

7,44±0,12. У всех больных имел место вегетативный невроз. Уровень тревожности по шкале Дж. Тейлора в адаптации В.Г. Норакидзе у пациентов возрастал до 34,74±0,5 баллов (высокий).

Сиалографическое обследование вовлеченных в патологический процесс слюнных желез, определило, что у большинства больных протоковые системы слюнных желез страдают в виде дохоспазма. Цитологическая картина клеточного состава секрета околоушных слюнных желез характеризовалась наличием в нем элементов воспалительного ряда, десквамированного эпителия протоков, его воспалительную метаплазию.

В отличие от нейрогенного дохоспастического сиалозаденита, у пациентов с болезнью Шегрена преобладали жалобы на сухость в полости рта, горле, ощущение «песка» или «мусора» в глазах. Были увеличены не только околоушные, но и поднижнечелюстные железы. Во время обследования этих больных было выявлено наличие ангулярного хейлита и заед, сухость красной каймы губ и чешуйки слущенного эпителия. При осмотре собственно полости рта определили скудное количество пенистой слюны. Слизистая оболочка языка, щек была ярко-красной, глянцево-розовой. У всех пациентов имел место цветущий кариес.

Сиалометрия показала резкое снижение количества ротовой жидкости и секрета околоушных желез в несколько раз. 0,98±0,14 мл за 10 мин и 0,34±0,05 мл за 10 мин соответственно. Прозрачность полученного паротидного секрета оказалась значительно сниженной (0,068±0,003 у.о.), как и прозрачность ротовой жидкости (0,072 ±0,004 у.о.), в то время как вязкость ротовой жидкости и секрета околоушных желез была повышенной – 2,65±0,3 сПз и 1,41±0,07 сПз. pH паротидного секрета держалась в пределах 7,48±0,10, ротовой жидкости - 7,22±0,10.

В цитологических препаратах секрета околоушных желез было отмечено увеличение количества слизи, появление ретикуло-эндотелиальных клеток, одиночных макрофагов, групп лимфоцитов, плазматических клеток, наличие клеток цилиндрического эпителия с измененной структурой, бокаловидных клеток.

На основании заключений офтальмологов у больных с этой патологией был диагностирован сухой кератоконъюнктивит разной степени тяжести, снижение слезоотделения по результатам пробы Ширмера. Сиалографическая картина околоушных желез характеризовалась сужением основного протока, протоков I-III порядков, колбовидными и шаровидными эктазиями протоков II-V порядков, нарушением заполнения протоков II-V порядков за счет их сужения почти во всем объеме железы при наличии отдельных сиалэкстазов.

Выводы. Таким образом, при сходных клинических проявлениях в виде двустороннего увеличения слюнных желез при неврогенном сиалозадените и болезни Шегрена ведущее значение в дифференциальной диагностике этих заболеваний имеет, наряду с сиалометрией, изучение клеточного состава секрета, его физико-химических свойств и оценка результатов сиалографии.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КОМПРЕССИОННО-ДИСЛОКАЦИОННОЙ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Рыбалов О.В., Яценко П.И., Яценко О.И.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) очень разнообразна в связи со сложностью его строения и особенностями функционирования.

Актуальность проблемы диагностики заболеваний ВНЧС, которая до настоящего времени остается нерешенной, порождает проблему адекватного этиопатогенетического их лечения. Во многом это связано с отсутствием единой общепринятой классификации нозологических форм патологических процессов в отдельных компонентах сустава. Наличие значительного объема разнообразной, порой разноречивой, информации в отношении заболеваний ВНЧС и отсутствие при этом координированного многостороннего анализа этой информации, сложность согласования клинических и теоретических данных, касающихся различных проявлений патологических

процессов в суставе, требует тщательной детальной оценки патогенеза многообразных симптомов мышечно-суставной дисфункции, что обеспечит целенаправленное лечение соответствующей патологии.

Цель исследования - описать типичные ошибки в диагностике компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, приводящие к неадекватному лечению патологии.

Материал и методы исследования. Наше исследование основано на анализе данных наблюдения 332 больных с различными видами дисфункциональных состояний ВНЧС. В перечне оценки проводимого обследования больных оказывались данные жалоб, анамнеза заболевания, осмотра, пальпации, аускультации суставов, артрофонографии, аксиографии, рентгенографии обоих суставов с открытым и закрытым ртом, электромиографии собственно жевательных мышц.

Из общего количества наблюдаемых больных, имевших длительный анамнез болезни и лечившихся у разных специалистов, выделено 89 человек с нераспознанной компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.

