

upper femoral epiphysis // J. Bone Jt. Surg. — 1978. — Vol. 60-B, N 3. — P. 394-403.

4. Engelhardt P., Roessler H. Radiometry of epiphyseolysis capitis femoris. A comparison of conventional roentgen study with axial computerized tomography // Z. Orthop. — 1987. — Vol. 125, N 2. — P. 177-182.

5. Exner G.U., Schai P.A., Notzli H.P. Therapie der akuten Epiphysenlösung des Huftkopfes und klinische Behandlungsergebnisse // Orthopäde. — 2002. — Vol. 31. — P. 857-865.

6. Frick S.L., Casey V. Acute on chronic, unstable slipped capital femoral epiphysis // AO DIALOGUE. — 2007. — Vol. 1. — P. 40-43.

7. Ireland J., Newman P.H. Triplane osteotomy for severely slipped upper femoral epiphysis // J. Bone Jt. Surg. — 1978. — Vol. 60-A, N 3. — P. 390-393.

8. Leunig M., Slongio T., Kleinschmidt M., Ganz R. Subcapital correction osteotomy in slipped capital femoral epiphysis by means of surgical hip dislocation // Oper. Orthop. Traum. — 2007. — Vol. 19, N 4. — P. 389-410.

9. Loder R.T., Richards B.S., Shapiro P.S., Reznick L.R. Acute slipped capital femoral epiphysis: the importance of physeal stability // J. Bone Jt. Surg. — 1993. — Vol. 75-A. — P. 1134-1140.

10. Parsch K., Weller S., Parsch D. Open reduction and smooth Kirschner wire fixation for unstable slipped capital femoral epiphysis // J. Pediatr. Orthop. — 2009. — Vol. 29, N 1. — P. 1-8.

11. Peterson M.D., Weiner D.S., Green N.E., Terry C.L. Acute slipped capital femoral epiphysis: the value and safety of urgent manipulative reduction // J. Pediatr. Orthop. — 1997. — Vol. 17, N 5. — P. 648-654.

12. Phillips S.A., Griffiths W.E., Clarke N.M. The timing of reduction and stabilisation of the acute, unstable, slipped upper femoral epiphysis // J. Bone Jt. Surg. Br. — 2001. — Vol. 83, N 7. — P. 1046-1049.

13. Tokmakova K.P., Stanton R.P., Mason D.E. Factors influencing the development of osteonecrosis in patients treated for slipped capital femoral epiphysis // J. Bone Jt. Surg. Am. — 2003. — Vol. 85-A, N 5. — P. 798-801.

14. Witbreuk M., Besselaar P., Eastwood D. Current practice in the management of acute/unstable slipped capital femoral epiphyses in the United Kingdom and the Netherlands: results of a survey of the membership of the British Society of Children's Orthopaedic Surgery and the Werkgroep Kinder Orthopaedie // J. Pediatr. Orthop. B. — 2007. — Vol. 16, N 2. — P. 79-83.

УДК 616.724007.281: 616.314.25-007.4: 612.751.3: 616-007-007.15-053.1

Т11

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ВСЛЕДСТВИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Юлия Николаевна Уманская*

Ставропольский государственный медицинский университет

Реферат

Цель. Выявить основные закономерности проявления дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с дисплазией соединительной ткани.

Методы. Обследованы 90 пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава: первая группа — 53 (58,89%) человека с дисплазией соединительной ткани, вторая группа — 37 человек с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава без признаков дисплазии соединительной ткани. Проводили обследование функционального состояния сустава, включающее клинические исследования, изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторах, рентгенографическое и магнитно-резонансное исследования. Диагноз дисплазии соединительной ткани ставили на основании клинических признаков согласно национальным рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты. В группе пациентов с дисплазией соединительной ткани выявлены две основные закономерности. У 27 (50,94%) из 53 пациентов в возрасте 30 лет и старше присутствовали признаки гипермобильности суставов. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава у данных пациентов имела выраженный характер, сопровождалась болью и нарушением открывания рта. В 49,06% случаев в группе пациентов с дисплазией соединительной ткани в возрасте до 30 лет преобладали костные признаки. У данных пациентов были жалобы со стороны височно-нижнечелюстного сустава на щелчки, не доставляющие дискомфорта. В 38,46% случаев выявлено готическое небо, а также скученность зубов во фронтальном отделе. По данным магнитно-резонансной томографии в 41 (77,36%) наблюдении среди всех пациентов с дисплазией правая и левая головки мыщелка в положении окклюзии располагались асимметрично.

