иркутск, 1997 - С. 101-102.
7. Сидорова Г.В., Шпрах В.В., Сидорова Н.А. Клинико-эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы в Восточной Сибири. - Иркутск, 2001 - 136 с.
8. Штульман Д.Р., Левин О.С. Легкая черепно-мозговая травма // Неврол. журн. - 1999. - Т.4., №1. - С.4-10.
9. Warburton D.W. Clinical psychopharmacology of Ginkgo biloba extract // Rokan (Ginkgo Biloba). Recent Results in Pharmacology and Clinic / Ed. E. W. Funfgeld. - Heidelberg, 1988. -P.327-345.
10. Chiu Wen-Ta Epidemiology of head injury Neurotrauma Symp. Cruise Moscow-Volga River, Moscow, July 12-17, 1997: Progr. and Abstr., 1997
11. Ching KF., Dent G., McCusker M. et al. Effect of ginkgolide mixture (BN 52063) in antagonising skin and platelet responses to platelet activating factor in man // Lancet. - 1987. - Vol.1. - P.248-251.
12. Koltringer P., Eber O., Lind P. et al. Mikrozirkulation und Viskoelastizität des Vollblutes unter Ginkgo-biloba Extrakt. Eine plazebokontrollierte randomisierte Doppelblind-Studie // Perusion. - 1989. - B.1. - S.28-30.
13. Warburton D.W. Clinical psychopharmacology of Ginkgo biloba extract // Rokan (Ginkgo Biloba). Recent Results in Pharmacology and Clinic / Ed. E. W. Funfgeld. - Heidelberg, 1988. - P.327-345.
14. Bruhert E., Heirlch S E., Ruf-Kohler P. Wirksamkeit von LI 1370 bei älteren Patienten mit Hirnleistungsschwäche. Multizentrische Doppelblindstudie des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte // Munch med. Wochenschr. - 1991. -Bd.133, N.1. -S.15-18.
15. Israel L, Myslmski M., DellAccio E. et al. Onset of memory disorder: specific and combined contributions of memory- training programs and Ginkgo-biloba extract (EGb 761) treatment // Adv. Ginkgo Biloba Extract Res. - 1995. - Vol.4. - P. 119-130.
16. Wesnes K., Simmons D., Rook M., Simpson P. A double-blind placebo-controlled trial of Tanakan in the treatment of idiopathic cognitive impairment in the elderly // Hum. Psychopharmacol. - 1987. - Vol.2. - P. 159-169.

Образ жизни, экология

О ГАЙДАРОВА Т. А. -
УДК 616.314-001.4

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРУКСИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, ПОЛА И СОСТОЯНИЯ ЗУБНОГО РЯДА

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 работе представлены данные распространенности бруксизма в зависимости от возраста, пола, состояния зубного ряда и прикуса. Анализ исследования показал, что теория окклюзионной дисгармонии, как этиологического фактора бруксизма, является необоснованной. Заболевание бруксизмом отмечается у мужчин и женщин в равной степени и с полом не связано.

Бруксизм - неосознанное, не связанное с жеванием и речью, сокращения жевательных мышц, наблюдаемые как днем, так и ночью. Сжатие зубов характеризуется нарушением состояния относительного физиологического покоя нижней челюсти, вследствие тонического сокращения мышц, поднимающих ее. Сокращение может происходить в центральной или других окклюзиях, чаще в передней [5,11,18,20].

Е.И. Гаврилов и В.Д. Пантелеев (1987) на основании изучения клинической картины у боль-

ных бруксизмом выделили несколько ведущих симптомов, которые определяют клиническую картину заболевания: сжатие зубов, беспищевое жевание и скрежетание зубами (бруксизм).

Данная патология охватывает практически все отделы организма и проявляется от незначительных до серьезных нарушений в зубочелюстном аппарате. Бруксизм приводит к неравномерному стиранию твердых тканей зубов [17,19], к повышенной чувствительности зубов на температурные и химические раздражители [22], функцио-

нальную перегрузку тканей пародонта [6,11,13], височно-нижнечелюстного сустава [1,4,13,16] и дистрофическим изменениям мускулатуры не только жевательного аппарата, но и других отделов организма [15].

Больные, страдающие бруксизмом, часто жалуются на боль в зубах, жевательных мышцах, кровоточивость десен, боль в области височно-нижнечелюстного сустава, а также ограничение открывания рта [6,16]. Интенсивность боли может возрастать или уменьшаться, быть кратковременной или длительной, разлитой, иррадиирующей, приступообразной [5,7,10].

