

УДК 616.43;616-008.9;616.39

Тагиева Ф.А.

ОЖИРЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

В статье приводятся данные литературы по вопросу влияния ожирения на женское репродуктивное здоровье. С избыточным весом отчётливо связано многократное повышение риска развития артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, атеросклероза и ишемической болезни сердца. Первичные формы ожирения сопровождаются метаболическими нарушениями и патологическим функционированием репродуктивной системы. В активном репродуктивном возрасте чаще развивается послеродовое ожирение после патологических родов, в преобладающем большинстве случаев связанное с эндокринными факторами. Беременность, роды и ранний послеродовой период у женщин, страдающих ожирением, протекают с большим числом осложнений. Количество беременных, страдающих ожирением, составляет 15-38%. Различные осложнения беременности встречаются у 80,8-84,0% беременных с ожирением. Наиболее часто наблюдаются осложнения при сочетании гестоза с ожирением: многоводие, несвоевременное отхождение околоплодных вод, гипотонические кровотечения, аномалии родовой деятельности. На втором месте по частоте возникновения стоит угроза прерывания беременности, как в ранние, так и в поздние сроки. При ожирении у матери также возрастает частота неблагоприятных исходов для плода и новорождённого. Таким образом, ожирение, оказывая негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, является серьёзной акушерской проблемой.

Ключевые слова: ожирение, репродуктивное здоровье, беременность.

Ожирение - это избыточное накопление жировой ткани в организме, характеризующееся нарушением липидного и углеводного обмена с последующими патологическими изменениями. Ожирение может быть самостоятельным полиэтиологическим заболеванием, либо синдромом, развивающимся при различных заболеваниях [9, 13]. Данная патология может быть вызвана воздействием как внешних, так и внутренних причин, которые обуславливают несоответствие количества поступающего с пищей энергетического материала величине расходуемой организмом энергии. Считается, что в 35-50% случаев ожирение связано с воздействием факторов внешней среды и с генетическими факторами [7, 23]. В литературе имеется большое количество сообщений, посвященных ожирению, особенно абдоминального типа, сочетающемуся, как правило, с комплексом гормональных и метаболических нарушений, объединенных в понятие «метаболический синдром» [3, 10, 15, 16, 20]. На распределение жира могут влиять и негенетические детерминанты: стероидные гормоны, кортизол, инсулин. Есть данные о связи развития ожирения с беременностью, когда ожирение появляется и развивается после первой беременности [4, 14].

В экономически развитых странах как минимум 30% населения имеет избыточную массу тела [21]. В настоящее время в большинстве стран Западной Европы ожирением страдает от 10 до 25% населения, в США - от 40% [21]. Актуальность проблемы ожирения заключается ещё и в том, что количество лиц, имеющих избыточный вес, прогрессивно увеличивается.

Несмотря на столь важную проблему, современное состояние профилактики и лечения ожирения остаётся неудовлетворительным, что во многом обусловлено неполнотой знаний этиологии и патогенеза ожирения. Этиопатогенети-

ческая классификация подразделяет ожирение на первичные и вторичные формы [13]. Вторичное или симптоматическое ожирение включает в себя эндокринно-метаболическое ожирение (ожирение при синдроме Кушинга, при гипотиреозе, при акромегалии и при инсуломе), и церебральное ожирение, связанное с заболеваниями и поражением головного мозга [13]. Первичное ожирение, на долю которого приходится 90-95% всех случаев заболевания, в свою очередь подразделяется на алиментарно-конституциональную и нейроэндокринную (гипоталамическую) формы [7, 13]. В последние годы наметилась тенденция подразделять ожирение по признаку распределения жира на абдоминальное, когда основная масса жира расположена в брюшной полости, на передней брюшной стенке, туловище, шее и лице (мужской или андронидный тип ожирения) и глютеофemorальное - с преимущественным отложением жира на ягодицах и бедрах (женский или гиноидальный тип ожирения) [7, 10, 13].

О роли возрастных факторов в развитии ожирения существуют разноречивые мнения [3, 7, 10]. У женщин в два раза чаще, по сравнению с мужчинами, ожирение формируется в более молодом возрасте [2, 7, 10]. Однако уже среди девушек в возрасте 16-19 лет больных ожирением достаточно много (28,5%), а длительность ожирения, несмотря на молодой возраст, у 50% превышает 10 лет [2, 6].

