

2. Гайдукевич Г.А. Стрес і агресивна поведінка / Г.А. Гайдукевич // Наука і освіта. – 2000. – № 1-2. – С. 164-165.
3. Измеров Н.Ф. Условия труда как фактор риска развития заболеваний и смертности от сердечно-сосудистой патологии / Н.Ф. Измеров, Г.П. Сквирская // Бюллетень ВСНУ СО РАМН. – 2005. – № 2 (40). – С. 14-20.
4. Куцевляк С.В. Профессиональные повреждения и заболевания врача-стоматолога / С.В. Куцевляк // Международный медицинский журнал. – 1998. – № 4. – С. 110-112.
5. Чернина О. В., Ярова С. П. Роль вегетативной нервной системы в развитии патологических процессов полости рта / О.В. Чернина, С.П. Ярова // Современная стоматология. – 2001. – № 2. – С. 18–20.
6. Christensen G.J. Enjoying life as a dental professional // J. Amer. Dent. Ass. - 2003. - Vol. 134, № 6. - P. 763-765.
7. Rada R.E., Johnson-Leong Ch. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists // J. Amer. Dent. Ass. - 2004. - Vol. 135, №26. - p. 788-794.

Резюме

### ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЛІКАРІВ-СТОМАТОЛОГІВ ПІСЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИЙОМУ

Мельникова С. В., Запорожець Т. М., Санік О. В.

Вивчено стан вегетативної нервової системи у лікарів-стоматологів після амбулаторного прийому. У більшості з них виявлені зміни вегетативної реактивності і переважання недостатнього вегетативного забезпечення фізичної діяльності, що є ознакою психо-емоційного напруження і формування синдрому вегетативної дистонії.

Ключові слова: вегетативний тонус, синдром вегетативної дистонії, амбулаторний прийом стоматолога.

Стаття надійшла 21.02.2011 р.

### FUNCTIONAL STATE OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN DENTIST AFTER OUTPATIENT WORK.

Melnikova S.V., Zaporozhets T.N., Sanyk A.V.

The state of the autonomic nervous system in dentists after outpatient work was studied. Most of dentists have revealed changes in autonomic reactivity and the prevalence of inadequate vegetative support of physical activity, which is a sign of psycho-emotional stress and the formation of vegetative dystonia syndrome.

Key words: autonomic tone, vegetative dystonia syndrome, an outpatient appointment with the dentist.

УДК 616.724-073.75-001.6

Мельникова С.В., Запорожець Т.М., Санік О.В.  
ВДНЗУ "УМСА" (Крайське медичне стоматологічне училище), м. Поділля

### ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ В ЛІКУВАННІ ГІПЕРМОБІЛЬНОСТІ СУГЛОБОВОЇ ГОЛОВКИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

На підставі оцінки механізмів розвитку гіпермобільності суглобної голівки СНЩС, які включають функціональну дискоординацію роботи жувальних м'язів, м'язів шиї, виділено три ступені гіпермобільності: легка, середня, важка. Аналіз віддалених результатів показав, що в 86,6% пацієнтів з легким ступенем, в 84,7% - із середнім й в 77,8% - з важким ступенем гіпермобільності суглобної голівки проведений комплекс мануальних, фізичних і фізіотерапевтичних заходів виявився ефективним.

**Ключові слова:** скронево-нижньощелепний суглоб, гіпермобільність суглобової голівки, лікування.

Стаття виконана відповідно до плану науково дослідницьких робіт по комплексній ініціативній темі ВДНЗУ "УМСА" - Оптимізація профілактики і лікування стоматологічних захворювань (державний реєстраційний номер 0106U003237).

