

ского осмотра позволил отметить, что у больных с СГМ неврологическая симптоматика была крайне стерта и проявлялась в большинстве случаев лишь в первые сутки после травмы, что создает большие сложности в диагностике ЧМТ и диктует использование дополнительных методов исследования.

Электроэнцефалографические (ЭЭГ) исследования – наиболее доступный метод в оценке функционального состояния ЦНС [2, 4]. Проведенные у 56 больных исследования показали, что при ЧЛТ с легкой ЧМТ не было выявлено значимых изменений. Нейрофизиологическая картина проявлялась в виде дезорганизации альфа-ритма, низкой его амплитуды, нерегулярности, дезорганизации при проведении функциональных проб, межполушарной асимметрии. Было отмечено, что при переломах костей лицевого скелета с вовлечением ветвей тройничного нерва нарушаются процессы адаптационной деятельности нервной системы с изменением биоэлектрической активности головного мозга.

Наиболее доступным и информативным методом диагностики тяжести черепно-мозговой травмы является КТ головного мозга. Из 19 обследованных больных с различной степенью тяжести сочетанной ЧЛТ в 12 (63,2%) случаях были выявлены контузионные очаги различной локализации, в 5 (36,8%) случаях – расширение желудочковой системы и асимметрии боковых желудочков.

Проведенная в 95 случаях люмбальная пункция позволяла выявить наличие крови в цереброспинальной жидкости. Так, в 64 (67,4%) случаях выявлено наличие ксантохромии в ликворном содержимом, что, несомненно, переносило травму в разряд более тяжелой.

Сроки оказания специализированной помощи были различны: репозиция и фиксация отломков костей произведены в 1–2-е сутки после травмы у 68,3% больных, на 3–4-е сутки – у 13,3%, на 5–6-е – у 5,7% и в более поздние сроки – у 11,7%. Лечение травм костей лицевого скелета проводилось сразу же или в первые часы после поступления пострадавших в клинику. При тяжелой травме, сопровождавшейся шоком, вмешательства проводились на фоне противошоковой терапии.

Ортопедические методы фиксации челюстей применены у 54,8% больных, хирургические – у 5,4%, ортопедические в комбинации с хирургическими – у 10,4%. Репозиция костей носа произведена у 18,6% больных, скуловой кости – у 6%, одновременная репозиция переломов челюстей, носа и скуловой кости – у 4,8%.

Из ортопедических методов фиксации челюстей в период с 2005 по 2009 год (1837 больных) чаще применялись двучелюстные проволочные шины – 200 (10,9%) больных, редко – лабораторные шины, в основном для фиксации верхней челюсти. Из оперативных методов лечения использовался остеосинтез

швом в 66 (3,6%) случаях, остеосинтез спицей и костным полушвом одновременно – в 62 (3,1%), спицей Киршнера – в 39 (2,1%), мини-пластинами – в 48 (2,6%), фронтомаксиллярный остеосинтез верхней челюсти по Черинятиной и Свистунову – в 35 (1,9%) и репозиция скуловой кости и дуги – в 303 (16,5%) случаях. Шинирование производили под проводниковой анестезией, при остеосинтезе применяли общее обезболивание.

