

Таблица 1. Ниже представлен фрагмент таблицы проведенных измерений.

Морфометрические параметры	Размеры головы, лица и нёба (в мм) у лиц:				p
	мужского пола		женского пола		
	M	± m	M	± m	
r_{n-ocp}	68,95	0,34	64,03	0,42	< 0,05
Высота нёба	17,23	0,09	16,01	0,11	< 0,05

где r_{n-ocp} – расстояние от точки nasion до окклюзионной плоскости
M – средняя арифметическая величина;
m – средняя ошибка репрезентативности;
p – вероятность возможной ошибки.

Выведенная формула расчета оптимальной высоты твердого неба:

$$H = \frac{r_{n-ocp}}{k},$$

где H – оптимальная индивидуальная высота твёрдого нёба;

r_{n-ocp} – расстояние от точки nasion до точки пересечения линии Дрейфуса с окклюзионной плоскостью пациента;

$k = 4$ – коэффициент оптимальной индивидуальной высоты твёрдого нёба, который равен отношению высоты назо-максиллярного комплекса к оптимальной индивидуальной высоте твёрдого нёба.

Установление в клинике ортодонтии фактического размера высоты твердого неба пациента, который определяется как величина перпендикуляра от наиболее глубокой точки небного свода к линии, соединяющей вершины межзубных сосочков между вторыми премолярами и первыми молярами, и его сравнение с оптимальным значением позволяет определить тактику и направление ортодонтической коррекции с целью достижения оптимальных функциональных и эстетических целей ортодонтического лечения.

Получен патент на изобретение № 2300314

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Левен И.И., Саркисян В.М.

Московский Государственный медико-стоматологический Университет
Москва, Россия

По литературным данным, симптомы заболевания ВНЧС встречаются у 35-55% взрослого населения. Большинство потенциальных пациентов обращаются к стоматологам по поводу синдрома болевой дисфункции ВНЧС. При этом взгляды на этиологию и патогенез данного клинического проявления весьма противоречивы, что является одной из причин затруднения диагностики и лечения. В то же время анатомо-топографические особенности височно-нижнечелюстного комплекса, сложность иннервации, обуславливают иррадиацию боли в различные отделы полости рта, лица, головы и шеи. Отчасти именно эти обстоятельства можно объяснить то, что дифференциальная диагностика и, следовательно, четкое разграничение синдрома болевой дисфункции этого сочленения и других орофациальных болевых синдромов является весьма не простой для практических врачей.

Долгое время учёные разделяли механистическую теорию генеза артропатий, выдвинутую J.B.Costen и его последователями. По ней лечение сводилось к нормализации высоты прикуса путём рационального протезирования либо к внутрисвязочному введению склерозирующих веществ, что устраняло чрезмерную подвижность головки нижней челюсти.

В последней четверти XX века благодаря исследованиям П.М.Егорова, И.С. Карапетяна, D.M. Laskin, L. Schwartz и др. стало известно, что в отличие от других суставов, движения в височно-нижнечелюстном сочленении определяются главным образом мышцами и в меньшей степени связками и формой суставных поверхностей. Наблюдения ряда авторов показали, что нарушение функционального состояния жевательных мышц (гипертонус или спазм) может вызвать изменение соотношения поверхностей диска, головки и суставного бугорка, что приводит к возникновению боли и щёлканья в суставе.

Зачастую парафункция жевательных мышц возникает под действием напряжения центральной нерв-

ной системы и проявляется в виде бруксизма. Лечение таких пациентов должно быть комплексным совместно с невропатологом и психиатром. Используются возможности аутогенной тренировки, иглоукалывания, медикаментозной терапии.

При сборе анамнеза и осмотре пациентов с жалобами на боли в области жевательных мышц и ВНЧС, как правило, определяется чрезмерная подвижность нижней челюсти, что проявляется в виде широкого открывания рта при зевании, откусывания большого куска пищи и т.д.

В комплексном лечении таких пациентов целесообразно ограничение движения в суставе таким образом, чтобы головка нижней челюсти вращалась по своей продольной оси по отношению к диску, а скольжение головки с диском по заднему скату суставного бугорка было минимальным. Одним из методов, позволяющих добиться этого, является лечебная гимнастика. До усвоения всех упражнений занятия проводятся инструктором или врачом 3-4 раза в день. Затем больной выполняет упражнения самостоятельно, и число занятий доводят до 5-8 раз в день. Но данные лечебные мероприятия не всегда являются приемлемыми для пациента, поскольку требуют значительного количества свободного времени, дисциплинированности и "заикливания" больного на выполнение определенных установок.

