Департамент здравоохранения и социальной защиты населения
Белгородской области
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет
Стоматологическая ассоциация России
Белгородская стоматологическая ассоциация

СТОМАТОЛОГИЯ СЛАВЯНСКИХ ГОСУДАРСТВ

Труды VII Международной
научно-практической конференции

*Под редакцией*

*проф. А.В. Цимбалистова, проф. Б.В. Трифонова,
доц. А.А. Копытова*



Белгород

2014

489

*Слинько Ю.А., Назарян Р.С., Рябоконь Е.Н., Абрамова Л.П.*

СОСТОЯНИЕ ПРО-/АНТИОКСИДАНТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ШКОЛЬНИКОВ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ИМЕЛИ РАЗЛИЧНЫЙ УРОВЕНЬ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ 380
*Стеблянко А.А., Свидло О.А., Худик А.К.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ДИОКСИЗОЛЬ»

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 382
*Стоян Е.Ю., Соколова И.И.*

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ

ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ 384
*Тлустенко В.П., Постников М.А., Волова Л.Т., Розенбаум А.Ю.* КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ И БИОГЕННЫХ

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ 387
*Трезубов В.Н., Булычева Е.А., Алпатьева Ю. В., Львова А.А.*

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ 390

*Трезубов В.Н., Булычева Е.А., Булычева Д.С.*

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

И ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)

С ПОМОЩЬЮ ОПРОСНИКА АЙЗЕНКА 392
*Трифонов Б.В. Олейник Е.А., Бавыкина Т.Ю., Бессмертных Т.В.* КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ

ФАГОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ 393
*Трифонов Б.В., Олейник Е.А., Трифонова М.В., Денисова В.Д.*

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ГАЛИТОЗА 396
*Фадеев Р.А., Пономарева Е.А.*

РАСШИРЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПО СРЕДИННО-НЕБНОМУ ШВУ 398
*Харитонов Д.Ю., Тихонов Е.В.*

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

КОСТЕЙ ЛИЦА У ДЕТЕЙ 401
*Хорошилов К.Ю.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШИНИРОВАНИЯ ЗУБОВ У ЛЮДЕЙ СТРАДАЮЩИХ

САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 405
*Хрынин С.А., Золотницкий И.В., Чикина Н.А., Прокопова М.А.,*

*Морозов М.Б.*

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА ПО ДАННЫМ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У МУЗЫКАНТОВ, ИГРАЮЩХ НА ДУХОВНЫХ ИНСТРОМЕНТАХ, ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 407

384

субъективно выясняли характер боли.. Отсутствие боли оценивали в 0 баллов, наличие слабой боли - в 2 балла, умеренной боли - в 4 балла, сильной боли – в 6 баллов, очень сильной боли – в 8 баллов и нестерпимой боли - в 10 баллов [5].

Результаты и их обсуждение. После проведенного лечения на третьи сутки у пациентов первой группы наблюдалось уменьшение интенсивности боли у 9 человек (64,3%), а у пациентов второй группы – у 6 человек (54.5%). Гноетечение из раны у больных первой группы на третьи сутки уменьшилось у 6 пациентов (42,8%), во второй группе - у 4 пациентов (36,3%). Уменьшение воспалительного инфильтрата на третьи сутки отмечалось у 10 пациентов (71.4%) первой группы, и у 6 пациентов (54,5%) второй группы. Болезненность при выполнении перевязок по вербальной оценочной шкале у пациентов первой группы оценили в 1 балл, что соответствует боли слабой интенсивности, а у пациентов второй группы – в 4 балла, что соответствует боли умеренной интенсивности.

Уменьшение интенсивности боли отмечалось в основной группе на 2,8±0,32 сутки и на 3,1±0,43 сутки в группе сравнения.

Очищение раны от гноя у пациентов первой группы, в комплексном лечении которой был использован препарат «Диоксизоль», отмечен на 2,4±0,34 сутки, а у больных второй группы, где лечение проводилось традиционно - на 3,2±0,41 сутки. Начало эпителизации отмечено у пациентов первой группы на 4,3±0,44 сутки и на 5,1±0,54 сутки у больных второй группы. Сроки стационарного лечения у пациентов первой группы составили 8±1,6 суток, второй группы - 11±1,8 суток.

