

что отрицательно действует на весь пищеварительный конвейер. В свою очередь, речь становится невнятной и шепелявой. При отсутствии фронтальных зубов, происходит разбрызгивание слюны. Все эти факторы могут вызывать насмешки окружающих. Очевидно, что пациентам с адентией необходимо её устранение. Для этого в настоящее время существует огромное количество мероприятий, достаточно только обратиться в стоматологическую клинику к соответствующему врачу. В некоторых странах возможно использование стволовых клеток для выращивания зубов и замещения аномалий их развития. Такое лечение, как правило, дорогостоящее, поэтому лучше иметь знания о профилактике, чем тратить огромные деньги на лечение.

В свою очередь, профилактика врожденной адентии у ребенка предусматривает обеспечение благоприятных условий для внутриутробного развития плода, исключение потенциальных факторов риска. При задержке нормативных сроков прорезывания зубов необходимо обратиться к врачу-стоматологу.

Таким образом, у людей с первичной адентией качество жизни в сравнении с качеством жизни людей без зубочелюстных аномалий хуже, а иногда это даже мешает привычной жизнедеятельности. Востребованным пожеланием пациентов в данной области аномалий является поддержание эстетики надлежащего вида в полости рта. Зачастую адентия обычно сопровождается другими аномалиями развития, например макро- и микроглоссией, недоразвитием челюстей, пороками сердца, развитием неправильного прикуса. Этот список можно продолжать очень долго. Родители посещают с ребёнком неврологов, терапевтов, пытаются найти причину головных болей ребёнка, а причина проста – первичная адентия. Именно поэтому важно знать об этом заболевании, ведь только знаниями можно обезопасить себя и своих близких от возникновения адентии.

Список литературы

1. Волжин Олег Олегович. Биохимические изменения в смешанной слюне при адентиях: диссертация ... кандидата медицинских наук : 03.00.04 / Волжин Олег Олегович; [Место защиты: ГОУВПО "Ростовский государственный медицинский университет"] / Автореферат - Ростов-на-Дону, 2005. 131 с.: ил.
2. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. Ортопедическая стоматология. 2-е изд., доп. и перераб. М.: Медицина, 1978. 504-505 с.
3. Клиническая морфология головы и шеи. Часть 1. Череп, соединения, мышцы. А.С. Оправин, С.А. Ульяновская, В.А. Болдуев.- Архангельск. 2015. С. 43-45.
4. Курляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 332-345 с., 359-363 с.
5. Морфометрические особенности костных элементов височно-нижнечелюстного сустава / Ульяновская С.А., Болдуев В.А., Басова Л.А., Амвросова М.А., Волкова О.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. № 3 (часть 1), 2014. С. 131-132.
6. Ортопедическая стоматология. Протезирование съёмными пластиночными и бюгельными протезами: учеб. пособие / С.А. Наумович [и др.]; под ред. С.А. Наумовича. Минск: БГМУ, 2007. 212 с.
7. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов: учебн. Пособие / А.П. Воронов, И.Ю. Лебедеко, И.А. Воронов. 2-е изд., доп. и перераб. И доп. М.: МЕД – пресс-информ, 2009. С 7, 9-19.
8. Руководство по дентальной имплантологии / Хоббек Джон А., Уотсон Роджер М., Сизн Ллойд Дж. Дж.; пер. с англ.; под общ. ред. проф. М.З. Миргазизова. 2-е изд. М.: МЕДпресс информ, 18 с.
9. Ульяновская С.А., Лэ Т.К.А., Шурундина С.С. К вопросу об аномалиях количества зубов // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol.2, Issue 8, 2012, pp. 608-608.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шахбазян О.В.

Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия, sveta.svetoshka@yandex.ru

Аннотация. Пациенты обращаются к врачам, предъявляя определенные жалобы, связанные с из-

менениями в жевательном аппарате челюстно-лицевой области морфологического и функционального характера, нарушениями кинематики нижней челюсти, в результате которых получили свое развитие заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Увеличивается численность населения, имеющего дефекты зубных рядов, патологию прикуса, некоторые негативные последствия терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения. Заболевания полости рта следует рассматривать в комплексе с функцией других органов и систем. Таким образом, изучение структурных элементов височно-нижнечелюстного сустава является актуальным и представляет не только теоретический, но и практический интерес.

Ключевые слова: нижняя челюсть, суставной диск, височно-нижнечелюстной сустав.