Кроме того, для ограничения степени открывания рта предложен целый ряд ортопедических приспособлений и конструкций, однако все они имеют существенные недостатки.

В частности, аппараты Шрёдера и К.С. Ядровой по сути представляют пластмассовые надесневые шины, ограничивающие экскурсию нижней челюсти за счёт пелотов, упирающихся в передний край обеих её ветвей. Предложенные конструкции являются громоздкими, съёмными, имеют неудовлетворительную фиксацию и стабилизацию, часто вызывают травму слизистой оболочки в местах упора пелотов.

Аппарат Ю.А. Петросова и соавт. в различных модификациях состоит из нескольких спаянных между собой ортодонтических коронок на зубах верхней и нижней челюстей, к одним из которых посредством оси с резьбой крепится направляющая, а к антагонистам – втулка, в которой с возможностью скольжения и ограничения хода установлена направляющая. Для регулирования степени смещения нижней челюсти предусмотрен ряд отверстий в направляющей и несколько гаек. Как следует из описания, аппарат имеет сложное строение, присутствие его в полости рта вызывает ряд отрицательных эмоций у пациентов, а для изготовления необходим лабораторный этап, что приводит к материальным затратам и потере времени.

Взяв за основу метод временной иммобилизации челюстей, описанный R.H. Ivy (Айви), мы предложили оригинальный, более простой способ ограничения открывания рта у пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Для этого в боковых отделах верхней

и нижней челюстей изготавливается лигатурная повязка по Айви, как правило, на стороне более выраженной подвижности в суставе. Затем через петли проволочных лигатур продевают толстую шёлковую нить и индивидуально подбирают межчелюстное расстояние до клинических проявлений щелчка, боли, определяемых визуально либо пальпаторно. Длину нити фиксируют хирургическим узлом в соответствии с найденным межчелюстным расстоянием. При этом сама проволочная лигатура и ограничивающая открывание рта шёлковая нить пациентами в полости рта практически не ощущается и не вызывает нарушения функции жевания и речи.

Используя данный метод ограничения экскурсии нижней челюсти, мы наблюдали 15 пациентов с синдромом болевой дисфункции ВНЧС. Лечение продолжали в среднем в течение месяца с еженедельным контрольным осмотром, во время которого производилась смена нити. Одновременно назначали курс физиотерапевтического лечения. После удаления конструкции у всех пациентов открывание рта установилось на заданном при лечении уровне, что создавало покой для жевательных мышц, связок и других элементов сустава и привело к длительной ремиссии болевой дисфункции. Как следствие, пациенты отмечали улучшение: боль и щёлканье значительно уменьшились либо полностью исчезли. К отрицательному моменту можно отнести то, что некоторые пациенты во время жевания перетирали шёлковую нить, и её приходилось заменять новой раньше намеченного срока.

Следует отметить, что достоинствами указанного метода являются простота изготовления (в течение 15 минут в стоматологическом кресле), минимальные размеры конструкции, что более удобно для пациентов, а также экономическая доступность.

ПРОГНОЗ ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ ОТ ДОЛИ УЧАСТИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ, СОДЕРЖАЩЕЙ ВЫСОКИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ФТОРА, С ПОМОЩЬЮ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ СТАТИСТИКИ

Лошакова Л.Ю., Куприна И.В.,

Киселев Г.Ф., Кирейчук В. П.

*ГОУ ВПО Кем ГМА Росздрава, кафедра детской
стоматологии
Кемерово, Россия*

Одной из причин возникновения флюороза при низком содержании фтора в питьевой воде (0,2-0,3 мг/л) могут являться минеральные воды, содержащие высокие концентрации фтора. Так бесконтрольное потребление минеральной воды «Борисовская», содержание ионизированного фтора в которой достигает в среднем $7,392 \pm 0,013$ мг/л, привело к возникновению флюороза у детей села Борисово Кемеровской области, где располагается источник данной минеральной воды.