Вывод. Клинико-морфологические признаки дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани обусловлены изменениями в капсулярно-связочном аппарате височно-нижнечелюстного сустава; дисфункция височно-нижнечелюстного сустава — характерное и закономерное проявление дисплазии.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, дисплазия соединительной ткани, окклюзия, рентгенологические методы исследования височно-нижнечелюстного сустава, магнитно-резонансная томография.

TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUNCTION DUE TO BENIGN JOINT HYPERMOBILITY SYNDROME

Yu.N. Umanskaya. Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia. **Aim.** To mark out the main features of temporomandibular joint dysfunction in patients with benign joint hypermobility syndrome. **Methods.** 90 patients with temporomandibular joint dysfunction were examined. The first group included 53 (58.89%) patients with benign joint hypermobility syndrome, the second group — 37 patients with temporomandibular joint dysfunction without any signs of benign joint hypermobility syndrome. Functional joint examination including clinical examination, examination of jaw diagnostic models in articulators, X-ray and magnetic resonance imaging, was performed. The diagnosis of benign joint hypermobility syndrome was set up by clinical findings according to national recommendations of Russian Society of Cardiology. **Results.** Two main trends were found in

patients with benign joint hypermobility syndrome. Joint hypermobility was present in 27 (50.94%) out of 53 patients aged 30 years and older. Temporomandibular joint dysfunction in those patients was quite severe, associated with pain and limited range of mandibular movement. In 49.06% of cases in patients with benign joint hypermobility syndrome aged younger than 30 years, bone symptoms were present. Those patients were complaining of joint noises. In 38.46% of cases, gothic palate or frontal teeth crowding were observed. According to magnetic resonance imaging, there was a condylar processes asymmetry at occlusion in 41 (77.36%) patients with benign joint hypermobility syndrome. **Conclusion.** Clinical and morphologic signs of temporomandibular joint dysfunction in patients with benign joint hypermobility syndrome are associated with predisposed changes in temporomandibular joint capsule and ligaments. Temporomandibular joint dysfunction is a typical and regular feature of benign joint hypermobility syndrome. **Keywords:** temporomandibular joint dysfunction, benign joint hypermobility syndrome, occlusion, temporomandibular joint X-ray, magnetic resonance imaging.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) — полиэтиологическое заболевание. Ряд авторов считают основной причиной возникновения нарушений в суставе окклюзионные факторы, которые в свою очередь приводят к нарушениям координированной работы жевательных мышц и к возникновению функциональных нарушений ВНЧС [2, 4, 6]. Другие исследователи считают основополагающим психоэмоциональный компонент [1].

На возникновение и развитие заболеваний ВНЧС оказывают непосредственное влияние и генетически детерминированные нарушения, такие как дисплазия соединительной ткани (ДСТ) [3].

До настоящего времени не выработано единого мнения о влиянии ДСТ на формирование и развитие мышечно-суставной дисфункции ВНЧС.

Диагноз дисфункции ВНЧС, ассоциированной с ДСТ, должен быть основан на клинико-лабораторных данных, а также результатах рентгенологического [5, 7] и инструментального исследований.

Цель исследования — выявить основные закономерности проявления дисфункций ВНЧС у пациентов с ДСТ.

Для решения поставленных задач в период с 2011 по 2013 гг. включительно нами были обследованы 90 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет с дисфункцией ВНЧС. Из них у 53 пациентов была выявлена ДСТ.