С избыточным весом отчётливо связано многократное повышение риска и частоты развития артериальной гипертензии, инсулиннезависимого сахарного диабета, атеросклероза и ишемической болезни сердца [7, 9, 13]. Первичные формы ожирения, независимо от этиологических факторов, сопровождаются метаболическими нарушениями и патологическим функционированием репродуктивной системы [2].

До настоящего времени не установлено, какие из факторов являются решающими в возникновении или прогрессировании ожирения и как это влияет на морфофункциональные характеристики репродуктивной системы. Многие аспекты патогенеза, классификации и влияния ожирения на здоровье в целом и на репродуктивное здоровье у женщин в частности остаются дискуссионными [3, 11, 24]. Это относится, прежде всего, к женщинам активного репродуктивного возраста. Так, если ранее критическим по развитию ожирения считался возраст 30-36 лет, то в последние годы указанная патология часто формируется у женщин в возрасте 20-25 лет [2, 6].

В настоящее время установлено, что ожирение оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье девочек-подростков [6]. У женщин с ожирением нарушение менструальной функции наблюдается от 30% до 59,2%, а снижение репродуктивной способности до 63,1% [2, 14]. Развитие нерегулярных менструальных циклов, гипоменструальный синдром и вторичная аменорея, ациклические кровотечения часто наблюдаются у женщин с ожирением [2, 6, 14].

В активном репродуктивном возрасте чаще развивается послеродовое ожирение после патологических родов, в преобладающем большинстве случаев связанное с эндокринными факторами [8]. Нередко ожирение развивается уже в период беременности и прогрессирует после родов. Частота послеродового нейроэндокринного синдрома достигает 38% [16, 20].

Климактерический период сопровождается увеличением массы тела у 70-80% женщин [6]. При этом ожирение прогрессирует в течение 1-2 лет, масса тела увеличивается на 20-30 кг. При ожирении отмечается более раннее угасание функции яичников, климактерий наступает на 4 года раньше и сопровождается повышением уровня ФСГ, снижением эстрадиола и эстрона [18].

Беременность, роды и ранний послеродовой период у женщин, страдающих ожирением, протекают с большим числом осложнений. Количество беременных, страдающих ожирением, составляет 15-38% [4]. Среди беременных с ожирением преобладают женщины в возрасте 21-25 лет - 30-32% и в возрасте 26-30 лет - 26-30% [11, 12].

Акушерская патология у женщин с ожирением является следствием нарушения адаптивных и компенсаторно-защитных механизмов, дисбалансом деятельности регуляторных систем, нарушением нейрогуморальных соотношений, развитием клинко-метаболического синдрома и синдрома иммунологической дисфункции. Различные осложнения беременности встречаются у 80,8-84,0% беременных с ожирением, что почти в 2 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела [1, 12, 16]. У 49,3% беременных с ожирением появляется необходимость госпитализации в связи с осложнениями и/или для подготовки к родоразрешению [19].

Наиболее часто наблюдаются осложнения при сочетании гестоза с ожирением: многоводие, несвоевременное отхождение околоплодных вод, гипотонические кровотечения, аномалии родовой деятельности [8]. Тяжелые формы гестоза у женщин, страдающих ожирением, встречается в 3 раза чаще, чем у беременных с нормальной массой тела [8]. При сочетании ожирения с гипертонической болезнью поздний гестоз развивается у 100% беременных [8]. Для клинической картины позднего гестоза, сочетанного с ожирением, характерны стёртость течения, увеличение малосимптомных форм заболевания, затрудняющих выявление ранних стадий болезни, приводящих к несвоевременной госпитализации. Прогрессирующее ожирение у беременных приводит к возникновению тяжёлых форм гестоза, требующих досрочного родоразрешения [8, 17]. У беременных с гестозом на фоне ожирения гиповолемия до родов и в послеродовом периоде носит более выраженный характер, нежели у женщин с гестозом без ожирения. Выраженность гиповолемии усиливается по мере увеличения массы тела. Ожирение усугубляет уже имеющиеся при гестозе волевические расстройства [8].

