
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”
Державний департамент морського і річного
транспорту України
Професійна спілка робітників морського
транспорту України
Фонд морської медицини**

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 4 (16)
(жовтень-грудень)

Одеса 2001

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Ю.Волянський (заступник головного редактора), В.Г.Руденко (заступник головного редактора), Н.А.Мацегора (відповідальний секретар), О.Г.Андрієвський, О.К.Асмолов, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Т.В.Демидова, Л.А.Звягіна, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна, О.М.Поливода.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Р.В.Богатирьова (Київ), П.В.Волошин (Харків), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), Л.М.Давидов (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), В.О.Зубков (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), І.М.Логан (Одеса), Л.Т.Малая (Харків), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисьюк (Харків), П.М.Чуєв (Одеса), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65049, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1
(кафедра морської медицини та професійних хвороб)
Телефони: (0482) 631-600, 630-573
Факс: (0482) 68-63-24

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

Видавництва “Друк” 65029, м. Одеса,
вул. Старопортофранківська, 61. Тел. 23-55-26

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини”, 1999
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
©Фонд морської медицини, 1999

Кривопляс П. А., Рябошапка А. А., Балыков В. В., Романова Ю. Г.
**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ
АРТРИТАХ**

Одесский государственный медицинский университет

Введение

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) причиняют больным большие страдания, вызывают анатомические и функциональные нарушения, обуславливают эстетические недостатки. По данным разных авторов, патология височно-нижнечелюстного сустава встречается у 5-25% пациентов, обращающихся к стоматологу, и эта цифра может увеличиваться в связи с ухудшением общеэкономического положения, которое приводит к несвоевременному протезированию, обращению к врачам-специалистам при уже развившейся форме патологии [1,3,5].

Современные научно-технические достижения расширили возможности клиницистов по диагностике и лечению заболеваний различных систем и органов, в том числе и челюстно-лицевой области. Однако диагностика заболеваний ВНЧС затруднена из-за значительного костного массива основания черепа и височной кости, анатомических половых и возрастных особенностей сустава, многократного облучения в процессе диагностики и лечения [1,3].

Современная классификация заболеваний ВНЧС расширила круг нозологических форм составляющих эту патологию. Устранён устаревший и неправильный термин «артрозоартрит», расширен и подробно разделён на составляющие термин «внутренние нарушения ВНЧС». В связи с этим только на основании опроса и осмотра вполне возможно определить предварительный диагноз и сузить дальнейший диагностический поиск [6].

Важным условием благоприятного течения и исхода острых воспалительных процессов в ВНЧС является обеспечение покоя всем поврежденным элементам сустава на период лечения. Правильный выбор метода иммобилизации нижней челюсти позволяет предотвратить осложнения и сократить сроки реабилитации [4].

Для этой цели используют наложение пращевидной повязки, лигатурное связывание, двучелюстное назубное шинирование, использование капповых шин. Существующие способы иммобилизации имеют ряд существенных недостатков: малая эффективность (пращевидная повязка), расшатывание зубов (лигатурное связывание), трудоемкость изготовления (двучелюстное назубное шинирование), кроме того, применение данных методов не обеспечивает в определенной степени разобщение элементов сустава, их «отдыха» во время воздействия лечебных процедур [5].

Целью настоящей работы было разработать метод эффективной иммобилизации нижней челюсти при острых височнонижнечелюстных артритах на период проведения комплексного консервативного лечения.

Материал и методы исследования. В основу работы легли данные непосредственных клинических наблюдений и проведения иммобилизации у 36 человек в возрасте от 18 до 55 лет, с диагнозом «острый артрит височнонижнечелюстного сустава», находившихся на лечении в клиническом отделе кафедры ортопедической стоматологии Одесского государственного медицинского университета. Больные были распределены на 3 группы: в 1 группе (n=9) использовали иммобилизацию с помощью двучелюстного назубного шинирования, во 2 группе (n=11) проводили лигатурное межчелюстное связывание и в 3 группе из 16 человек иммобилизацию нижней челюсти проводили по предложенной нами методике.

В процессе сравнительного изучения различных способов иммобилизации мы пришли к необходимости предложить конструктивно простой, малотрудоемкий и доступный в амбулаторных условиях способ, который предусматривает использование

назубных проволочных скоб (U-, T- и W-образной формы, выбираемых с учетом топографии зубных рядов и возможности использования межзубных промежутков) с зацепными петлями и эластическими межчелюстными тягами. Этот способ оказался наиболее перспективным, так как предоставляет врачу широкий выбор вариантов конструкции шин. Предложенная методика дифференцированного выбора конструкции шин обеспечивает надежную фиксацию челюсти и разгрузку сустава на период проведения комплексного консервативного лечения. В тех случаях, когда применение данной конструкции скоб невозможно (при наличии широких межзубных промежутков, заболеваний тканей пародонта, выраженных окклюзионных нарушений), предложены разработанные нами пластмассовые экваторные коронки с интегрированными проволочными зацепными петлями.

Эффективность лечения обуславливается не только надежной иммобилизацией нижней челюсти, но и применением прокладок, разобщающих прикус в дистальных отделах зубных рядов челюстей, тем самым предотвращающих избыток давления на структурные элементы больного сустава, его перегрузку и последующее развитие дегенеративных изменений. В качестве прокладок использовали специальным образом подготовленную резиновую трубку или разобщающие прикус каппы из эластической пластмассы, которые надежнее удерживаются на жевательной поверхности моляров. Консервативное лечение острых воспалительных процессов в ВНЧС назначали в соответствии с индивидуальными клиническими проявлениями заболевания, в результате чего оно носило дифференцированный и комплексный характер. Применяли физиотерапевтические процедуры в виде магнитотерапии переменным магнитоакустическим полем, электрофорез лекарственного препарата на основе лиманской грязи «Пеловит».

Контроль за динамикой течения и результатами лечения острого артрита височнонижнечелюстного сустава проводился на основании следующих функциональных и лабораторных показателей: температура кожных покровов в зоне пораженного сустава и предел болевого порога при сжатии челюстей, а также состояния периферической крови (СОЭ, лейкоцитарная формула).

Обсуждение. Сравнительный анализ применения вышеназванных методов иммобилизации нижней челюсти (лигатурное межчелюстное связывание, двучелюстное шинирование, шинирование с помощью назубных проволочных скоб и экваторных коронок с зацепными петлями) показал следующее. Сроки лечения во всех случаях применения предложенного нами метода иммобилизации оказались меньшими, чем при использовании любого другого метода. В группе больных, получивших курс лечения с иммобилизацией по предложенному нами способу, процент полностью выздоровевших составил 93,8% ($P < 0,05$), в то время, как в остальных группах он составлял 85,0% ($P < 0,05$).

Заключение и выводы. Больные с острыми артритами височнонижнечелюстного сустава составляют особую группу, нуждающуюся в строго специфическом подходе при выборе методов иммобилизации нижней челюсти и лечения.

Адекватный выбор метода иммобилизации нижней челюсти в сочетании с точной диагностикой, а также с современными высокоэффективными методами лечения позволяет надежно защитить элементы пораженного сустава от последующего развития осложнений в виде дегенеративных изменений.

Предложенный способ иммобилизации крайне прост технически и нетребователен к мануальным навыкам врача и требует сравнительно небольших затрат времени, что несет в себе ощутимый экономический эффект. Изученные у 36 больных непосредственные и отдаленные в срок до 2 лет результаты лечения показали высокую надежность и эффективность предложенного нами способа при сокращении сроков лечения больных.

Ключевые слова: артрит, височно-нижнечелюстной сустав, иммобилизация.

Литература.

1. Василенко З.С., Потапов В.П. Особенности дифференциальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава при снижении высоты прикуса. //Стоматология. - Киев, 1988. -Вып. 23. - С. 122-126.
2. Дзанонова Т.Ф. Физические факторы в лечении височно-нижнечелюстных артритов и артроза: Автореф. канд. дисс.- М./ ММСИ, 1977.- 16 с.
3. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, обусловленных нарушениями в зубочелюстной системе: Методические рекомендации. /МЗ РСФСР. Подгот. Хватовой В.А. – М.: Б.И., 1988. – 23 с.
4. Иванов А.С. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Сборник научных трудов. Л., 1987, 167 с.-Деп. во ВНИИМИ МЗ СССР 01.12.87, №13874.
5. Мазалова Н.Н., Агзамходжаева Х.А. Магнитотерапия в комплексном лечении заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Медицинский журнал Узбекистана.- 1983.- №6.-С.66-67.
6. Петросов Ю.А. Ортопедическое лечение дисфункциональных синдромов, артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава (клинико-морфологическое исследование): Дис. ...д.м.н. – Краснодар, 1998.- 479 с.

Summary.

Krivoplyas P. A., Ryaboshapko A. A., Balykov V. V., Romanova Yu. G.

THE CHOICE OF LOWER JAW IMMOBILIZATION METHOD IN PATIENTS WITH ACUTE TMJ ARTHRITIS

The adequate choice of lower jaw immobilization method is a very important point in patients with acute inflammation of TMJ complex treatment. The most widely spread methods (lower jaw supporting bandage, ligature binding, bimaxial wire splint immobilization) have some essential drawbacks: low efficiency, teeth shake loosening, technical complication, much time expenditure.

The investigation is grounded of 36 cases of acute TMJ arthritis in patients of 18-55 years old who were treated at the clinical department of Prosthetic Chair, Odessa State Medical University. 16 patients have been treated with the use of a very simple, accessible in ambulatory practice method that provides reliable fixation of lower jaw and joint unloading. The percentage of full recovery in this group of patients put together 93,8% (P<0,05).

УДК 615.874.2:613.262:582.739:656.6

А.А.Лобенко, Н.Ф.Киторага, М.С.Дудкин, Л.Ф.Щелкунов,Е.И.Данилова, Т.А.Качан КОМПОЗИЦИОННЫЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКТ НА ОСНОВЕ ПШЕНИЧНЫХ ОТРУБЕЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СПАСТИЧЕСКИМ КОЛИТОМ, ПРОКТИТОМ, ПРОКТОСИГМОИДИТОМ И ГЕМОРРОЕМ

Украинский НИИ морской медицины, Одесса
Государственная академия пищевых технологий, Одесса

Актуальность развития работ в области использования биополимеров растительных клеточных стенок в питании определилась в 80-е годы XX столетия, когда начала выясняться особая значимость физиологических функций, выполняемых ими в качестве компонентов пищи. Бурное развитие медико-биологических исследований произошло после того, как английским врачом Д.Беркиттом была выдвинута гипотеза, согласно которой многие «болезни цивилизации», а именно: рак кишечника, сахарный диабет, коронарная болезнь сердца, ожирение, атеросклероз в значительной мере спровоцированы недостатком в рационах питания компонента, получившего название «пищевых волокон» (ПВ).

Сегодня очевидно, что потребление рафинированных продуктов, лишенных ПВ, не соответствует эволюционно сложившемуся физиологическому процессу переработки