Все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 53 пациента (34 женщины и 19 мужчин) с дисфункцией ВНЧС и ДСТ. Критериями включения больных в группу были клинически достоверный диагноз дисфункции ВНЧС, наличие шести и более внешних признаков ДСТ, возраст не старше 45 лет.

Во вторую группу вошли 37 человек с дисфункцией ВНЧС без ДСТ, в том числе 18 женщин и 19 мужчин. Критериями включения пациентов в группу были клинически достоверный диагноз синдрома дисфункции ВНЧС и отсутствие признаков ДСТ или их количество менее шести, что является кли-

нически недостоверным даже для диагностики неклассифицируемого фенотипа ДСТ.

Все пациенты по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения были разделены на следующие периоды: от 20 до 24 лет — юношеский возраст; от 25 до 44 лет — молодой возраст; от 45 до 50 лет — средний возраст (табл. 1). Критерием исключения был пожилой возраст.

Исследование функционального состояния ВНЧС включало клинические исследования, изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторах, использование рентгенографических и магнитно-резонансных методов.

Диагноз ДСТ ставили на основании клинических признаков по национальной рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов.

Полученные данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере с использованием программы SPSS 16.0, сводились в таблицы в программах Microsoft Excel и Microsoft Word.

Сочетание ДСТ и дисфункции ВНЧС диагностировано у 53 (58,89%) из 90 обследованных пациентов.

В группе больных с ДСТ и дисфункцией ВНЧС были выявлены две основные закономерности. У пациентов с преобладанием костных проявлений дисплазии признаки нарушения функций сустава встречались в более раннем возрасте (до 30 лет), но не имели выраженных клинических проявлений и болевого компонента. Жалобы данных пациентов были на щелчки в ВНЧС. У пациентов с преобладанием признаков гипермобильности суставов случаи обращения по поводу дисфункции ВНЧС зарегистрированы в более поздний срок. Возраст таких пациентов составил 30 лет и старше, были характерны жалобы на боль и затруднение открывания рта.

У 27 (50,94%) человек из группы пациентов с дисфункцией ВНЧС и ДСТ в возрасте 30 лет и старше присутствовали признаки гипермобильности суставов в сочетании с кожными и висцеральными проявлениями

Таблица 1

Распределение по возрасту и полу в рабочей группе

Возрастные группы, годы	Пациенты с дисфункцией ВНЧС и ДСТ		Пациенты с дисфункцией ВНЧС без ДСТ		Всего
	женщины	мужчины	женщины	мужчины	
20–24	12 (13,33%)	14 (15,56%)	6 (6,67%)	9 (10%)	41 (45,56%)
25–44	20 (22,22%)	5 (5,56%)	9 (10%)	10 (11,11%)	44 (48,89%)
45–50	2 (2,22%)	—	3 (3,33%)	—	5 (5,55%)
Всего	53 (58,89%)		37 (41,11%)		90 (100%)

Примечание: ВНЧС – височно-нижнечелюстной сустав; ДСТ – дисплазия соединительной ткани.

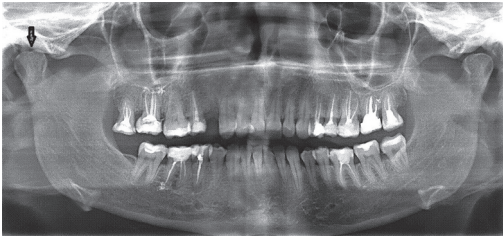


Рис. 1. Ортопантомограмма пациента с дисплазией соединительной ткани. Удвоение мыщелкового отростка нижней челюсти справа.

дисплазии. В более ранний период жалоб на ВНЧС они не отмечали. Их появление связывали с прорезыванием «зубов мудрости», поздним ортодонтическим лечением, женщины – с беременностью. Жалобы этих пациентов носили более тяжёлый характер: 12 человек обратились в связи с болью и невозможностью открыть рот. Пациенты данной группы имели уплощённую суставную головку нижней челюсти (рис. 1).

В 26 (49,06%) случаях в группе пациентов

с ДСТ и дисфункциональными нарушениями в ВНЧС встречались костные проявления дисплазии в различных сочетаниях с кожными, мышечными и висцеральными признаками (рис. 2).