На современном этапе отмечен рост больных с ТЧЛО в Ставропольском крае, что приводит к тяжелым последствиям, делая это серьезной проблемой социального плана. ТЧЛО часто сочетается с различными повреждениями головного мозга и, в свою очередь, может маскировать проявления мозговой травмы. Данное обстоятельство диктует проведение более кропотливого диагностического поиска. Результаты анализа позволяют утверждать, что для обеспечения лечебного успеха пострадавших и сокращения сроков временной нетрудоспособности больных с ЧЛТ необходимо проводить специализированное лечение, с учетом тяжести повреждения головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В. В. Травматология челюстно-лицевой области. – М.: изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – С. 256.
2. Зеньков Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. – Таганрог: изд-во Таганрогского РТУ, 1996. – С. 173.
3. Загубелюк Н. К. Лечение переломов верхней челюсти: диагностика и современные методы лечения больных с переломами челюстей и воспалительными процессами челюстно-лицевой области. – М., 1973. – С. 49–59.
4. Карпов С. М. Нейрофизиологические аспекты детской черепно-мозговой травмы. – Ставрополь: изд-во СтГМА, 2010. – С. 184.
5. Кабаков Б. Д., Малышев В. А. Переломы челюстей. – М., 1981. – С. 176.
6. Лездидия И. Сочетанная челюстно-лицевая травма в клинике хирургической стоматологии. Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. – Рига: РМИ, 1983. – С. 117–118.
7. Лурье Т. М. Основные задачи реабилитации в стоматологии // Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии. Труды ЦНИИС. – М., 1986. – Т. 16. – С. 3–5.
8. Науменко В. Г., Греков В. В. Повреждения головного мозга при воздействии тупой силы в области лица // Судебная стоматология. – Вып. 2. – М., 1975. – С. 75–80.
9. Осипян Э. М. Лечение переломов нижней челюсти методом компрессионно-дистракционного остеосинтеза в комплексе с иммунотерапией. – Ставрополь: изд. СГМА, 1999. – С. 168.
10. Травмы челюстно-лицевой области / Под ред. проф. Н. М. Александрова. – М.: Медицина, 1986. – С. 448.

Поступила 31.05.2011

А. К. ЦАЛЛАГОВ, И. М. РАСУЛОВ, О. Т. ТАУТИЕВ

КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИХ СТРОЕНИЯ АППАРАТОМ «МИОСТИМ»

Кафедра ортопедической стоматологии ФПДО

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава»,
Россия, 127473, г. Москва, ул. Вучетича, 9а. Тел. 8 (495) 611-29-35

В статье приведены результаты ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов у 20 пациентов с различной патологией с учетом одонтологических особенностей строения рельефа жевательной поверхности зубов.

Ключевые слова: ортопедическое лечение, твердые ткани зубов, электромиография, окклюзионная терапия.

A. K. TSALLAGOV, I. M. RASULOV, O. T. TAUTYEV

CONTROL OF RESULTS OF ORTHOPEDIC TREATMENT OF TEETH HARD TISSUE DEFECTS WITH TAKING INTO CONSIDERATION THE INDIVIDUAL PECULIARITIES OF THEIR STRUCTURE BY THE «MIOSTIM» APPARATURE

*Moscow state medico-stomatological university
orthopedic stomatology department of PDEF
Russia, 127473, Moscow, street Vucheticha, 9a. Tel. 8 (495) 611-29-35*

In the article the result of treatment of solid tissues defects of teeth in 20 patients with different pathology with taking into consideration odonthologic peculiarities of masticatory teeth surface structure are given.

Key words: orthopedic treatment, hard tissues of the teeth, electromyography, occlusal therapy.

Восстановлением жевательной поверхности зубов без учета особенностей их строения не достигается должного эффекта лечения, что выражается в недостаточном обрабатывании пищи, что, в свою очередь, не обеспечивает достаточного прилива крови и выработки слюны. Некачественное восстановление окклюзионной поверхности зуба является своего рода стрессом как для зуба, так и для периодонта и всего зубочелюстного аппарата в целом [3].

Восстанавливая дефекты твердых тканей жевательной группы зубов пломбированием или изготовлением несъемных зубных протезов, необходимо учитывать то, что для правильного жевания нужна не просто известная сила нажима, а качественная сила нажима [3].

Все больше и больше внимания на сегодняшний день уделяется восстановлению твердых тканей зубов с учетом особенностей их строения, о чем и пишут Л. М. Ломиашвили и Л. Г. Аюпова в своей книге «Художественное моделирование и реставрация зубов». В то же время не уделяется должного внимания контролю качества стоматологического лечения [2].

В связи с этим стандартные варианты восстановления окклюзионной поверхности зубов ставят под сомнение не только с точки зрения правильности восстановления анатомической формы коронки зуба, но и с точки зрения контроля результатов лечения. Правильное восстановление окклюзионной поверхности зубов способствует правильному восприятию окклюзионной нагрузки не только опорными зубами, но и всей зубочелюстной системой.