В современном мире на прием к стоматологам-хирургам, ортопедам и травматологам в травм-пункт обращаются пациенты с определенными жалобами, связанными с изменениями в жевательном аппарате челюстно-лицевой области морфологического и функционального характера, нарушениями кинематики нижней челюсти, в результате которых получили свое развитие заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Актуальность проблемы лечения и реабилитации пациентов с вывихами височно-нижнечелюстного сустава неуклонно увеличивается. Это обусловлено ростом численности населения, имеющего дефекты зубных рядов, патологию прикуса, некоторые негативные последствия терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения. Цель работы – изучение особенностей строения элементов ВНЧС человека в норме.

Нижняя челюсть – это единственная кость в организме человека, которая может выполнять движения во всех трех направлениях: вертикальные, сагиттальные, трансверзальные. Данная особенность обеспечивается сложноустроенной зубочелюстной системой – это особая структурная единица, состоящая из тканей, образований и органов, которые: а) взаимосвязаны анатомически; б) согласованно выполняют различные, но соподчиненные функции. Главная функция зубочелюстной системы – жевание, конечным результатом которого является формирование пищевого комка. Для нормального функционирования данной системы необходимо выполнение ряда условий: нормальный тонус жевательных и мимических мышц; правильное расположение зубов в зубном ряду, без каких-либо патологий; нормальное функционирование височно-нижнечелюстного сустава.

Нарушение или невыполнение одного из этих условий сопровождается различными патологиями в нормальном функционировании зубочелюстной системы. Например, зачастую встречается такая ситуация, что врач-стоматолог ставит пациенту завышенную пломбу, которая при смыкании зубов вызывает дискомфорт. На жалобы пациента врач отвечает, что через пару дней все пройдет. И вправду, дискомфорт проходит, но уже появляются другие нарушения, связанные с работой ВНЧС. Организм человека устроен уникально и всегда адаптируется под изменения, которые происходят в нем. В вышеописанном случае верхняя и нижняя челюсти адаптировались под завышенную пломбу, изменяя свое положение, при этом изменилось положение головки нижней челюсти по отношению к суставному бугорку и появились боли в околоушной области. Основной структурой, которая подвергается многочисленным изменениям, связанная с нарушениями жевательного аппарата – ВНЧС.

Формирование ВНЧС в филогенезе тесно связано с видами деятельности человека и характером пита-

ния, т.е. зависит от особенностей движений нижней челюсти. У хищников он обеспечивает только вертикальные движения (разрывание пищи) и в связи с этим имеет шарнирное устройство. Суставные головки расположены глубоко в ямках и полностью их выполняют. Сустав приматов имеет внутрисуставной диск, суставная головка не занимает полностью ямку, в результате чего движения в сочленении усложняются и носят комбинированный характер. У человека сустав более совершенен и отличается разнообразием движений, но менее прочен. ВНЧС относится к комбинированному, комплексному и эллипсоидному соединениям. Элементами височно-нижнечелюстного сустава являются: костные элементы: головка суставного отростка нижней челюсти или мышцелковый отросток; нижнечелюстная ямка; суставной бугорок; соединительнотканые элементы: суставной диск (мениск); суставная капсула; суставные связки.