Результаты исследования. Нами отмечено, что ведущими ошибками в диагностике компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава явились: 1) недостаточно профессиональная оценка жалоб больных. В частности, обращалось внимание только на болевой симптом в области одного сустава; 2) неполно собранный анамнез болезни. Большинство из наблюдаемых больных до начала заболевания лечились у стоматологов (терапевтов, ортопедов, ортодонт, хирургов), когда им часто приходилось длительное время держать рот открытым, что обычно приводит к перерастяжению капсулы сустава и жевательных мышц. Часть больных безрезультатно курировалась невропатологами по поводу неверно поставленного диагноза невралгии тройничного нерва. 3) При локальном исследовании больных зачастую не обращалось внимание на симметрию (асимметрию) лица, размеров тела и ветви нижней челюсти, объема мышечной массы собственно жевательных и височных мышц. При пальпации области суставов не отмечалось, что на стороне болевого симптома суставная головка нижней челюсти была запавшей, а на симметричной – выходила впереди под основание скулового отростка височной кости. Нами отмечено, что одной из существенных ошибок было отсутствие в результатах обследования описываемой категории больных характера девиации нижней челюсти при открывании рта. Обычно это латеральное смещение челюсти в сторону сустава с болевым симптомом. Часто не обращалось внимания на окклюзионные нарушения, наличие повышенной стираемости зубов. 4) Нередко рентгенологическое исследование ограничивалось телерентгенографией нижней челюсти, что не в полной мере отражает взаимоотношение суставных головок, суставных впадин и суставных бугорков. При анализе прицельных зонограмм ВНЧС не отмечалось размеров суставных щелей: на стороне болевого симптома она, как правило, значительно сужена, а на симметричной - расширена. При этом на рентгенограммах с открытым ртом суставная головка на стороне болевого симптома не подходит к вершине суставного бугорка, а на симметричной выходит впереди за вершину.

При проведении лечения больных с этим видом дисфункции ВНЧС основное внимание обращается на болевой симптом и его ликвидацию. Назначаются антибиотики, анальгетики, инъекции в сустав гидрокортизона, компрессы с медицинской желчью, электрофорез области сустава новокаина или лидокаина, дарсонвализацию, УВЧ и др. Ортопедами стоматологами изготавливались назубные конструкции, ограничивающие открывание рта. Перечисленные методы лечения были мало эффективными и носили кратковременный характер так как не учитывались все звенья патогенеза компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

Учитывая, что у описываемых больных имела место дислокация одной из суставных головок за пределы суставного бугорка впереди (что расценивалось нами как односторонний подвывих или вывих), а другая суставная головка находилась в состоянии блока и компрессии на нервно-рефлекторную зону в качестве лечебных мер нами осуществлялась ручная репозиция суставных головок нижней челюсти в правильное анатомическое положение. На следующий день назначался

вибрационный массаж всех групп жевательных мышц, турманиевая керамика на область сустава с болевым симптомом и локальная лечебная физкультура

Среди больных с окклюзионными нарушениями, приведшими к функциональной нестабильности суставной головки ВНЧС, нами изготовливались зубо-наддесневые шины, повышающие прикус на стороне болевого симптома.

Отдаленные наблюдения результатов проведенного патогенетического лечения показали, что почти у 90 % больных был получен стойкий положительный эффект.

Заключение. Приведенный анализ ошибок в диагностике и лечении больных с компрессионно-дислокационной мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, основанный на многолетнем опыте работы с этой категорией пациентов, подтверждает необходимость проведения детальных комплексных диагностических действий для однозначной трактовки патогенеза типичных и нетипичных болевых симптомов, которые обычно сопровождают все заболевания ВНЧС. Правомочным является признание достаточно распространенных одновременных нарушений в обоих ВНЧС: в одном в виде смещения (дислокации, гипермобильности) суставной головки, в другом - компрессии мениско-капсулярных элементов, что влечет за собой болевой симптом. Правильная интерпретация результатов субъективных и объективных данных, назначение и проведение адекватных патогенезу заболевания лечебных мер приводит к положительному эффекту у большинства больных.

ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО И ОТРИЦАТЕЛЬНОГО КОМПЛАЕНСА В ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Аветиков Д.С., Локес Е.П., Яценко И.В., Ставицкий С.А., Ищенко В. В.

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Актуальность. Гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области являются актуальной проблемой современной хирургической стоматологии. В последнее время отмечается увеличение количества таких пациентов, часто отмечается прогрессирующий характер заболевания, что осложняется распространением гнойно-воспалительного процесса на соседние топографо-анатомические области, острой дыхательной недостаточностью, сепсисом.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении острых одонтогенных воспалительных процессов и их осложнений, летальность остается высокой, что свидетельствует о необходимости ранней диагностики, прогнозировании течения и эффективности лечения.

Очевидно, что увеличение частоты и тяжести течения воспалительных заболеваний приводят к значительному возрастанию временной нетрудоспособности, а иногда и к инвалидизации активной категории населения. Таким образом, данная проблема имеет не только важное медицинское, но и социальное значение.

В медицинской литературе введено понятие комплаенс (англ. compliance – согласие) – добровольное следование пациентом режима, назначенного врачом. Под комплаенсом понимается правильность приема препаратов и лечебных процедур, выполнение врачебных рекомендаций, ограничение вредных привычек.

Целью исследования было определение факторов, формирующих положительный и отрицательный врачебный комплаенс.

Материал и метод исследования. Основываясь на анализе данных историй болезни и анкетировании пациентов челюстно-лицевого отделения Полтавской областной клинической больницы им. Н.В. Склифосовского выявлены основные причины неудовлетворительных результатов медикаментозного и хирургического лечения больных.

Результаты лечения. В зависимости от выполнения пациентом назначений определяют положительный и отрицательный комплаенс.

Отрицательный врачебный комплаенс приводит к более тяжелому течению, рецидивированному заболеванию, вторичной госпитализации, инвалидизации пациентов, и в определенных случаях к летальным результатам.

Мы приводим основные причины формирования отрицательного комплаенса у пациентом с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации.