

открытых переломах), приводит к преждевременному заживлению раны и раневого участка, способствует снижению количества осложнений.

## **ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

*Олимов А.Б., Мухамедов И.Ш.*

*Ташкентский государственный стоматологический институт,  
Узбекистан*

**Актуальность.** Проблема диагностики и лечения мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) не теряет актуальность в настоящее время. Это обусловлено достаточно высокой распространенностью заболеваний ВНЧС. По данным Всемирной организации здравоохранения около 40% населения в возрасте от 20 до 50 лет страдают мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС. Больные с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС составляют от 78,3 до 95,3% пациентов с функционально обусловленными формами патологии сустава.

Сложность диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава связана с отсутствием единого мнения о происхождении данного заболевания (Баданин В.В., Хватова В.А., 2008). Сочетание симптомов при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава разнообразно и не является постоянным, что так же затрудняет диагностику (Хватова В.А., 2006; Семкин В.А., 2007; Хорошилкина Ф.Я., 2009; Горожанкина Е.А., Марков Б.П., Мамедов Ф.М., 2003). Это определяет многоплановость диагностических подходов в выявлении данного заболевания и определения тактики лечения (Потапов В.П., 2008; Огородников М.Ю., 2008; Поляруш Н.Ф. с соавт., 2008; Вязьмин А.Я., 2009; Федяев И.М. с соавт., 2009).

В отечественной литературе имеются немногочисленные работы, посвященные оценке показатели функционального состояния вегетативной нервной системы у пациентов с ДВНЧС, диагностических возможностей метода графической регистрации движений нижней челюсти (Ступников А.А., 2006; Хватова В.А., 1996; 2006; 2010; Хватов И.Л., 2011). Это определило постановку цели и задач настоящего исследования.

**Цель исследования.** Изучение функционального состояния вегетативной нервной системы и адаптационных возможностей организма у пациентов с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

### **Задачи исследования**

1. Оценить состояние височно-нижнечелюстного сустава в зависимости от типа вегетативной нервной системы.
2. Оценить характерные клинические признаки у больных с дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

### **Материалы и методы исследования**

Под нашим наблюдением находились 28 больных в возрасте от 18 до 42 лет обратившихся в поликлинику хирургической стоматологии

Ташкентского Государственного Стоматологического Института. Всем больным провели следующие методы исследования:

1. Сбор анамнеза (наличие жалоб на боли в суставе и в мышцах ВНЧС, щелканье в суставе, бруксизм, звон и шум в ушах, боль в языке, потеря его чувствительности).

2. Осмотр (цель выявления изменения прикуса и пальпация сустава).

3. Проведение ортостатической пробы

4. Измерение объема движения в ВНЧС с помощью линейки.

5. Рентгенологические исследования сустава по Парму при открытом и закрытом рте.

**Дисфункция ВНЧС** – функциональная патология височно-нижнечелюстного сустава, обусловленная мышечными, окклюзионными и пространственными нарушениями. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава имеет мультифакториальный генез, при том что подавляющее большинство патологий ВНЧС являются функционально обусловленными.

Клинически ВНЧС проявляется нейромускулярным, окклюзионно-артикуляционным синдромами, вестибулярными нарушениями.

#### **Нейромускулярный синдром:**

▶ сильные невралгические боли артрогенного происхождения;

▶ миалгии;

▶ щелканье в суставе;

▶ толчкообразные, зигзагообразные девиации;

▶ явления глоссалгии и глоссодинии, бруксизма;

#### **Окклюзионно-артикулярном синдром:**

▶ артралгический симптом;

▶ миалгический симптом;

▶ смещение челюсти (снижающийся прикус, дистальный и латеральный сдвиг нижней челюсти, внезапная потеря жевательных зубов, формация прикуса, глубокий травматический прикус, ошибки протезирования, преждевременный контакт).

#### **Вестибулярные нарушения:**

▶ евстахиит на стороне поражения с проявлениями шума;

▶ звон на стороне поражения.

**Ортостатическая проба** характеризует возбудимость симпатического отдела вегетативной нервной системы. Суть пробы заключается в анализе изменений ЧСС и АД в ответ на переход тела из горизонтального положения в вертикальное положение.

#### **Варианты пробы:**

1. Оценка показателей (ЧСС и АД) впервые 15-20 сек после перехода в вертикальное положение.

2. Оценка изменений показателей по окончании 1-й минуты пребывания в вертикальном положении.

3. Оценка показателей по окончании 10-й минуты пребывания в вертикальном положении.

Наиболее часто используются 1 и 2 варианты проведения пробы.

*Первый вариант пробы*

В норме разница между частотой пульса в горизонтальном положении не превышает 10-14 уд в мин., а АД колеблется в пределах 10 мм.рт.ст.

<b>Возбудимость</b>	<b>Степень ускорения пульса в абсолютных цифрах</b>	<b>Степень ускорения пульса в %</b>
Слабая	6,0 – 7,0	До 9,1
Средняя (нормальная)	7 – 12	9,2 – 18,4
Живая	13 – 18	18,5 – 27,7
Резко повышенная	19 – 24	27 – 36
Очень резкая	43 - 48	64 и выше

*Второй вариант пробы*

<b>Оценка</b>	<b>Динамика ЧСС</b>	<b>Характеристика реакции</b>
Отлично	0 - + 10	Нормосимпатикотоническая
Хорошо	+ 11 - + 16	Нормосимпатикотоническая
Удовлетворительно	+ 17 - + 22	Нормосимпатикотоническая
Неудовлетворительно	Более +22	Симпатикотоническая
Неудовлетворительно	- 2 – (-5)	Ваготоническая

**Вывод**

Таким образом наибольшее количество ДВНЧС было выявлено у наблюдаемых с преимущественно симпатикотоническим типом реагирования, функционального напряжения адаптационных механизмов, рассогласованность процессов управления ритмом сердца вплоть до срыва адаптации.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВАЗРАСТА ПРИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЯХ**

*Олимов С.Ш., Бакаев Ж.Н., Бадриддинов Б.Б., Юнусова У.А.*

*Бухарский государственный медицинский институт,*

*Узбекистан*

Неспецифическая резистентность – это относительный уровень врожденной устойчивости организма, независимо от его вида, к различным патогенным факторам. Неспецифическая резистентность является первым защитным барьером на пути внедрения инфекционного агента. Неспецифические факторы защиты действуют против многих патогенных агентов одновременно. Как известно, кариесогенным и другим бактериям, обитающим в полости рта человека, противостоят неспецифические защитные факторы ротовой жидкости, включающие в себя - слюну с гуморальными антимикробными свойствами, а также слизистые оболочки и