Пациенты с преобладанием костных признаков ДСТ были в возрасте от 20 до 30 лет. Они предъявляли жалобы на щелчки в суставе, не имели выраженного болевого компонента. У данных пациентов в 10 (38,46%) случаях из 26 были выявлены готическое нёбо и скученность зубов в переднем отделе. У данных пациентов превалировал вертикальный тип роста зубочелюстной системы над горизонтальным. Нарушение функций ВНЧС проявлялось подвывихом или вывихом суставных головок мыщелкового отростка нижней челюсти (рис. 3).

На основании данных магнитно-резонансной томографии в 41 (77,36%) наблюдении среди всех пациентов с ДСТ правая и левая головки мыщелкового отростка в

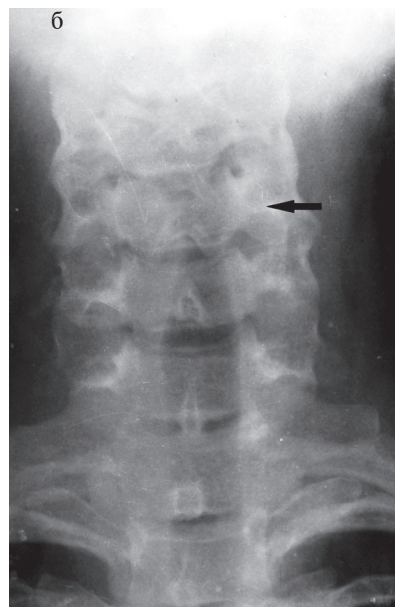
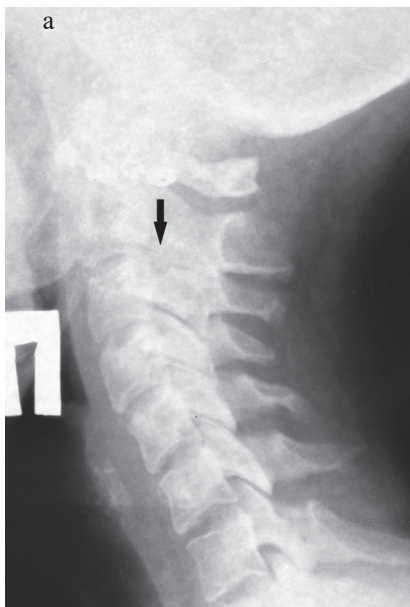


Рис. 2. Торазионный разворот III шейного позвонка: а – сагиттальная плоскость; б – фронтальная плоскость.

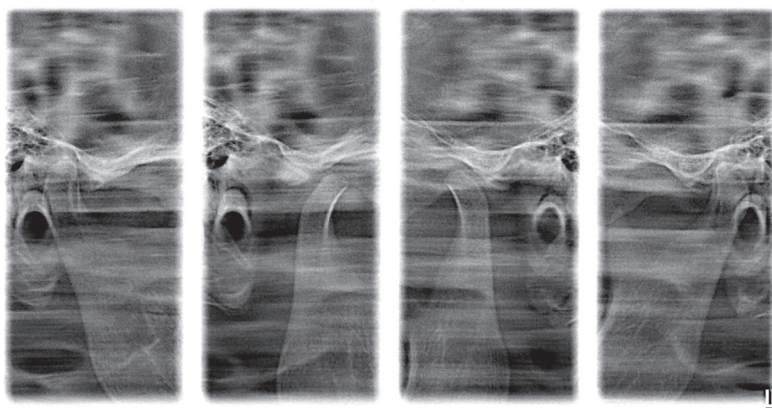


Рис. 3. На зонограмме правосторонний подвывих и левосторонний вывих суставных головок мыщелкового отростка нижней челюсти.