В стоматологических журналах и на научных конференциях подробно рассматриваются новые клинические подходы и методы лечения, но, к сожалению, вопросам эстетики и функционирования, в частности анатомическим законам воссоздания формы зубов, пока не уделяется должного внимания. А между тем работа по восстановлению зубов – это ежедневная задача, стоящая перед врачами-стоматологами и зубными техниками, но решается она, как правило, интуитивно и без должного аппаратного контроля [1].

Целью настоящего исследования явился анализ контроля результатов ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов стандартными методами

с учетом индивидуальных одонтологических особенностей строения зубов.

Материалы и методы исследования

В исследовании участвовало 20 пациентов с различными патологиями твердых тканей зуба 36 (8 женщин, 12 мужчин, средний возраст 32 года). Все пациенты были предупреждены о цели эксперимента и дали согласие на участие в исследовании. Все участвовавшие в исследовании лица были произвольно разделены на две подгруппы по 10 человек (4 женщины, 6 мужчин). У лиц первой подгруппы восстановление первого нижнего моляра проводилось с учетом индивидуальных одонтологических особенностей строения твердых тканей зубов, у лиц второй подгруппы – без учета индивидуальных одонтологических особенностей.

Все пациенты считали себя абсолютно здоровыми людьми. До начала протезирования пациентам обеих групп были произведены санация полости рта, ортопантомография, регистрация окклюзии, пальпация жевательных и шейных мышц. Всем пациентам до начала ортопедического лечения была проведена электромиография жевательных мышц.

Электромиографическое (ЭМГ) исследование жевательных мышц позволяет выявить повышенный мышечный тонус, аномальную окклюзию, функциональную гиперактивность, мышечную утомляемость, мышечный дисбаланс [4, 5].

ЭМГ-активность регистрировалась при максимальном произвольном сжатии мышц в течение 5 сек.: испытуемым было предложено максимально сильно сжать зубы и сохранять силу сжатия в течение всех тестов (рис. 1). Запись производилась в положении сидя при естественном положении головы пациента, без поддержки. Для каждого испытуемого анализировались центральные 3 сек. при максимальном сжатии зубов, для каждой мышцы вычислялась средняя амплитуда в интервале 3 сек. Оба теста проводились без смены электродов и переключения проводов (рис. 2).

По данным ЭМГ у всех пациентов (n=20) до начала лечения в 65% (n=13) случаев центр жевания был смещен в область фронтального отдела, что предвещало к перегрузке фронтального отдела зубов, повышенной стираемости фронтальных зубов, раз-