Впродовж останніх 20-30 років відзначається підвищена увага вітчизняних і зарубіжних науковців до захворювань скронево-нижньощелепних суглобів (СНЩС). Це обумовлено тим, що клінічні ознаки суглобових дисфункцій, згідно з публікаціями провідних фахівців, можна виявити у 14-40 % усього населення, а в останні 15 років патологія СНЩС займає третє місце після карієсу і захворювань пародонту серед уражень зубо-щелепної системи [6]. Проблема лікування і реабілітації пацієнтів з симптомами м'язово-суглобової дисфункції СНЩС знаходиться в прямій залежності від розуміння процесів патоморфоза їх виникнення. При виборі методу лікування лікарі, як правило, основну увагу приділяють локальним проявам дисфункції (обмежене або надмірне відкривання рота, болі і звукові явища в ділянці СНЩС та ін.), що при проведенні лікувальних заходів зазвичай не призводить до бажаного результату. Це пов'язано з тим, що не враховуються особливості функціональних і морфологічних порушень в окремих компонентах СНЩС і прилеглих до нього анатомічних утворень [6]. При гіпермобільності суглобової голівки СНЩС, яка зазвичай буває односторонньою і виникає при широкому відкриванні рота під час лікування або видалення молярів на нижній або верхній щелепі (особливо "зубів мудрості"), обробці дистальних зубів для ортопедичних конструкцій і знятті відбитків, застосуванні роторозширювачів, проведенні інтубації на тлі перевантаження м'язово-суглобового компоненту можливі uszkodження їх окремих елементів, що супроводжується больовим симптомом, порушенням структурно-

функціональних зв'язків з симетричним суглобом [4]. Крім того, в механізмах розвитку гіпермобільності суглобової голівки СНЩС окрім дискоординаторних порушень функціонування жувальних м'язів необхідно враховувати подібні порушення з боку м'язів шії, сфенобазиллярного синхондрозу і фізіологічної рухливості скроневої кістки. Гіпертонус скроневого м'яза при емоційному стресі, дисфункції СНЩС може викликати компресію скронево-тім'яного шва "ножицеподібне" зміщення шва. Клінічно виявляється болісність при пальпації шва і головний біль. Гіпермобільність суглобової голівки супроводжується вираженими структурно-функціональними порушеннями в опорно-руховому апараті в цілому [1].

**Метою** роботи була розробка комплексної методики лікування гіпермобільності суглобової голівки СНЩС на підставі аналізу результатів клінічних проявів, аксіографії і рентгенографії обох суглобів.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами спостерігалось 89 пацієнтів з явищами гіпермобільності голівки нижньої щелепи. Жінок було 81, чоловіків - 8. Середній вік хворих - 35,6 3,2 років. Методи дослідження : загальноклінічні, стоматологічні, рентгенологічні, мануальне тестування, аксіографія, електроміографія жувальних м'язів, спіральна комп'ютерна томографія (при необхідності). При огляді оцінювали симетрію лица, положення голови, верхньовнутрішніх кутів лопаток, плечей, ключиць, тазу. Пальпували хребет і паравербальні точки, шви черепа, СНЩС, жувальні і шийні м'язи. Аналізували паралельність плечового і тазового поясів [2]. На ортопантомограмах вимірювали довжину гілок нижньої щелепи. На томограмах обох СНЩС оцінювали кісткові елементи, розміри суглобових щілин в звичній оклюзії, при відкритому роті. При клінічних ознаках дислокації суглобового диска (девіація нижньої щелепи, "реципроктне клацання" та ін.). Аксіографія дозволяла визначити момент вправлення голівки. Для вивчення рентгенологічно визначуваних порушень з боку суглобової щілини робилися виміри її в трьох основних позиціях [7]. У складних випадках діагностики проводили МРТ дослідження: визначали ступінь зміщення диска (часткове або повне), положення диска по відношенню до суглобової голівки в різні фази відкривання рота.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У всіх 89 обстежених пацієнтів діагностована гіпермобільність суглобової голівки з вираженими в тій або іншій мірі симптомами м'язово-суглобової дисфункції. При опитуванні виявлені наступні скарги: болі в привушно-жувальній області, суглобовий шум, надмірна амплітуда рухів нижньої щелепи, головний біль, асиметрія лица. У 31 пацієнта відмічена наявність різних змін хребта, з приводу яких вони проходили лікування (фізіотерапія, масаж, міогимнастика). Проведене лікування було малоєфективне. При огляді виявлені наступні порушення опорно-рухового апарату: порушення осанки, гіпотрофія м'язів, гіпермобільність суглобів верхніх кінцівок, викривлення хребта (сколіоз), асиметрія положення плечей, лопаток, плоскостопість. Асиметрія лица виявлена у 25 из 89 пацієнтів за рахунок асиметрії розвитку кісток лицевого скелета, асиметрії тонуса власне жувальних і скроневих м'язів. Більше ніж у половини пацієнтів була болісна пальпація зовнішнього крилоподібного м'яза, краніальних швів (особливо скронево-основного і потилично-сосцеподібного).