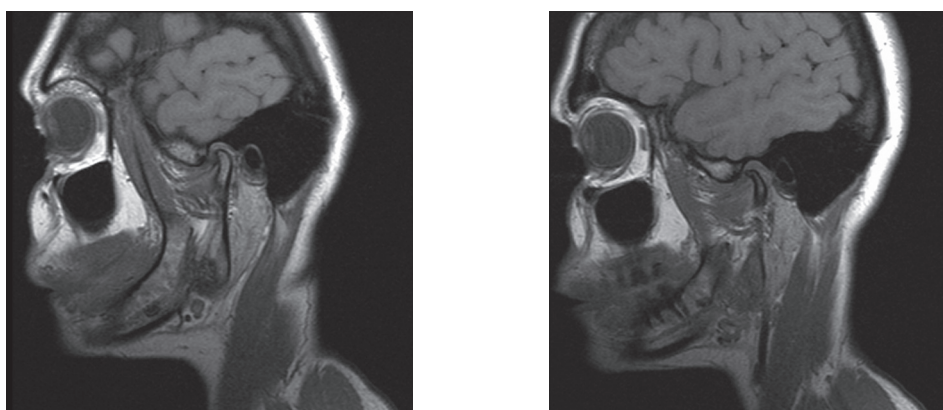


Рис. 4. Магнитно-резонансная томограмма в кососагиттальной проекции: а — справа; б — слева.

положении окклюзии располагались асимметрично (рис. 4).

Для всех больных с ДСТ было характерно смыкание 6-х зубов верхней и нижней челюсти по II классу Энгеля, то есть дистальная окклюзия и глубокая резцовая окклюзия.

ВЫВОДЫ

1. Для выявления дисфункции височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани необходимы тщательный сбор анамнеза, осмотр пациентов с учётом внешних диспластических признаков, проведение рентгенологического исследования и магнитно-резонансной томографии.

2. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава — характерное проявление дисплазии соединительной ткани.

3. Проявления дисфункции височно-нижнечелюстного сустава зависят от преобладания суставных или костных признаков дисплазии соединительной ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булычёва Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложнённых парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение // *Стоматология*. — 2006. — №6. — С. 58-61.
2. Колтунов А.В. Топографо-анатомические взаимоотношения связочного аппарата и капсулы височно-нижнечелюстного сустава при различных состояниях окклюзии // *Институт стоматол.* — 2010. — №1. — С. 96-98.
3. Орехова Л.Ю., Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Александрова А.А. Дисплазия соединительной ткани как общемедицинская и стоматологическая проблема // *Пародонтология*. — 2010. — №1. — С. 8-14.
4. Потапов В.П. Комплексный подход к диагностике и лечению нарушений функциональной окклюзии // *Институт стоматол.* — 2008. — №4. — С. 24-25.
5. Паслер Ф.А., Виссер Х. Рентгендиагностика в практике стоматолога / Под общ. ред. Н.А. Рабухиной. — М.: МЕД-пресс-информ, 2007. — 352 с.
6. Slavicek R. The masticatory organ: functions and dysfunctions. — Klosterneuburg, 2002. — 554 p.
7. Whyte A.M., McNamara D., Rosenberg I., Whyte A.W. Magnetic resonance imaging in the evaluation of temporomandibular joint disc displacement — a review of 144 cases // *J. Oral Maxillofac. Surg.* — 2006. — Vol. 35. — P. 696-703.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННОЙ ГЛАУКОМЫ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Тачкули Кочкулиевич Тойкулиев*

Государственный медицинский университет Туркменистана, г. Ашхабад

Реферат

Цель. Изучить гипотензивную эффективность операций наружной трабекулотомии и синусотрабекулоэктомии в нашей модификации у больных врождённой глаукомой и обосновать условия их применения.

Методы. Нами произведены следующие операции: трабекулотомия *ab externo* — на 57 глазах 51 больного, синусотрабекулоэктомия — на 46 глазах 42 детей, классическая трабекулоэктомия — на 23 глазах 19 человек, трабекулоэктомия с элементами межсклерального аутодренирования в нашей модификации — на 23 глазах 23 пациентов. В возрасте до 1 мес было 22 больных, от 1 до 6 мес — 30, от 6 мес до 1 года — 18, от 1 года до 3 лет — 15, от 3 до 5 лет — 8 больных.