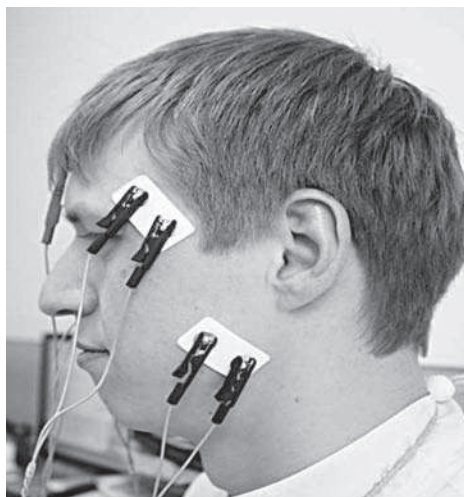


Рис. 1. Пациент А. Электромиография жевательных мышц

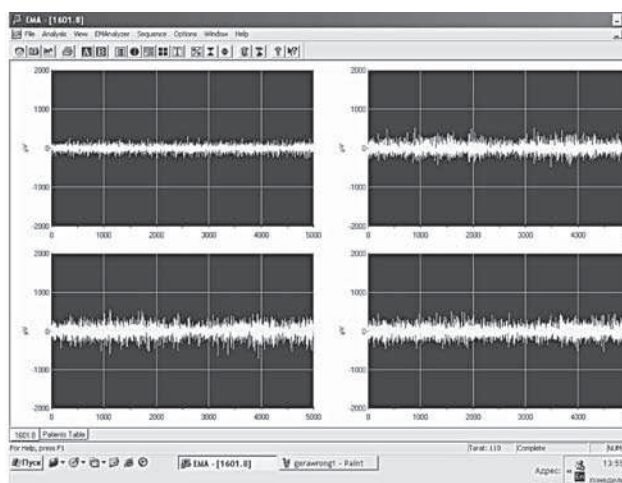


Рис. 2. Электромиограмма пациента А. до лечения

витию патологии ВНЧС (что характеризовалось отрицательным значением индекса *Activ*). Одностороннее повышение тонуса жевательных мышц исходно выявлено у 60% (n=12) и височных мышц – у 35% пациентов (n=7). Асинхронную работу собственно жевательных мышц регистрировали у 80% пациентов (n=16), височных мышц – у 25% (n=5) (табл. 1).

Всем пациентам было проведено ортопедическое лечение путем восстановления первых моляров нижней челюсти. Ортопедическое лечение проводилось методом изготовления безметалловых несъемных зубных протезов, изготовленных методом фрезерования на аппарате «CEREC-3» (рис. 3) с последующей цветовой индивидуализацией. 10 пациентам первый нижний



Рис. 3. Аппарат «CEREC-3»

моляр был восстановлен без учета одонтологических особенностей строения зубов, т. е. общепринятыми методами, и 10 пациентам – с учетом особенностей одонтологического строения твердых тканей зубов.

При восстановлении коронковой части зуба учитывали следующие одонтологические признаки: тип жевательной поверхности, выраженность протостилида, постметаконулида, энтоконулида и коленчатой складки метаконида.

У пациентов с проведенными общепринятыми методами ортопедического лечения без учета одонтологических особенностей строения коронковой части зуба симметричность работы собственно жевательных мышц была в среднем 83%, височных – 84% (рис. 4).

Проведенное электромиографическое исследование пациентов после ортопедического лечения с учетом индивидуальных одонтологических особенностей строения нижнего первого моляра выявило, что симметричность работы собственно жевательных мышц была в среднем 92%, височных – 94%, что соответствовало параметрам нормы (рис. 5).

Результаты исследования и их обсуждение

После проведенного лечения в обеих подгруппах отмечено уменьшение асимметрии биоэлектрической активности жевательных и височных мышц у 100% пациентов (в первой группе симметричность работы собственно жевательных мышц была в среднем 92%, височных – 94%), во второй подгруппе – 83% и 84% соответственно. Нормализация амплитуды биопотенциалов во время максимального сжатия зубов для собственно жевательных мышц отмечена у всех пациентов первой подгруппы (n=10) и у 8 пациентов (80%) второй подгруппы, для височных мышц – у всех пациентов

Таблица 1

Результаты ЭМГ, полученные до лечения

Индексы симметрии	POC Temp <80%	POC Temp >80%	Росмас <80%	Росмас >80%	Activ -	Activ+
Первая подгруппа (N 10)	3 чел.	7 чел.	9 чел.	1 чел.	7 чел.	3 чел.
Вторая подгруппа (N 10)	2 чел.	8 чел.	7 чел.	3 чел.	6 чел.	4 чел.

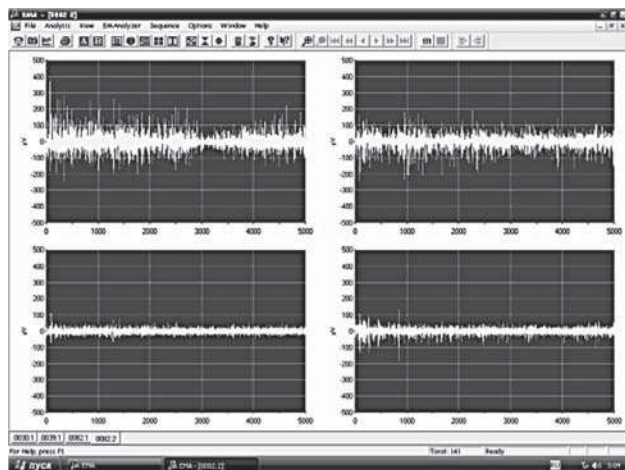


Рис. 4. Электромиограмма после протезирования без учета индивидуальных одонтологических особенностей