Выводы. Проведенные нами исследования показали, что препарат «Диоксизоль» при комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области оказал выраженное лечебное действие у всех больных основной группы. По сравнению с традиционным лечением отмечалось уменьшение интенсивности боли и длительности течения болевого синдрома после проведенных хирургических вмешательств, также отмечалось ускорение местного очищения раны, сокращались сроки заживления раны и сроки стационарного лечения больных.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать препарат «Диоксизоль» в комплексном лечении одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ**

***Стоян Е.Ю., Соколова И.И.***

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (МСД ВНЧС) занимает ведущее место среди патологий ВНЧС, один из самых противоречивых диагнозов, отличаясь разнообразием клинических проявлений,

385

в 70-89% случаев не связана с воспалительными процессами и достаточно распространена у лиц молодого возраста – от 27 до 76%, а среди детей и подростков - от 14 до 20%. Диагностика и лечение этих пациентов, понимание патологических процессов, приводящих к ней, остаётся важной проблемой в стоматологии. Рост ее актуальности обусловлен значительным увеличением численности населения имеющего дефекты зубных рядов, патологию прикуса, некоторые последствия терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения.

Нами была поставлена цель, которая заключалась в усовершенствовании дифференцированного подхода к диагностике и выбору лечения пациентов с МСД ВНЧС с учетом степени дисфункциональных проявлений.

Материалы и методы исследований. Под нашим наблюдением на протяжении 11 лет находилось 298 пациентов с МСД ВНЧС: 86 мужчин и 212 женщин, возраст которых варьировал от 18 до 50 лет. Все они были обследованы с использованием тактики всестороннего обследования с акцентом на выяснение анамнеза жизни и заболевания, рода занятий, общего статуса, консультаций смежных специалистов-стоматологов, невропатологов, ортопедов. Степень нарушения в ВНЧС определяли по общепринятым методикам. Рентгенографию ВНЧС проводили в боковой проекции в закрытом и открытом прикусе для сравнительной оценки положения суставной головки, наличия или отсутствия нарушений ее формы, при необходимости использовали 3D диагностику обеих ВНЧС.

Акцентом наших исследований явилось выявление степени тяжести МСД, которую проводили используя клинический индекс Helkimo. С его помощью возможна объективная оценка клинических признаков дисфункции ВНЧС в зависимости от степени выраженности (табл. 1). Распределение пациентов с МСД ВНЧС согласно полу и возрасту представлено в таблице 2.

*Таблица 1*

**Распределение пациентов согласно степени тяжести проявлений МСД ВНЧС
согласно клинического индекса (Hеlkimo, 1974)**

|  |  |
| --- | --- |
| Степень дисфункции | Мужчины Женщины Всего |
| Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Легкая степень дисфункции (1-4балла) | 15 | 17,5 | 28 | 13,2 | 43 | 14,4 |
| Средняя степень дисфункции (5-9балла) | 26 | 30,2 | 89 | 42 | 115 | 38,6 |
| Тяжелая степень дисфункции (10- 25 балла) | 45 | 52,3 | 95 | 44,8 | 140 | 47 |
| Всего 86 100% 212 100% 298 100% |

386

*Таблица 2*

**Распределение пациентов с МСД ВНЧС согласно полу и возрасту**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Возраст | Пол | Всего | % |
| мужчины | женщины |  |
| 18-22 | 26 | 62 | 88 | 29,5 |
| 23-30 | 21 | 46 | 67 | 22,5 |
| 31-35 | 12 | 42 | 54 | 18 |
| 36-40 | 15 | 28 | 43 | 14,5 |
| 41-45 | 9 | 25 | 34 | 11,5 |
| 46-50 | 3 | 9 | 12 | 4 |
| Всего | 86 | 212 | 298 | 100 % |

Результаты и их обсуждение. МСД ВНЧС чаще встречалась у лиц юношеского и молодого возраста (209 человек, 70,1 %) при отсутствии стоматологической и специфической патологий.

Анализ результатов обследования наших пациентов показал, что в проявлениях мышечно-суставной дисфункции ВНЧС (МСД ВНЧС) следует отличать мышечную дисфункцию, которая соответствует легкой степени проявления, мышечно-суставную дисфункцию – средней степени и суставную дисфункцию - тяжелой степени проявления.