При локальному обстеженні виявлялась болючисть в ділянці суглоба у 85,7% хворих, надмірне відкривання рота - більш ніж на 5,5 мм між центральними різцями щелеп – у 82,8% хворих, шумові явища – у 100% хворих, дискомфорт при жуванні - у 65,7% хворих. Міальгія та артралгія спостерігались у 71,4% хворих. Їх локалізацією частіше за все була ділянка суглобу (37,7% хворих), а також власне жувальний та латеральний крилоподібний м'яз (33,7%). Клінічний аналіз дав можливість виявити залежність між станом прикусу та можливістю виникнення неповного вивиху СНЩС. Пацієнти в більшості своїй (94,3%) мали прикус з великим різцевим перекриттям (75,1%) або прямий (19,2%). При обстеженні зубних рядів спостерігалось зміщення середньої лінії нижньої щелепи до 1-3 мм (в правий бік у 20% хворих, в лівий у 80% хворих). У 75% хворих спостерігалась зигзагоподібна траєкторія руху нижньої щелепи при відкриванні рота, у 25% - східчаста. При пальпації голівки СНЩС у більшій частині хворих (75%) спостерігалась її значна екскурсія за межі суглобового бугорку. При оцінці форми суглобових головок симетричних суглобів по висоті і ширині на рентгенограмах майже у всіх обстежених, включаючи контрольну групу, відзначалась їх асиметрія. Звертає на себе увагу достовірне звуження суглобової щілини в передніх відділах і розширення в задніх в порівнянні з протилежною стороною у всіх пацієнтів з односторонньою гіпермобільністю суглобової голівки. За результатами клінічного, функціонального і рентгенологічного досліджень СНЩС нами виділені три ступені гіпермобільності : легка (45 хворих), середньої тяжкості (26 хворих), тяжка (18 хворих). Для хворих з легким ступенем гіпермобільності суглобової голівки - (45 чоловік) - лікування розпочинали з легкого масажу всіх груп жувальних м'язів. Після цього, при широко відкритому роті пацієнта, коли суглобові голівки розташовувались на передньому скаті суглобового горбка, надавлювали на підборіддя долонною поверхнею кісті знизу по напрямку до СНЩС (рис 1). При цьому пацієнт відчував легкий ляскіт в ділянці ураженого суглобу. Одночасно відновлювалась динамічна оклюзія, усувалась дисфункція жувальних м'язів та шумові явища в суглобі. Хворим рекомендувався охоронний режим у вигляді обмеження відкривання рота на 7-10 днів. При середньому ступені гіпермобільності, разом з ручною репозицією головок ВНЧС, проводили вібраційний масаж скроневих, власне жувальних м'язів, м'язів шії (підшкірного, трапецевидного, грудино-ключично-сосцеподібного). Для усунення функціональних блоків в сегментах шийного відділу хребта використовували класичні методи мануальної терапії натисненням на остисті і поперечні відростки хребців. Охоронний режим для жувальних м'язів складав 10 - 15 днів. Хороший функціональний і знеболюючий ефект давало застосування флюктуюючих струмів на ділянку суглоба і жувальних м'язів в кількості 7-10 сеансів. При тяжкому ступені гіпермобільності суглобових головок СНЩС описаний вище комплекс заходів доповнювали м'якою краніальною тракцією (тиском на кути нижньої щелепи, яка передається на суглобову ямку скроневої кістки, збільшуючи її фізіологічну рухливість в темпоро-базиллярних швах) і каудальною тракцією нижньої щелепи при закритому роті пацієнта легкими зусиллями, що дають, на відділ підборіддя нижньої

щелепи в дистальному напрямі, яке дозволяє не лише коригувати положення голівки в суглобовій ямці, опосередковано впливати на потиличну кістку, але і посилювати обмін рідини в порожнині черепа [3].