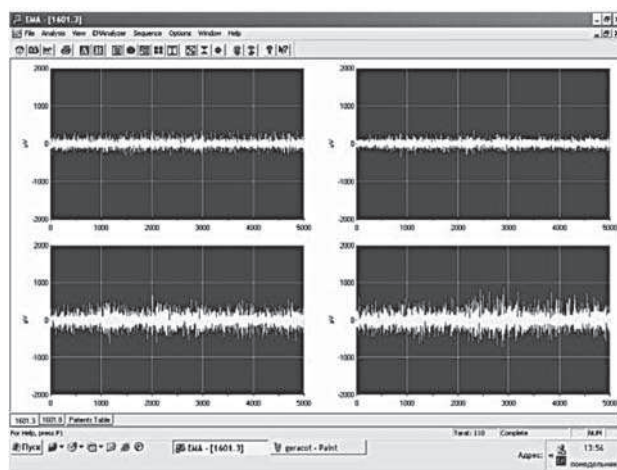


Рис. 5. Электромиограмма после протезирования пациента с учетом индивидуальных одонтологических особенностей

Таблица 2

Общие средние статистические результаты ЭМГ, полученные после лечения

Индексы симметрии	POC Temp <80%	POC Temp >80%	POC Mas <80%	POC Mas >80%	Activ -	Activ+
Первая группа (n=10)	0 чел.	10 чел. (100%)	0 чел.	10 чел. (100%)	0 чел.	10 чел. (100%)
Вторая группа (n=10)	1 чел. (10%)	9 чел. (90%)	3 чел. (30%)	7 чел. (70%)	2 чел. (20%)	8 чел. (80%)

первой подгруппы (n=10) и у 9 пациентов – второй. У 90% пациентов основной группы (10 – первая подгруппа, 8 – вторая подгруппа) после проведенного лечения жевательный центр переместился в область жевательной группы зубов, что характеризовалось положительными значениями коэффициента Activ (табл. 2, рис. 6).

Несостоятельная окклюзионная поверхность первых нижних моляров нижней челюсти приводит к асимметрии в работе собственно жевательных и височных мышц, перемещению жевательного центра во фронтальный отдел, изменению общего мышечного биопотенциала.

При протезировании пациентов с учетом индивидуальных одонтологических особенностей (рис. 7) наблюдали большую симметрию в работе собствен-



Рис. 7. Вид готовой CEREC-коронки

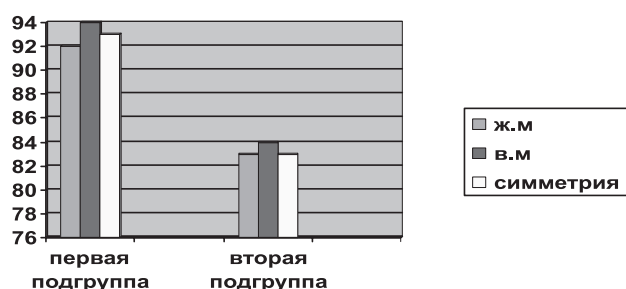


Рис. 6. Сравнительная оценка работы жевательных мышц у пациентов первой и второй подгрупп через месяц после проведенного ортопедического лечения

но жевательных и височных мышц, что благоприятно сказывалось на восстановлении работы жевательных мышц, зубов, зубных рядов и всей зубочелюстной системы в целом. Результаты проведенного исследования показали, что аппаратный контроль результатов ортопедического лечения дефектов твердых тканей зубов позволяет более точно скорректировать и ввести отреставрированный участок в функционирующую группу зубов. Это, в свою очередь, свидетельствует о том, что использование методики проведения ортопедического лечения 36-го зуба с учётом индивидуальных одонтологических особенностей строения рельефа жевательной поверхности зубов является