Суставная головка нижней челюсти - это валикообразное утолщение, заканчивающееся суставной головкой эллипсоидной формы, вытянутое в поперечном направлении длина которой составляет до 20 мм, а ширина до 10 мм. В ней различают переднюю, заднюю и верхнюю поверхность. Передняя поверхность головки сферически изогнута и представляет собой ямку, которая служит для прикрепления наружной (латеральной) крыловидной мышцы - крыловидная ямка (ямка делится на две части: переднюю - внутрикапсулярную и заднюю - внекапсулярную). В зависимости от формы этой поверхности суставные головки разделяют на две группы: в одной крыловидная ямка резко выражена, а в другой она плоская. В одной группе головка удлинена в поперечном направлении и сужена в сагиттальном, в другой - она сплюснута сверху вниз. Между ними существует много переходных форм. Задняя поверхность головки напоминает треугольник, основанием которого является задний край её верхней поверхности. Стороны этого треугольника конвергируют книзу, переходя в задний край ветви. На задней поверхности головки нижней челюсти имеется фасетка — отпечаток позадисуставного отростка. По данным В.Н. Гинали (1966), головка нижней челюсти отклонена кзади в среднем на 107,3° от места пересечения прямой линии, соединяющей эти точки на ветви нижней челюсти. Верхняя поверхность головки нижней челюсти напоминает эллипс, продольный диаметр которого равен 20,06 мм., а поперечный - 8,52 мм, которая покрыта фиброзным хрящом, контактирующим с суставной впадиной в передней-верхней части и срастающаяся на периферии с суставной капсулой. Выпуклая поверхность суставной головки расположена напротив выпуклой поверхности суставного бугорка. Снаружи эта поверхность заканчивается наружным, а внутри — внутренним мышцелком головки. Продольная ось головки нижней челюсти расположена под небольшим углом к горизонтальной плоскости, в результате чего ее внутренний мышцелок находится несколько выше наружного. По сравнению с другими элементами ВНЧС головка нижней челюсти состоит из наиболее рыхлой костной ткани. Она содержит 70,7% губчатого вещества и 29,3% компактного. Особенности строения костной ткани головки и шейки нижней челюсти позволяют выдерживать значительные нагрузки при действии сил, направленных в сагиттальной плоскости, в частности при ударе в подбородок. Суставная ямка располагается ниже скуловой дуги и кпереди от костной части наружного слухового прохода, имеет форму эллипса и по объему почти в 3 раза превосходит головку, что способствует большому объему движений в суставе. Инконгруэнтность нижнечелюстной

ямки и головки нижней челюсти создаёт неустойчивость внутрисуставных взаимоотношений, полную зависимость этих взаимоотношений от смыкания зубных рядов и состояния жевательных мышц. Она выравнивается за счет суставного диска и прикрепления капсулы сустава на височной кости. Положение суставной головки во время физиологического покоя зависит от тонуса мышц, а при центральной окклюзии - от межчелюстного соотношения зубов. При потере зубов головка нижней челюсти перемещается кверху и кзади. В этом положении она может оказывать давление на барабанную часть височной кости, вызывая ряд болезненных состояний.

Нижнечелюстная (суставная) ямка расположена между задней поверхностью суставного бугорка спереди и барабанной частью височной кости, отделяющим её от наружного слухового прохода, вверху - тонким слоем кости, отделяющим её от средней черепной ямки, изнутри - латеральным краем отростка основной кости и снаружи - гребнем скулового отростка височной кости. Имеет форму эллипса и представляет собой выпуклую часть в переднем отделе (суставной бугорок) и вогнутую в заднем отделе. В норме у человека заднесуставной отросток выражен слабо, однако достаточно, чтобы защитить сосудисто-нервный пучок, выходящий из каменисто-барабанной щели, от ущемления головкой нижней челюсти при ее движениях. При потере зубов, особенно жевательной группы, происходят уменьшение суставной высоты и дистальный сдвиг головки, в результате чего могут возникнуть травма сосудисто-нервного пучка и боли в суставе. Каменисто-барабанная щель пересекает нижнечелюстную ямку поперёк примерно посередине и таким образом делит ямку на переднюю, интракапсулярную часть, лежащую в полости сустава, достигая переднего его края, и заднюю, экстракапсулярную часть, которая залегает позади каменисто-чешуйчатой щели. Поперечный диаметр суставной ямки в среднем равен 26,6 мм, сагиттальный - 17,2 мм. Мозговую полость черепа отделяет от суставной ямки ее свод, состоящий из компактной кости, толщина которой составляет 1,7 мм. Глубина суставной ямки при целом зубном ряде равняется 8,7 мм. Суставные поверхности покрыты соединительнотканым хрящом. Волокнистый суставной хрящ покрывает нижнечелюстную ямку только кпереди от каменисто-барабанной щели и весь суставной бугорок. Хрящ костных суставных поверхностей не гиалиновый, а соединительнотканый, тонкий и непрочный. В связи с несоответствием суставной ямки величине головки этот сустав называют инконгруэнтным. Суставная ямка служит вместилищем для суставной головки, когда сомкнуты зубы. Она не является функционирующим компонентом ВНЧС, поэтому в глубоких отделах ямки отсутствует хрящевой покров.

Суставной бугорок - это одна из характерных особенностей ВНЧС, присущие только человеку; это костное плотное образование, обеспечивающее восприятие жевательного движения, расположенное кпереди от нижнечелюстной ямки, который представляет собой выступ цилиндрической формы высотой от 5 до 25 мм в основании скулового отростка височной кости. Сагиттальный диаметр равен 8,5мм, а поперечный - 19,1. Наклон его заднего ската к горизонтальной плоскости равен от 20° до 50°. Состоит из 55,5% компактного вещества кости и 44,5% губчатого. Суставной бугорок имеет два ската. Передний скат расположен кпереди от верхушки бугорка, а задний - кпереди от нижнечелюстной ямки. Скаты покрыты фиброзным хрящом и являются функциональными частями сустава. Задняя, вогнутая часть его является

местом расположения головки мышечного отростка в покое и при центральной окклюзии. Различают две крайние формы бугорка: низкий и широкий бугорок соответствует плоской нижнечелюстной ямке, высокий и узкий - глубокой ямке. Из всех элементов нижнечелюстного сустава суставной бугорок отличается наибольшей сложностью и многообразием форм. Филогенетически суставной бугорок - молодое образование и в типичной форме существует лишь у современного человека. У первобытного человека он очень примитивен, а у антропоидов совершенно отсутствует. Типичная его форма - костный выступ, ответвляющийся от скулового отростка поперечно внутрь, различный по высоте. Характер ската суставного бугорка резко меняется с возрастом. У новорожденных суставной бугорок отсутствует, появляясь в зачаточном состоянии к 7-8-му месяцу жизни; окончательно он оформляется к 6-7 годам, т.е. тоже к началу прорезывания постоянных зубов.

К краниальной части височно-нижнечелюстного сустава относится задний суставной отросток. Он резко выражен у обезьян и антропоидов, у человека редуцирует параллельно развитию суставного бугорка. Располагаясь на задней границе суставной ямки, задний суставной отросток отделяет барабанную кость от суставной головки. При нормальной окклюзии этот отросток атрофируется вследствие бездействия, приобретая вид конуса с широким основанием. У детей это образование всегда развито больше, чем суставной бугорок. В черепе инфантильных субъектов суставной бугорок тоже отсутствует. Как и головка нижней челюсти, в течение жизни человека суставной бугорок претерпевает сложные изменения. У новорожденных он отсутствует, первые признаки его определяются к концу 1-го года жизни, а развитие его в пределах индивидуальных размеров и формы завершается к 6-7 годам. С возрастом и при потере жевательных зубов суставной бугорок постепенно уплощается. При двустороннем отсутствии моляров и премоляров глубина суставной ямки и высота суставного бугорка уменьшаются на 3 мм и более. Суставной бугорок выступает важнейшим элементом ВНЧС. Он играет существенную роль в эволюции ВНЧС и в значительной степени обуславливает его место в сравнительной морфологии.

Суставной диск - это по форме двояковогнутая пластинка, которая, как «колпачок», покрывает головку нижней челюсти, состоящий из плотной фиброзной соединительной ткани с включенными хрящевыми клетками, пучки волокон который переплетаются между собой в различных направлениях. Суставной диск обеспечивает конгруэнтность нижнечелюстной ямки и головки нижней челюсти. Это объясняется тем, что суставной диск, располагаясь в виде двояковогнутой пластинки между суставной головкой мышечного отростка и нижнечелюстной ямкой. Длинный диаметр его равен в среднем 21,3мм, короткий - 11,1мм. Суставной диск имеет переднее и заднее утолщение (полюсы) покрывая суставную головку. Между задним полюсом располагается более тонкая и узкая средняя часть диска. Передний полюс диска толще заднего. Толщина его зависит от формы суставной ямки: чем глубже и уже ямка, тем диск толще, и, наоборот, чем шире и шире ямка, тем тоньше диск. Его задний отдел продолжается в соединительнотканную биламинарную зону, связывающую задний отдел ямки и заднюю часть суставной площадки головки. Гистологические исследования показали, что суставной диск с раннего возраста до 25-30 лет состоит из коллагеновой соединительной ткани, после 30 лет - из волокнистого хряща с коллагеновыми волокнами,