Рис.1. Схематичне зображення ручної репозиції суглобової голівки нижньої щелепи.

На завершуючому етапі лікування цієї групи хворих застосовували прийоми лікувальної фізкультури, яка включає релаксацію усіх груп жувальних м'язів і м'язів шії. Усе це доповнювалося електростимуляцією м'язів флюктуючими струмами, що дозволяло поліпшити стан мікроциркуляторного русла в ділянці суглоба, усунути патологічну пропріорецептивну імпульсацію, регулювати тонус м'язових волокон і зміцнювати сумочно-зв'язковий апарат [5]. Аналіз віддалених результатів лікування наших хворих (від 9 місяців до року) показав, що у 86,6% пацієнтів з легким ступенем, у 84,7% - із середнім і у 77,8% - з тяжкою гіпермобільністю суглобових голівок проведений комплекс мануальних, фізичних і фізіотерапевтичних заходів виявився ефективним, рецидивів захворювання не спостерігалось.

#### Бібліографія

1. Лікування хворих з патологією ВНЧС зобов'язує кожного фахівця нашої професії враховувати усі сторони патогенезу захворювання, що має місце, характер функціональних і морфологічних порушень не лише з боку усіх компонентів СНЩС, але і прилеглих до нього анатомічних структур.
2. Поєднання стоматологічної терапії з методами лікування остеопатії дозволяє добитися стабільних результатів лікування гіпермобільності суглобової голівки, зменшуючи ризик можливих ускладнень.

#### Література

1. Бугровецкая О.Г. Мануальная диагностика и мануальная терапия при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава /О.Г.Бугровецкая, В.В.Юров // Рефлексотерапия. —2003. —№3.—С.13–15.
2. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая биомеханика и патобиомеханика). Л.Ф. Васильева — СПб.: ИКФ Фолиант, 1999. — 400 с.
3. Васильева Л.Ф. Патобиомеханика стоматогностической системы /Л.Ф.Васильева, Г.Д.Вяземская //.-М.-2005.-136 с.
4. Рибалов О.В. Анатомо-функціональна нестабільність скронево-нижньощелепного суглоба./ О.В. Рибалов, І.В.Яценко // Галицький лікарський вісник, 2005. - № 3. - с. 82 – 83.
5. Севрюгина Г.В. Кинезиотерапия ВНЧС / Г.В. Севрюгина // Практическое решение проблем височно-нижнечелюстного сустава. Материалы 3-тей межрегиональной научно-практической конференции.- Днепропетровск, 2010.-с.42-44.
6. Хватова В.А. Гнатологические принципы в диагностике и лечении патологии зубочелюстно-лицевой системы. /В.А. Хватова // Новое в стоматологии — 2001. — спец. вып. №1. — 95 с.
7. Ужумецкене И.И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава при некоторых нарушениях зубочелюстной системы /И.И. Ужумецкене // Клиника и лечение врожденных и приобретенных дефектов челюстно-лицевой системы. -Калинин, 1969.- С. 90 – 93.

#### Усвідомлення

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВНОЙ ГОЛОВКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Москаленко П.А., Рыбалов О.В., Яценко О.И.**

На основании оценки механизмов развития гипермобильности суставной головки ВНЧС, которые включают функциональную дискоординацию работы жевательных мышц, мышц шеи выделено три степени гипермобильности: легкая, средняя, тяжелая. Анализ отдаленных результатов показал, что у 86,6% пациентов с легкой степенью, у 84,7% - со средней и у 77,8% - с тяжелой степенью гипермобильности суставной головки проведенный комплекс мануальных, физических и физиотерапевтических мер оказался эффективным.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, гипермобильность суставной головки, лечение.