На втором месте по частоте возникновения стоит угроза прерывания беременности, как в ранние, так и в поздние сроки [20, 22]. Кроме описываемых осложнений гестационного периода следует отметить также, что у тучных женщин беременность длится в среднем на 11 дней дольше, а перенашивание встречается в 2-3 раза чаще, чем у женщин с нормальной массой тела [22, 25]. Частота слабости родовой деятельности, по данным литературы, колеблется от 5 до 17,3% [4, 11]. Известно, что патологическая кровопотеря в родах является частым осложнением при ожирении [16].

При ожирении у матери также возрастает частота неблагоприятных исходов для плода и новорождённого [1, 5, 17, 19]. Снижение массы тела новорождённых при ожирении является результатом прогрессирующей плацентарной недостаточности, ведущей к некоторому отставанию в развитии плода [17]. Ожирение беременной является фактором риска развития хронической внутриутробной гипоксии плода за счет раннего формирования фетоплацентарной недостаточности. Эндокринные нарушения, характерные для ожирения, влияют на фетоплацентарное кровообращение, способствуя развитию патологии плаценты [16, 20]. В основе возникновения хронической внутриутробной гипоксии плода, а также диссоциаций в его развитии у беременных с избыточной массой тела лежит нарушение маточно-плацентарно-плодового кровообращения [16, 20].

Таким образом, стабильно высокий удельный вес тучных женщин репродуктивного возраста дает основание считать проблему ожирения одной из важных проблем здоровья женщин ре-

продуктивного возраста. Можно утверждать, что ожирение, оказывая негативное влияние на репродуктивное здоровье женщин, является серьезной акушерской проблемой.

Литература

1. Белоцерковцева Л.Д. Состояние углеводного и жирового обмена и риск перинатальной патологии у беременных с ожирением / Л.Д. Белоцерковцева // Вестн. новых мед.технологий. – 2008. – № 2. – С. 55–60.
2. Белоцерковцева Л.Д. Особенности метаболического синдрома у женщин в различные периоды жизни: патогенез, клиника, диагностика, лечение : учеб.пособие / Л.Д. Белоцерковцева. – Москва : «Акад. естествознания», 2010. – 120 с.
3. Беляков Н.А. Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника) / Н.А.Беляков - СПб. : Издательский дом СПбМАПО, 2005. -440 с.
4. Бериханова Р.Р. Особенности течения беременности и родов у пациенток с ожирением / Р.Р. Бериханова // Акушерство и гинекология. - 2007. - № 6. - С. 9-12.
5. Бойко В.И. Влияние метаболического синдрома на перинатальные исходы родоразрешения / В.И. Бойко, Д.В. Кравцов. – Украина : РУМО, 2009. – 49 с.
6. Всемирная Организация Здравоохранения : Здоровье девочек и женщин [Электронный ресурс] // Информ. бюл. № 334. – 2013. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/ru>.
7. Гармонова Н. А. Ожирение как медико-социальная проблема течения беременности и родов / Н.А. Гармонова, Ю.В. Раскुरатов // Верхневолжский медицинский журнал. - 2006. - Т. 4, вып. 1-2. - С. 15-17.