В зарубежной и отечественной литературе большое количество работ посвящено этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и лечению бруксизма. Это вызвано значительной распространенностью заболевания, которое является причиной серьезных нарушений не только в зубочелюстном аппарате, но и в других отделах организма [2,3,13].

Существует несколько теорий возникновения бруксизма. Наибольшее число сторонников имеет теория окклюзионной дисгармонии [2,5,8,9], которые считают, что причиной спазма жевательных мышц являются окклюзионные препятствия: преждевременные контакты, деформация зубного ряда, частичное отсутствие зубов, неравномерная патологическая стираемость [14]. По мнению этих авторов, подобные нарушения блокируют плавность движения нижней челюсти, вызывая тем самым функциональную перегрузку в жевательных мышцах, что приводит к возникновению напряжения в ней.

В литературе приводятся противоречивые сведения о распространенности бруксизма в зависимости от возраста, пола и региона [6,10].

По данным П. Васильева (1973) женщины в возрасте от 15 до 45 лет болеют бруксизмом в 27,35% случаев стоматологических заболеваний, а мужчины - в 25,9%, в среднем это составляет

26,38%, что ставит бруксизм на третье место после самых распространенных заболеваний кариеса и пародонтита. Исследования А.П. Залигян (1986) показывают, что распространенность бруксизма среди детей составляет 33,2%, среди взрослых - 6,3%. По данным ряда исследователей частота бруксизма варьирует от 53 до 76% [16]. М. Fuchs (1960) считает, что в жизни человека есть два периода, когда чаще всего наблюдается бруксизм: между первым и пятым годами жизни и между двадцатым и тридцатыми годами. Л.М. Демнер, А.П. Залигян (1986), О.Ю. Хореев (1996), L. Nillsen et al. (1989) выявили бруксизм у подростков от 10,6% до 21,4%. Н.И. Добровольская обследовала детей в возрасте от 5 до 15 лет и нашла бруксизм в 52,3% случаев. А. Grabowski (1966) считает, что бруксизм чаще обнаруживается у взрослых в 30 лет и с полом не связан.

В связи с тем, что такие разноречивые данные не дают полной картины эпидемиологии бруксизма, а это не позволяет выявить группы риска заболевания, предпринята попытка изучить распространенность данной патологии в зависимости от пола, возраста и состояния зубного ряда.

Материалы и методы

Изучение распространенности бруксизма проводилось в городах и районах Иркутской области в рамках комплексного стоматологического обследования населения с использованием карты, рекомендованной ВОЗ (1995). Структуру обращаемости больных бруксизмом за стоматологической помощью изучали по первичной документации врачей-стоматологов за 2 года.

Результаты и обсуждение

На основании полученных данных (табл.1) видно, что заболеваемость бруксизмом (на 100 обследованных) составляет среди мужчин 53,7±0,42% случаев, среди женщин - 49,5±0,77%. что в среднем равно 52,8±0,61%. Если рассматривать заболеваемость данной патологией в зависимости от возраста, то мы увидим, что наибольший процент

Таблица 1.

Распространенность бруксизма среди населения по данным медицинских осмотров по возрасту и полу (на 100 обследованных)

Возраст (годы)	Число случаев в поло-возрастных группах		
	Пол		
	Женщины	Мужчины	Оба пола
15-19	18,8±0,86	21,6±1,13	19,3±0,95
20-24	25,4±0,6	27,1±1,04	25,9±0,87
25-29	43,6±1,12	43,2±0,92	41,1±1,06
30-34	44,7±0,88	50,9±1,01	47,3±0,92
35-39	58,1±1,42	60,2±1,15	60,0±1,06
40-44	64,1±0,78	67,3±1,22	64,8±0,65
45-49	59,9±1,96	65,2±0,77	61,4±1,02
50-54	62,7±0,53	63,1±1,29	61,8±0,76
55-59	57,4±1,43	67,5±1,12	59,3±0,54
60-64	66,2±2,31	66,4±1,46	66,0±1,13
65-69	65,7±1,55	70,1±1,91	66,9±0,92
70 и старше	69,8±0,74	71,3±1,33	70,1±0,86
Все возрастные группы	49,5±0,77	53,7±0,42	52,8±0,61

Таблица 2.

Возрастная структура обращаемости и состояние зубного ряда у больных бруксизмом

Возраст (лет)	Число больных бруксизмом		Число случаев			
			состояние зубного ряда			
	абс.	%	интактные зубные ряды		патология зубного ряда и прикуса	
			абс.	%	абс.	%
до 19 лет	60	22,5	54	90,0	6	10,0
20-29	69	25,9	37	53,6	32	46,3
30-39	58	21,8	4	8,6	54	91,3
40-49	46	17,2	4	6,8	42	93,1
50-59	23	8,6	0	4,3	23	100,0
старше 60	10	3,7	0	10,0	10	100,0
Всего	266	100,0	99	37,2	167	62,7

заболеваемости приходится на возрастную группу от 60 лет и старше. Данной патологией страдают люди и молодого возраста (15-19 лет), а с возрастом процент заболеваемости увеличивается. В возрастной группе 60 лет и старше процент заболеваемости достигает максимальных значений: среди женщин - 69,8±0,74%; среди мужчин - 70,1±0,86%. что в среднем составляет 70,0±0,86%.