Стаття надійшла 25.02.2011 р.

**PATHOGENETIC ASPECTS AT TREATMENT OF HYPERMOBILITY OF THE ARTICULATE HEAD OF MANDIBLE**

**Moskalenko P.A., Rybalov O.V., Yatsenko O.I.**

We have estimated mechanisms of development of hypermobility of the articulate head of TMG. They included: functional problems with co-ordination works of chewing muscles, muscles of a neck. It has been allocated three degrees of hypermobility: easy, average and heavy. The analysis of results remote has shown, that at 86,6 % of patients with an easy degree, At 84,7 % -with an average degree, At 77,8 % -with a heavy degree that manual complex, physical and physiotherapeutic purposes appeared very effective.

Key words: temporomandibular joint, hypermobility of the articulate head, treatment.

УДК 616.1/4, 616.1, 61:577.1

А.В. Мусаева  
Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Мамедова, г.Баку

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ ЖЕНСКОГО ПОЛА ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Были обследованы 952 женщины 20-59 лет из вынужденных переселенцев. Большинство лиц имели нормальное или оптимальное артериальное давление. Распространенность АГ в обследованной нами популяции составила 30,5%. Анализ показал, что преобладала АГ III степени. У лиц с АГ эта патология была впервые выявлена у 1/3 обследованных. Гипотензивную терапию принимали 2/3 лиц с АГ. Изолированная систолическая артериальная гипертензия регистрировалась у 1/3 женского пола. Таким образом, в обследованной нами популяции имеет место неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, обусловленная низким уровнем выявляемости АГ и ее адекватной коррекции.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, структура артериальной гипертензии, эпидемиология

На современном этапе медицины артериальная гипертензия (АГ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной теоретической и практической медицины. Она признана самым распространенным хроническим неинфекционным заболеванием в экономически развитых странах. Согласно данным эпидемиологических исследований в России АГ страдают около 30 млн. человек, что составляет 25-30% населения в целом [1]. АГ является основным фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротической природы, включая сердечную недостаточность, мозговую инсульт, ишемическую болезнь сердца (ИБС) и патологию периферических артерий. [4,9] По распространенности тяжести осложнений, АГ является одной из главных медико-социальных проблем современного человечества. [2,3,6,8], а сердечно-сосудистая патология остается основной причиной инвалидизации и смертности населения большинства высокоразвитых стран. [5,7].

**Целью** работы было изучить структуру АД и АГ среди женского населения трудоспособного возраста вынужденных переселенцев.

**Материал и методы исследования.** Были обследованы 952 женщины 20-59 лет из вынужденных переселенцев. На каждую женщину заполнялась анкета-опросник Всероссийского Государственного Центра профилактической медицины (Москва), где одной из составных частей был раздел посвященной артериальной гипертензии. ЭКГ - исследование проводилось в покое, в 12-ти общепризнанных отведениях с последующей кодировкой по Миннесотскому коду. Вычисляли росто-весовой показатель (индекс Кетле), кг/м<sup>2</sup>. В плазме крови, при условии 12-14 часового голодания определяли среднюю концентрацию холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерол липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерол липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Артериальное давление измеряли в покое, сидя, после 10-ти минутного отдыха ртутным сфигмоманометром. Выделяли: – оптимальное АД, где оно было <120/80 мм рт. ст.; – нормальное АД, если систолическое АД (САД) > было в пределах 121-129 мм рт. ст. и/или, диастолическое АД (ДАД) от 81 до 84 мм.рт.ст.; – нормальное повышенное, если САД находилось в пределах от 130 до 139мм рт. ст. и/или ДАД от 85 до 89 мм рт. ст. Артериальную гипертензию устанавливали в том случае, если САД ≥140мм рт. ст. и/или ДАД ≥90 мм рт. ст., а также, если обследуемый за последнюю неделю принимал гипотензивные препараты,