8. Гармонова Н. А. Оптимизация прогнозирования гестоза у беременных с ожирением / Н.А. Гармонова, Г.М. Зубарева, Ю.В. Раскुरатов // Вестник Российского мед.ун-та. - 2007. - № 4 (57). - С. 47-50.
9. Гинзбург М.М. Ожирение и метаболический синдром / М.М. Гинзбург, Н.Н. Крюков. - М. : Медпрактика, 2008. – 124 с.
10. Калинин С.Ю. Ожирение и метаболический синдром у мужчин / С.Ю. Калинин. – Москва : Практ. медицина, 2014. - 126 с.
11. Левитина Е.В. Особенности течения метаболического синдрома у беременных / Е.В. Левитина, А.Н. Шишкин, Д.А. Ниаури // Вестник Санкт-Петербургского Университета. - СПб., 2009. - Сер. 11, Вып. 4. - С. 259-267.
12. Макаров И.О. Течение беременности и родов у пациенток с ожирением / И.О. Макаров, Е.И. Боровкова, М.А. Байрамова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. - № 1 – С. 23-28.
13. Мельниченко Г.А. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика / Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцева. – Москва : Мед.информ. агентство, 2006. – 43 с.
14. Мишарина Е.В. Ожирение и репродуктивная система женщины: пособие для врачей / Е.В. Мишарина, Н.В. Боровик, В.В. Потин. – Санкт-Петербург : Н-Л, 2010. – 68 с.
15. Пинхасов Б.Б. Метаболический синдром у женщин с разными типами ожирения / Б.Б. Пинхасов // Вестн. НГУ. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 36–43.
16. Савельева И.В. Беременность и метаболический синдром / И.В. Савельева, В.Н. Серов, С.В. Баринов, Т.И. Долгих – М. : Адамас, 2013. – 159 с.
17. Седергрэн И.М. Материнское патологическое ожирение и риск неблагоприятного исхода беременности / И.М. Седергрэн // Акушерство и гинекология. – 2004. – № 103 (2). – С. 219–224.
18. Сидельникова В.М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В.М. Сидельникова. – Москва : МЕД.пресс-информ, 2009. – 351 с.
19. Чу С.Ю. Материнское ожирение и риск мертворождения: метаанализ / С.Ю. Чу // Американ. журн. акушерства и гинекологии. – 2007. – № 197 (3). – С. 223–228.
20. Шишкин А.Н. Ожирение, метаболический синдром и беременность / А.Н. Шишкин // Новые С.-Петерб. врач. ведомости. – 2011. – № 2. – С. 44–51.
21. Alberti K.G. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group: Metabolic syndrome: a new worldwide definition / K.G. Alberti, P.Z. Zimmet, J. Shaw // Lancet. - 2005. - Vol. 366. - P. 1059-1062.
22. Axmon A. Birth weight and fetal growth in infants born to female hairdressers and their sisters / A. Axmon // Occup. Environ. Med. – 2009. – Vol. 66, № 3. – P. 198–204.
23. Beltcheva O. The rs266729 single-nucleotide polymorphism in the adiponectin gene shows association with gestational diabetes / O. Beltcheva // Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – Vol. 289, № 4. – P. 743–748.
24. Bogaerts A.F. Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study / A.F. Bogaerts // Obes. Facts. – 2013. – Vol. 6, № 2. – P. 52–164.