местами переплетающимся с отдельными эластическими волокнами. Между задним полюсом суставного диска и капсулой находится рыхлая соединительнотканная прослойка, так называемая задисковая подушка. Суставной диск на всём протяжении сращён с капсулой сустава и делит полость сустава на два не сообщающихся между собой отдела: верхний (диско-височный) и нижний (диско-суставной). Оба они выстланы изнутри складчатой синовиальной оболочкой, богатой сосудами и нервными окончаниями. Нижняя часть, вследствие более плотного прилегания диска к суставной головке, несколько уже, чем верхняя. У взрослых людей объём верхнего отдела не превышает 1,0-1,5 мл, нижнего - 0,5-0,8 мл. Нижняя часть диска повторяет форму суставной головки, обеспечивая его вращение, верхняя - нижнечелюстной ямки. Разделение полости сустава на два отдела создаёт большие компенсаторные возможности. Значительное ограничение движений в суставе наступает лишь при тяжёлых поражениях, сопровождающихся разрушением диска. При поражении только одного отдела сустава всегда имеется возможность движения в другом отделе сустава. В верхнем отделе - поступательные движения комплекса головка-диск по отношению к суставному бугорку. В нижнем отделе происходит вращение головки по отношению к диску. Передним полюсом диск прикрепляется к суставному бугорку, суставной ямке, частично к головке, что имеет большое значение при нарушении взаимного расположения суставного диска и головки нижней челюсти, внутренним и наружным полюсами - к головке нижней челюсти. К переднему краю диска прикрепляется верхняя головка латеральной крыловидной мышцы, обуславливающей способность его перемещаться по скату суставного бугорка вниз и вперед. Кроме того, диск, благодаря своей податливости играет роль буфера между суставными поверхностями, ослабляет жевательное давление. Поэтому форма диска, особенно в заднем отделе, меняется. Филогенетически диск - признак более развитого организма. В старческом возрасте диск подвергается физиологической атрофии. Изменения его структуры наступают и при различных патологических состояниях, в частности при неполноценной функциональной зубной окклюзии, деформирующем артрите и пр. Кровеносные сосуды имеются только в передней и задней частях диска, питание промежуточной зоны осуществляется за счёт тканевой жидкости и лимфы. От верхней поверхности диска к нижнечелюстной ямке идут эластичные пучки связки, а от нижней - толстая фиброзная соединительная ткань. Верхние эластичные связки возвращают диск обратно при переднем его перемещении, а нижние грубые помогают удерживать его от переднего смещения. Известно, что чем глубже ямка и чем выше суставной бугорок, тем толще задний край диска. Толщина диска в центре 1-2 мм, у переднего края 2-3мм, а сзади 3-4 мм. Диск перемещается вместе с головкой челюсти: при движениях он повторяет форму поверхности, к которой прилежит. Внутрисуставной диск увеличивает конгруэнтность суставных поверхностей, амортизирует силу давления при акте жевания, увеличивает объём активных движений в обоих этажах сустава.

Суставная капсула (сумка представляет собой податливую конусообразной формы соединительнотканную оболочку, окружающую ВНЧС (вверху капсула прикрепляется к височной кости, а внизу - к шейке мышечного отростка). На височной кости капсула прикрепляется спереди к переднему краю суставного бугорка и далее располагается по внутреннему периметру суставной ямки до передней границы ка-

менисто-барабанной щели, тем самым значительно суживая суставную ямку. Внизу суставная капсула прикрепляется к шейке мышечного отростка нижней челюсти, причем на задней границе мышечного отростка ниже, чем на передней, и имеет короткие, плотной охватывающие шейку волокна. Это эластичное, но достаточно прочное образование, которое не рвется даже при вывихах сустава, тогда как в других суставах разрывы капсулы наблюдаются нередко. Суставная сумка состоит из двух слоев: наружного, фиброзного, и внутреннего, эпителиального, образованного синовиальной оболочкой и состоящего из эндотелиальных клеток. Толщина суставной сумки неодинакова в разных её отделах и колеблется в пределах 0,4-1,7 мм. Передняя и внутренняя часть сумки тонкая, задняя её часть утолщена. Наибольшую длину сумка имеет спереди и снаружи. Этим фактом объясняется то, что передние вывихи головки нижней челюсти наблюдаются гораздо чаще, чем задние. В заднем отделе сустава между сумкой и задним полюсом диска имеется рыхлая соединительная ткань в форме трапеции, основание которой находится у сумки, вершина - у суставного диска. Внутренняя поверхность выстлана синовиальной оболочкой. Длительное смещение нижней челюсти кзади может вызвать деструкцию синовиальной оболочки и дистрофические изменения в соединительной ткани сустава. Синовиальная оболочка продуцирует синовиальную жидкость, которая увлажняет и делает скользкими суставные поверхности. При интенсивной функции сустава, выработка синовиальной жидкости повышается. Синовиальная жидкость растворяет отторгнутые хрящевые частицы и оторвавшиеся ворсинки и таким образом устраняет возможные препятствия для движения в суставе.