По результатам нашего исследования наибольшее число обратившихся больных бруксизмом за стоматологической помощью приходилось на возрастную группу 19-39 лет (70,2%), наименьшее - на возраст 50-59, 60 лет и старше (11,4%). В структуре обратившихся составляли женщины 87,2% и мужчины - 12,7%.

Наибольшая активность обращаемости больных по поводу бруксизма в стоматологическую клинику (табл.2) приходится на период 19-29 лет (91,9%).

Очевидно, это связано с острым началом заболевания, которое сопровождается самопроизвольной болью, иррадирующего характера в области височно-нижнечелюстного сустава, скованностью жевательных мышц, ограничением или невозможностью открывания рта.

Начиная с 39 лет, стремительно увеличивается количество обращаемости больных бруксизмом с патологией зубного ряда и прикуса. Этот факт

объясняется тем, что в этот период, 30-39 лет, происходит снижение адаптационных способностей организма.

В возрастной группе 50-59 лет обращаемость по поводу бруксизма падает и в возрасте 60 лет и старше составляет 3,7%, т.к. почти в 100% случаев эти больные переходят в разряд лиц с полным отсутствием зубов.

Таким образом, заболевание бруксизмом начинается в раннем возрасте, до 15 лет, у людей с интактными зубными рядами и ортопедическим прикусом. По данным обследования мужчины и женщины болеют в равной степени. Наибольший процент обращаемости больных бруксизмом приходится на возрастную группу 19-29 лет (91,9%) с интактными зубными рядами и ортопедическим прикусом. Теория окклюзионной дисгармонии, как этиологического фактора возникновения бруксизма не подтвердилась. Функциональная перегрузка, вызванная гипертонусом жевательных мышц, вследствие патологической стираемости твердых тканей зубов и пародонтита, к 30-39 годам приводит в 91,3% случаев к патологии зубного ряда и прикуса. В возрастной группе 60 лет и старше обращаемость больных по поводу бруксизма уменьшается до 3,7%, т.к. почти в 100% случаев они переходят в разряд больных с полным отсутствием зубов.

EPIDEMIOLOGY OF BRUXISM ACCORDING TO AGE, SEX AND CONDITION OF DENTITION

T.A. Gajdarova

(Irkutsk State Medical University)

The article presents data on spreading of bruxism according to age, sex, condition of dentition and occlusion. The analysis of investigation has shown that the theory of occlusion disharmony as etiological factor of bruxism is not substantiated. Bruxism is marked in males as well as in females, it does not depend on the sex.

Литература

1. Булычева Е.И. Роль ортопедических методов лечения в комплексной терапии пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС): Дис. ... к.м.н. - СПб., 2000. - С. 134.
2. Бушан М.Г. Патологическая стираемость зубов и ее осложнения. - Кишинев: Штиинца, 1979. - 183 с.
3. Васильев П. Частота бруксизма // Стоматология. - София, 1973. - № 1. - С.42-47.
4. Вязьмин А.Я. Диагностика и комплексное лечение синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Дис. д.м.н. - Иркутск, 1999. - 227 с. .
5. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Особенности ортопедической помощи больным с парафункциями жевательных мышц // Стоматология. - 1990. - №5. - С.80-81.
6. Гаврилов Е.И., Пантелеев В.Д. Клинические формы парафункций жевательных мышц // Стоматология. - 1987. - №4. - С.40-43.
7. Гречко В.Е. Неотложная помощь в нейротравматологии. - М.: Медицина, 1990. - 256 с.
8. Гросс М.Д., Мэтьюс Дж.Д. Нормализация окклюзии: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1986. - 287 с.