25. Horvath B. Metabolic syndrome in normal and complicated pregnancies / B. Horvath, T. Bodecs, I. Boncz, J. Bodis // Metab. Syndr. Relat. Disord. – 2013. - Vol. 11(3). – P. 185–188.

References

1. Belocerkovceva L.D. Sostojanie uglevodnogo i zhirovogo obmena i risk perinatal'noj patologii u beremennyh s ozhireniem / L.D. Belocerkovceva // Vestn. novyh med.tehnologij. – 2008. – № 2. – S. 55–60.
2. Belocerkovceva L.D. Osobennosti metabolicheskogo sindroma u zhenshhin v razlichnye periody zhizni: patogenez, klinika, diagnostika, lechenie : ucheb.posobie / L.D. Belocerkovceva. – Moskva : «Akad. estestvoznaniya», 2010. – 120 s.
3. Beljakov N.A. Metabolicheskij sindrom u zhenshhin (patofiziologija i klinika) / N.A.Beljakov - Spb. : Izdatel'skij dom SPbMAPO, 2005. -440 s.
4. Berihanova R.R. Osobennosti techenija beremennosti i rodov u pacientok s ozhireniem / R.R. Berihanova // Akusherstvo i ginekologija. - 2007. - № 6. - S. 9-12.
5. Bojko V.I. Vlijanie metabolicheskogo sindroma na perinatal'nye ishody rodorazreshenija / V.I. Bojko, D.V. Kravcov. – Ukraina : RUMO, 2009. – 49 s.
6. Vsemirnaja Organizacija Zdravoohranenija : Zdorov'e devocek i zhenshhin [Jelektronnyj resurs] // Inform. bjul. № 334. – 2013. – Rezhim dostupa: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/ru>.
7. Garmonova N. A. Ozhirenie kak mediko-social'naja problema techenija beremennosti i rodov / N.A. Garmonova, Ju.V. Raskuratom // Verhnevolzhskij medicinskij zhurnal. - 2006. - T. 4, vyp. 1-2. - S. 15-17.
8. Garmonova N. A. Optimizacija prognozirovanija gestoza u beremennyh s ozhireniem / N.A. Garmonova, G.M. Zubareva, Ju.V. Raskuratom // Vestnik Rossijskogo med. un-ta. - 2007. - № 4 (57). - S. 47-50.
9. Ginzburg M.M. Ozhirenie i metabolicheskij sindrom / M.M. Ginzburg, N.N. Krjukov. - M. : Medpraktika, 2008. – 124 s.
10. Kalinchenko S.Ju. Ozhirenie i metabolicheskij sindrom u muzhchin / S.Ju. Kalinchenko. – Moskva : Prakt. medicina, 2014. - 126 s.
11. Levitina E.V. Osobennosti techenija metabolicheskogo sindroma u beremennyh / E.V. Levitina, A.N. Shishkin, D.A. Niauri // Vestnik Sankt-Peterburgskogo Universiteta. - SPb., 2009. - Ser. 11, Vyp. 4. - S. 259-267.
12. Makarov I.O. Techenie beremennosti i rodov u pacientok s ozhireniem / I.O. Makarov, E.I. Borovkova, M.A. Bajramova // Akusherstvo, ginekologija i reprodukcija. – 2011. - № 1 – S. 23-28.
13. Mel'nichenko G.A. Ozhirenie: jepidemiologija, klassifikacija, patogenez, klinicheskaja simptomatika i diagnostika / G.A. Mel'nichenko, T.I. Romanceva. – Moskva : Med.inform. agentstvo, 2006. – 43 s.
14. Misharina E.V. Ozhirenie i reproduktivnaja sistema zhenshhiny: posobie dlja vrachej / E.V. Misharina, N.V. Borovik, V.V. Potin. – Sankt-Peterburg : N–L, 2010. – 68 s.
15. Pinhasov B.B. Metabolicheskij sindrom u zhenshhin s raznymi tipami ozhirenija / B.B. Pinhasov // Vestn. NGU. – 2011. – T. 9, № 2. – S. 36–43.
16. Savel'eva I.V. Beremennost' i metabolicheskij sindrom / I.V. Savel'eva, V.N. Serov, S.V. Barinov, T.I. Dolgih – M. : Adamas, 2013. – 159 s.
17. Sedergren I.M. Materinskoe patologicheskoe ozhirenie i risk neblagoprijatnogo ishoda beremennosti / I.M. Sedergren // Akusherstvo i ginekologija. – 2004. – № 103 (2). – С. 219–224.
18. Sidel'nikova V.M. Jendokrinologija beremennosti v norme i pri patologii / V.M. Sidel'nikova. – Moskva : MED.press-inform, 2009. – 351 s.
19. Chu S.Ju. Materinskoe ozhirenie i risk mertvorozhdenija: metaanaliz / S.Ju. Chu // Amerikan. zhurn. akusherstva i ginekologii. – 2007. – № 197 (3). – С. 223–228.
20. Shishkin A.N. Ozhirenie, metabolicheskij sindrom i beremennost' / A.N. Shishkin // Novye S.-Peterb. vracheb. vedomosti. – 2011. – № 2. – S. 44–51.
21. Alberti K.G. IDF Epidemiology Task Force Consensus Group: Metabolic syndrome: a new worldwide definition / K.G. Alberti, P.Z. Zimmet, J. Shaw // Lancet. - 2005. - Vol. 366. - P. 1059-1062.
22. Axmon A. Birth weight and fetal growth in infants born to female hairdressers and their sisters / A. Axmon // Occup. Environ. Med. – 2009. – Vol. 66, № 3. – P. 198–204.
23. Beltcheva O. The rs266729 single-nucleotide polymorphism in the adiponectin gene shows association with gestational diabetes / O. Beltcheva // Arch. Gynecol. Obstet. – 2014. – Vol. 289, № 4. – P. 743–748.
24. Bogaerts A.F. Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study / A.F. Bogaerts // Obes. Facts. – 2013. – Vol. 6, № 2. – P. 52–164.
25. Horvath B. Metabolic syndrome in normal and complicated pregnancies / B. Horvath, T. Bodecs, I. Boncz, J. Bodis // Metab. Syndr. Relat. Disord. – 2013. - Vol. 11(3). – P. 185–188.

Реферат

ОЖИРІННЯ І РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК

Тагієва Ф.А.