Связочный аппарат ВНЧС можно разделить на три группы: внутрикапсулярные, внекапсулярные (экстракапсулярные) и связки, относящиеся к данному суставу, но не связанные с суставной сумкой. Они

регулируют движения в суставе и, образуя своего рода подвеску для нижней челюсти, поддерживает постоянный контакт суставных поверхностей сочленяющихся костей

Среди патологии височно-нижнечелюстного сустава выделяют: вывихи, подвывихи, дисфункции, артриты, артрозы, анкилозы, опухоли и др. Значимое место в структуре патологии сустава принадлежит вывиху, процент которого составляет от 1,5 % до 6 % вывихов в системе опорно-двигательного аппарата человека. Существует множество причин, вызывающих данную патологию: ушибы и удары по челюсти; резкое движение челюсти во время еды или разговора; вывих челюсти при широком зевании; вредные привычки в виде помещения крупных предметов в полость рта; наличие фоновых заболеваний, ведущих к ослаблению связочного аппарата и пр. В настоящее время нельзя рассматривать заболевания полости рта изолированно, нужно учитывать, что нарушения структуры и функции ВНЧС, могут сказаться не только на прикусе или заболеваниях полости рта, но и на осанке пациента, функции дыхания и состоянии организма человека в целом. Таким образом, изучение структуры ВНЧС является базой для любого врача-стоматолога.

Список литературы

1. Анатомия человека: учебник для вузов / под ред. проф. Л.Л. Колесникова, С.С. Михайлова. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004. 814 с.
2. Клиническая анатомия черепа: учебное пособие / И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2003. 48 с.
3. Клиническая гнатология: учебное пособие / В.А. Хватова. М.: Медицина, 2008. 294 с.
4. Клиническая морфология головы и шеи. Часть 1. Череп, соединения, мышцы. А.С. Оправин, С.А. Ульяновская, В.А. Болдуев. Архангельск. 2015. С. 43- 45.
5. Морфометрические особенности костных элементов височно-нижнечелюстного сустава / Ульяновская С.А., Болдуев В.А., Басова Л.А., Амвросова М.А., Волкова О.М. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. № 3 (часть 1), 2014. С. 131-132.
6. Привес М.Г. Анатомия человека / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. 720 с.

Секция «Диагностика и лечение болевых синдромов лица и полости рта», научный руководитель – Борисова Э.Г.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Вербицкий Е.С., Федичкин О.С., Шарангин Н.М.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия, pobedaest@mail.ru

Изучено влияние боли, возникающей после эндодонтического лечения, на качество жизни пациентов. Боль снижает качество жизни в среднем до 60%. Большинство пациентов обращается за стоматологической помощью, имея уже осложненные виды кариеса.

Ключевые слова: качество жизни, боль, физическое и психическое здоровье

Самым распространенным клиническим симптомом в стоматологической практике является боль. Более чем у 80% пациентов после проведения эндодонтического лечения возникает чувство «распирания» в зубе, боль при накусывании на зуб, иррадирующая в соседние зубы или по ходу ветвей тройничного нерва, сопровождающаяся чаще всего сопутствующей неврологической симптоматикой: нарушение сна, раздражительность, тревожность. Данная симптоматика

соответствует так называемым постпломбировочным болям (ППБ). Такие состояния часто приводят к необоснованному удалению качественно и грамотно вылеченного зуба [2, 3].

Боль всегда окрашена эмоциональными переживаниями, что придает ей индивидуальный характер. Важнейшими факторами являются эмоционально-личностные особенности пациента, уровень его невротизации, наличие депрессивно-сенсопатических проявлений. [1,4,5]

Целью данной работы явилось изучение влияния боли, возникшей после эндодонтического лечения зубов, на качество жизни пациентов.

Как известно, физический компонент здоровья включает в себя такие показатели, как физическое и ролевое функционирование, боль, общее восприятие здоровья. Психический компонент здоровья включает в себя такие показатели, как жизнеспособность, социальная активность, психическое здоровье и эмоциональное функционирование.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие задачи:

1. Провести опрос пациентов с целью заполнения анкет;
2. Провести математическую обработку результатов опроса;