перспективным методом окклюзионной терапии при дефектах твёрдых тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветчинкин А. В. Эстетические основы формообразования зубов при создании анатомической формы верхнего и нижнего зубного ряда // Зубной техник. – 2005. – № 1 (48). – С. 32–34.
2. Ломиашивили Л. М., Аюпова Л. Г. Художественное моделирование и реставрация зубов. – М., 2008.
3. Расулов И. М. Одонтология и современная стоматология // Институт стоматологии. – 2009. – № 4. – С. 72–73.

4. Ferrario V. F., Sforza C., Serrao G., Colombo A., Schmitz J. H. The effects of a single intercuspal interference on EMG characteristics of human masticatory muscles during maximal voluntary teeth clenching // Cranio-journal of craniomandibular practice. – 1999. – № 17. – P. 184–188.

5. Ferrario V. F., Sforza C., Colombo A., Ciusa V. An electromyographic investigation muscles symmetry in normo-occlusion subjects // Journal of oral rehabilitation. – 2000. – № 27. – P. 33–40.

Поступила 24.06.2011

**В. М. ЦАРЁВА¹, Н. Ю. ХОЗЯИНОВА¹, Ю. В. КУРБАСОВА², Н. В. РОМАНЧЕНКО²,
О. В. ПЕТРУЩЕНКОВА², В. С. МУКОНИНА², А. Н. АГАФОНОВ³**

КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

¹Кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава»,
Россия, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28;
²Смоленская областная клиническая больница,
Россия, 214018, г. Смоленск, пр-т Гагарина, 27;
³МЛПУ поликлиника № 4,
Россия, 214025, г. Смоленск, ул. Нормандия Неман, 35.
E-mail: tsarev.al@mail.ru, тел. 89036988112

Обследовано 246 пациенток с АГ 1–2-й степени среднего, высокого рисков. Всем пациенткам проводились суточное мониторирование АД и холтеровское мониторирование ЭКГ. Регистрация при ХМ ЭКГ желудочковых аритмий высоких градаций свидетельствует о неблагоприятной в прогностическом плане эктопической активности миокарда у пациенток с АГ. Суточный ритм с недостаточным ночным снижением АД – предиктор угрожаемых желудочковых аритмий при АГ у женщин.

Ключевые слова: артериальная гипертония, женщины, нарушения ритма.

**V. M. TSAREVA¹, N. Y. HOZYAINOVA¹, J. V. KURBASOVA², N. V. ROMANCHENKO²,
O. V. PETRUSCHENKOVA², V. S. MUKONINA², A. N. AGAFONOV³**

CLINICAL AND FUNCTION FEATURES CARDIOVASCULAR SYSTEM IN WOMEN WITH HYPERTENSION

¹Smolensk state medical academy of Roszdrav,
Russia, 214019, Smolensk, str. Krupskaya, 28;
²Smolensk regional clinical hospital,
Russia, 214018, Smolensk, str. Gagarina, 27;
³polyclinic № 4,
Russia, 214025, Smolensk, str. Normandiya Neman, 35. E-mail: tsarev.al@mail.ru, tel. 89036988112

We examined 246 women with confirmed diagnosis of essential arterial hypertension (EH) stages I–II. All patients underwent 24-hours monitoring of blood pressure (BMP) and Holter ECG. High gradation ventricular arrhythmias in Holter monitoring reflects increase of prognostic unfavorable myocardial ectopic activity in EH. «Non-dipper» daily rhythm is predictor adverse ventricular arrhythmias in EH women.

Key words: essential arterial hypertension, women, arrhythmias.

Несмотря на усилия ученых, врачей и органов управления здравоохранением, артериальная гипертония (АГ) в Российской Федерации остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем [6]. Она является

важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – инфаркта миокарда и мозгового инсульта [3]. Но если последние десятилетия прошлого века показали стойкую тенденцию снижения частоты