Ключові слова: ожиріння, репродуктивне здоров'я, вагітність.

У статті наводяться дані літератури з питання впливу ожиріння на жіноче репродуктивне здоров'я. З надмірною вагою чітко пов'язано багаторазове підвищення ризику розвитку артеріальної гіпертонії, інсуліннезалежного цукрового діабету, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця. Первинні форми ожиріння супроводжуються метаболічними порушеннями і патологічним функціонуванням репродуктивної системи. В активному репродуктивному віці частіше розвивається післяпологове ожиріння після патологічних пологів, в переважній більшості випадків пов'язане з ендокринними факторами. Вагітність, пологи і ранній післяпологовий період у жінок, які страждають на ожиріння, протікають з великою кількістю ускладнень. Кількість вагітних, які страждають ожирінням, становить 15-38%. Різні ускладнення вагітності зустрічаються у 80,8-84,0% вагітних з ожирінням. Найбільш часто спостерігаються ускладнення при поєднанні гестозу з ожирінням: багатоводдя, несвоєчасне відходження навколоплідних вод, гіпотонічні кровотечі, аномалії родової діяльності. На другому місці за частотою виникнення стоїть загроза переривання вагітності, як в ранні, так і в пізні терміни. При ожирінні у матері також зростає частота несприятливих наслідків для плода і новонародженого. Таким чином, ожиріння, негативно впливаючи на репродуктивне здоров'я жінок, є серйозною акушерською проблемою.

Summary

OBESITY AND REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN

Taqiyeva F.A.

Key words: obesity, reproductive health, pregnancy.

The article presents the literature data on the effect of obesity on women's reproductive health. Obesity is associated with multifold increased risk of hypertension, non-insulin dependent diabetes, atherosclerosis and coronary heart disease. Initial types of obesity are accompanied by metabolic disorders and abnormal functioning of reproductive system. In the active reproductive age postpartum obesity is more likely to develop after the pathological delivery and is often associated with the endocrine factors in the vast majority of cases. Pregnancy, childbirth and the early postnatal period in women who are obese, proceed with a large number of complications. The number of obese pregnant women makes up 15-38%. Various complications of pregnancy occur in 80,8-84,0% of cases. The most frequently observed complications are polyhydramnios, failure to discharge of amniotic fluid, hypotonic bleedings and anomalies of labor activity. The second most common complication is the threat of abortion, both in early and in later periods. Obesity in the mothers also increases the frequency of adverse outcomes for the fetus and newborn. Thus, obesity, having a negative impact on the reproductive health of women, is a serious obstetric problem.

УДК 616. 724-073.756.8

Шибінський В. Я.

**МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ
СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНИХ РОЗЛАДІВ**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Представлений огляд джерел науково-медичної інформації щодо особливостей застосування магнітно-резонансної томографії, як додаткового методу в діагностиці скронево-нижньощелепних розладів різного генезу. Описано можливості МРТ у діагностиці травм СНЩС, зміщення суглобового диску, інших уражень м'якотканинних складових суглоба.

Ключові слова: магнітно-резонансна томографія, скронево-нижньощелепний суглоб.

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри ортопедичної стоматології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. «Розробка та вдосконалення технологічних процесів і методів попередження можливих ускладнень, які виникають у процесі ортопедичного лікування хворих з дефектами і деформаціями зубо-щелепної системи» (№ державної реєстрації 0197U007132) та є фрагментом кваліфікаційної роботи автора.

Скронево-нижньощелепні розлади виявляються у 32-76 % стоматологічних хворих і об'єднують широку низку патологічних станів, у яких задіяні як кісткові, м'які і хрящові складові суглобів, так і м'язи, що забезпечують рухи нижньої щелепи, м'язи шиї, м'язи плечей. Клінічне обстеження таких хворих є вирішальним у діагностиці, проте важливою підмогою у цьому є додаткові методи дослідження, серед яких магнітно-

резонансна томографія відіграє суттєву роль завдяки можливості одночасної візуалізації кісткових, хрящових і м'якотканинних складових суглоба, в тому числі в динаміці.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ) за останні роки стала одним з провідних методів неінвазивної діагностики в медицині. Метод МРТ інтенсивно розвивається, щорічно оновлюється, удосконалюються апаратні засоби, методики