Все три вида дисфункций сопровождались различной степенью снижения функциональной активности жевательных мышц, изменением соотношения суставных поверхностей, снижением компенсаторных возможностей мышечно-суставного аппарата, отражая их взаимосвязь и взаимообусловленность, усугубляя степень дисфункции, замыкая так называемый «порочный круг». При этом превалировали женщины молодого возраста от 18 до 35 лет (157 человек - 52,7%), у которых степень дисфункции определялась как средняя или тяжелая дисфункция. Рентгенологически у большинства пациентов (85%) определялась комбинация различной степени сужения суставной щели, тогда как пальпация области прикрепления жевательных мышц была достаточно чувствительной или даже болезненной у всех пациентов с развитием, так называемой, дисфункциональной контрактуры. У отдельных наших пациентов симптомы появлялись спонтанно и также неожиданно исчезали, имея при этом характерную особенность возникать вновь.

Учитывая достаточно неоднозначные и многообразные проявления МСД ВНЧС, возникает вопрос дифференцированного подхода к лечению таких пациентов. В наших случаях мы использовали два лечебно - диагностических аппарата: суставную шину Фаррела TMJ и индивидуальную окклюзионную шину. Исходя из того, что стандартная шина Фаррела является начальной мягкой шиной немедленного лечения МСД ВНЧС, мы применяли её у больных с лёгкой степенью или мышечной дисфункцией на протяжении всего курса лечения и в сочетании с индивидуальной окклюзионной шиной при средней и тяжёлой степени МСД. Как правило, терапия МСД ВНЧС предполагает устранение боли и воспаления и оказывает временное действие, когда как истинная его причина – дисбаланс работы групп жевательных мышц, остается. Для блокировки их напряжения и перестройки миостатического рефлекса мы использовали общеизвестную методику лечения "щелкающего" сустава И.С. Рубинова, которая

387

способствует развитию состояния покоя растянутых тканей сустава и становится возможному возвращение к их нормальному состоянию, создает условия для формирования новых взаимосочетанных рефлексов жевательной мускулатуры. В комплекс лечения нами был включен специально разработанный режим поведения больных и функциональная терапия с В.А. Миняевой и Т.А. Сергеевой при МСД ВНЧС. Важное место в нашем комплексе занимала миогимнастика и массаж группы жевательных мышц и мышц шеи, а при необходимости - массаж мышц воротниковой зоны и спины. Каждого пациента обучали методике выполнения упражнений, которые подбирали индивидуально и они выполнялись больными несколько раз в день (после сна, перед едой, перед разговорной нагрузкой) по 3 - 5 минут в течение 1 - 3 месяцев, в зависимости от степени поражения групп жевательных мышц. Учитывая, что наибольшая нагрузка на компоненты ВНЧС осуществляется именно во время сна, с целью снижения травмирующего воздействия, больным рекомендовали использование суставной шины Фаррела TMJ или индивидуальной окклюзионной шины на ночь, в зависимости от вида МСД ВНЧС.

Оценивая результаты применения комплекса для пациентов с МСД ВНЧС с различной степенью тяжести, мы сделали вывод, что при легкой степени или мышечной дисфункции необходима релаксация жевательных мышц и перестройка миостатических рефлексов при помощи суставной шины Фаррела TMJ на протяжении всего курса лечения; при средней степени или мышечно-суставной дисфункции и тяжелой степени или суставной дисфункции показано устранение болевого симптома и напряжения в жевательных мышцах, блокирование бесконтрольной нагрузки на все компоненты сустава, перестройка миостатических рефлексов путем назначения суставной шины Фаррела TMJ, как мягкой шины немедленного лечения МСД ВНЧС и индивидуальной окклюзионной шины. Комплекс миогимнастики и массажа группы жевательных мышц и мышц шеи, а при необходимости - массаж мышц воротниковой зоны и спины создавали покой растянутых тканей сустава и способствовали возможному возвращению к их нормальному состоянию, создавая условия для формирования новых взаимосочетанных рефлексов жевательной мускулатуры.