Результаты. Отдалённый гипотензивный результат синусотрабекулоэктомии составил в среднем 86,95%, тогда как наружной трабекулоэктомии — 80,39%. При этом лучшие результаты получены в возрасте до 6 мес. В старших возрастных группах гипотензивная эффективность наружной трабекулотомии заметно уменьшалась и в возрасте 3–5 лет составляла всего 50%. После синусотрабекулоэктомии результативность во всех возрастных группах была приблизительно одинакова.

Вывод. Можно рекомендовать трабекулотомию *ab externo* как операцию выбора в первые месяцы жизни ребёнка, больного врождённой глаукомой, исходя из соответствующих характеристик угла передней камеры глаза.

Ключевые слова: врождённая глаукома, наружная трабекулотомия, синусотрабекулоэктомия.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF DIFFERENT METHODS OF CONGENITAL GLAUCOMA SURGICAL TREATMENT CONSIDERING PATIENT'S AGE T.K. Toykuliev. Turkmen State Medical University, Ashgabat, Turkmenistan. **Aim.** To study the effectiveness of antihypertensive operations of trabeculotomy *ab externo* and sinus trabeculoectomy in our modification in patients with congenital glaucoma and to justify its application. **Methods.** The following surgeries were performed: trabeculotomy *ab externo* — on 57 eyes of 51 patients, sinus trabeculoectomy — on 46 eyes of 42 children, classic trabeculoectomy — on 23 eyes of 19 patients, and trabeculoectomy with elements of intrascleral aut drainage in our modification — on 23 eyes of 23 patients. Among them, 22 patients were younger than 1 month, aged from 1 to 6 months — 30, from 6 months to 1 year — 18, from 1 to 3 years — 15 and from 3 to 5 years old — 8 patients. **Results.** Long-lasting hypotension was achieved in 86.95% of patients after sinus trabeculoectomy, in 80.39% of patients after trabeculotomy *ab externo*. The best results were obtained in patients younger than 6 months. In the older age groups, antihypertensive effect of trabeculotomy *ab externo* markedly decreased and was only 50% at the age of 3–5 years. The results after sinus trabeculoectomy were comparable in all age groups. **Conclusions.** Trabeculotomy *ab externo* can be recommended as an operation of choice during the first months of life in congenital glaucoma patients, based on the characteristics of the anterior chamber angle. **Keywords:** congenital glaucoma, trabeculotomy *ab externo*, sinus trabeculoectomy.

Врождённая глаукома — тяжёлая патология органа зрения с малоутешительным прогнозом. Множественность этиологических факторов, патогенетических предпосылок и особенностей клинического течения делают борьбу с этим заболеванием трудной задачей.

Консервативное лечение малоэффективно, и, как правило, прибегают к различным видам хирургического лечения. Из всего арсенала антиглаукоматозных операций чаще всего проводят фистулизирующие операции, реже применяют наружную трабекулотомию, гониотомию или гониопунктуру. Гипотензивный эффект в отдалённом наблюдении всех этих операций достаточно скромнен и, по данным различных авторов, составляет от 65 до 84% [3, 4, 8, 9]. Правда, и эти результаты относительны, поскольку их оценка у разных авторов имеет свои особенности: некоторые из них освещают не-

посредственные результаты операции, другие — только отдалённые [7].

Недостаточную гипотензивную эффективность операций можно объяснить несколькими причинами. Прежде всего, это высокая репаративная активность тканей глаза растущего организма и особенности патологических изменений в дренажной системе глаза. Зная патогенетические характеристики угла передней камеры глаза при врождённой глаукоме, можно предвидеть, что операция трабекулотомии *ab externo* не всегда будет успешной при гониодисгенезе 3-й степени, синехиальных процессах в углу передней камеры, а тем более при различных пороках развития шлемова канала и всей дренажной системы в целом.

Наиболее патогенетически ориентированными, достаточно тонкими и деликатными операциями при врождённой глаукоме являются операции наружной трабекулотомии и гониотомии, но гипотен-