9. Демнер Л.М., Залиган А.П. Клиника и лечение бруксизма // Стоматология. - 1986. - №5. - С.11-19.
10. Жахангиров А.Ж. Состояние зубочелюстной системы у больных бруксизмом // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: Тез. докл. VIII Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т.1. - С.157-158.
11. Жулев Е.Н. Этиология, клиника и лечение бруксизма // Стоматология. - 1976. - №4. - С.95-98.
12. Залиган А.П. Частота и причины бруксизма у детей // Карнес зубов, его осложнения и последствия: Тез. докл. - Казань, 1986. - С.57-58.
13. Калинина Н.В., Сакира М.В. Роль бруксизма в возникновении парадонтопатии и возможность ортопедического лечения // Парадонтоз. - М., 1966. - С.322-326.
14. Калапкарров Х.А., Куликов Р.П., Седрякин А.Н., Какосян К.М., Каламкарлова С.Х. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов, осложненной дисфункцией ВНЧС // Стоматология. - 1991. - №2. - С.57-61.
15. Карлов В.А. Невралгия лица. - М.: Медицина, 1991. - 288 с.
16. Скорикова Л.А. Клинические парафункции жевательных мышц // Новое в стоматологии. - 2000. - №7.
17. Beyron H.L. J. Am. dent. Ass. - 1954. - Vol.48. - P.674.
18. Drum W. Klassifikation vor parafunktion // Dtsch. Zahnarztl Z. - 1962. - Bd.12, N.5. - S.411-415.
19. Gerber A. Dtsch. Zahnarztl Z. - 1949. - Bd.4. - S.214.
20. Frohlich F. Dtsch. Zahnarztl Z. - 1966. - Bd.21. - S.536-547.
21. Fuchs M. (1960) Цит. по Grabowski A. - Clas. Stomal - 1966. - Vol.19. - S.63-69.
22. Fisher B. Dent. Cosmos. - 1928. - Vol.7. - P.690-694.

© ЧИМИТДОРЖИЕВА Т.Н., ЧИМИТДОРЖИЕВА Г.Д., ВАЛОВА Е.Э., ЦЫДЕНОВА Б.Б. -
УДК 616-006:502.3/.7(571.54)

ИТОГИ МОНИТОРИНГА ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ (ТМ) В ОБЪЕКТАХ ПРИРОДНОЙ СРЕДЫ НА ТЕРРИТОРИИ БАССЕЙНА ОЗЕРА БАЙКАЛ И АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ*

Т.Н. Чимитдоржиева", Г.Д. Чимитдоржиева""", Е.Э. Валова", Б.Б. Цыденова"".

(Бурятский госуниверситет, ректор - чл-корр. РАО, д.м.н. С.В. Калмыков, кафедра хирургических болезней, зав. - д.м.н., проф. Г.Ф. Жигаев. Институт общей и эксперим. биологии СО РАН, директор чл-корр РАН В.М. Корсунов, лаборатория органического вещества почв, зав. - д.с.-х.н. проф. Г.Д. Чимитдоржиева)

Резюме. Сообщение носит постановочный характер, базируясь на рекогносцировочном мониторинговом исследовании территории, прилегающей к бассейну озера Байкал со стороны республики Бурятия, с одновременным сравнительно-географическим анализом частоты проявления у населения злокачественных новообразований.

Известно, что общее неблагоприятное состояние территории формирует популяцию, чувствительную к развитию различных иммунодефицитных состояний на основе дезадаптации. В этой связи значение показателя загрязнения природной среды опосредованное. Считаем, что отсутствие прямой связи с загрязнениями тяжелыми металлами не является окончательным в цепи патогенеза онкологических заболеваний. Зачастую указанный фактор инициирует изменения внутреннего гомеостаза с последующим исходом в соматические фоновые онкологические патологии [1].

Известно, что такие средовые факторы, как особенности климатического режима, социально-экономический тип региона, характер экологического состояния окружающей среды во многом определяют гомеостаз организма, в том числе функциональную активность всей системы органов, а также подверженность организма к патологиям [3,4,8] Поэтому есть основание ожидать, что заболеваемость населения онкологическими новообразованиями в разных экологических зонах

будет различной. Целью нашей работы было попытаться провести обзор имеющихся литературных данных по экологической оценке содержания тяжелых металлов (ТМ) в природных объектах, а также провести рекогносцировочные исследования их в почвах и растительности на территории Республики Бурятия, привязав их к имеющимся стационарным источникам загрязнения и одновременно проанализировать частоту онкологических новообразований у населения.

Забайкалье является провинцией с большими биогеохимическими аномалиями (дефицит йода, селена и фтора) и бурно развивающимися сельским хозяйством и промышленностью, особенно горнодобывающей. В связи с последним повсеместно отмечается значительный антропогенный пресс на окружающую среду.

По мнению ВОЗ 75-80% всех случаев возникновения онкологических заболеваний связаны с влияниями факторов окружающей среды. Многие из загрязнителей реально находятся в определенной природной среде региона. Реальность воз-

Бурятский госуниверситет

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН

Работа выполнялась при финансовой поддержке по грату №285 "Университета России - фундаментальные исследования"