

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Рада молодих вчених

## **МАТЕРІАЛИ**

### **III міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених**

17-18 квітня 2012 року  
м. Вінниця

На даний час залишається предметом дискусії тактика лікування даної патології. Відсутні рекомендації щодо проведення комплексних заходів, котрі спрямовані не лише на усунення гестагенної недостатності, але й на корекцію інших порушень гомеостазу в організмі. Це зумовлює доцільність поглибленого вивчення даної проблеми.

На сьогодні виділяють окремі етіопатогенетичні варіанти НЛФ: НЛФ, як наслідок екстрагенітальної патології (на тлі тиреоїдної дисфункції, гіперпролактинемії та інсулінрезистентності з гіперандрогенією) та НЛФ, як прояв яєчникової дисфункції (нормогонадотропної та гіпергонадотропної).

Серед причин НЛФ виділяють: порушення на рівні гіпоталамо-гіпофізарної системи (гіперсекреція ЛГ, гіпосекреція ФСГ, гіпоестрогенія, гіперпролактинемія, гіперандрогенемія, гіпотиреоз), порушення рецепторного апарату яєчників і матки (хронічні ЗЗСШ, вади розвитку, геніальний інфантилізм), недостатність ЛПНЩ для синтезу прогестерону; психогенні та неврогенні розлади.

Клінічно НЛФ проявляється нерегулярними менструаціями, гіпоменструальним синдромом, дисменореєю, ДМК, аменореєю, дисгормональним станом молочних залоз, безпліддям та невиношуванням.

Виділяють такі різновиди НЛФ: дисфункція жовтого тіла – ендометрій відстає у своєму розвитку на 2 дні і більше; коротка лютеїнова фаза: менше 8 днів; неадекватна II фаза МЦ з секрецією прогестерону менше норми.

Для діагностики НЛФ використовують загальноклінічні методи; тести функціональної діагностики (вимірювання базальної температури протягом 3-х МЦ); радіоімунні – для визначення гонадотропних гормонів (ЛГ, ФСГ, естрадіол, прогестерон на 2-4 день МЦ, і пролактин на 22-24 день МЦ); гістологічне дослідження ендометрія на 22-24 день МЦ, що отримують штриховими зішкрябами ендометрію та методом аспіраційної біопсії; імуноферментні для визначення ендометріальних білків – а - 2- мікроглобулін фертильності, плацентарний а-мікроглобулін – у сироватці крові, змивах з порожнини матки на 22-24 день МЦ; ехографічне дослідження (визначення товщини ендометрія, розмірів жовтого тіла з доплерівським картуванням яєчникових та маткових артерій на 22-24 день МЦ).

Існує кілька алгоритмів лікування НЛФ. Всі вони включають 2 етапи: I етап - етіотропна терапія; II етап – призначення індивідуального комплексу диференційованих патогенетично обґрунтованих заходів, що спрямовані на відновлення повноцінного лютеогенезу.

Сучасні методи обстеження значно розширюють можливості діагностики і визначають тактику ведення і лікування пацієток з НЛФ.

## Л. І. Шкільняк, Д. О. Дорош БРУКСИЗМ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

*Кафедра хірургічної стоматології та  
щелепно-лицьової хірургії  
(науковий керівник – д.мед.н.,  
професор С. М. Шувалов)*

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця, Україна*

Бруксизм – несвідоме скреготіння зубами поза актом жування. Вперше термін «бруксизм» був введений Miller (1938). Він походить від грецького дієслова «bruchsthai», що означає скрегіт зубами. Використовують і інші терміни для позначення даної патології, такі як «ефект Karolyi», «Stridor dentium», «оклюзійний невроз». Бруксизм – захворювання поліетіологічного характеру, що є пошкодженням нейром'язового комплексу зубощелепної системи з подальшими серйозними порушеннями.

Симптоматика парафункцій різноманітна і виявляється в «безхарчовому» жуванні, несвідомому стискуванні щелеп, постукуванні і скреготінні зубами. Функціональні перевантаження призводять до таких серйозних порушень, як: 1) дистрофічні зміни в пародонті (первинний травматичний синдром, пародонтит, пародонтоз); 2) відчуття напруги і болю в жувальних м'язах вранці, рідко – нічні болі (міалгія жувальних м'язів); 3) дисфункція СНЩС; 4) підвищене стирання твердих тканин зубів; 5) підвищена ЕМГ активність м'язів, що піднімають нижню щелепу; 6) асиметрія обличчя за рахунок гіпертрофії жувального і скроневого м'язів; 7) обмеження відкриття рота і відсутність міжоклюзійного проміжку; 8) артроз скронево-нижньощелепного суглобу; 9) руйнування зубних реставрацій, втрата зубних імплантатів, скорочення терміну служби ортопедичних конструкцій та ін. Не дивлячись на чималу поширеність захворювання, багато питань етіології парафункцій жувальних м'язів до цих пір до кінця не з'ясовано, діагностика утруднена, лікування і профілактика малоефективні. На цій підставі проблему парафункцій на сьогодні необхідно визнати актуальною.

Аналізуючи дані літератури, ми встановили, що існує концепція відносно мультифакторної природи бруксизму. Деякі автори етіологічні чинники розділяють на: 1) основні (патофізіологічні і психосоціальні) і 2) другорядні (морфологічні).

Багато дослідників вважають, що основним механізмом в розвитку парафункцій є порушення оклюзії в порожнині рота. До місцевих чинників, що призводять до бруксизму, відносять: глибокий прикус, порушення оклюзії, аномалії окремих зубів і зубних рядів, шкідливі звички орального характеру, а також помилки при протезуванні (неправильне моделювання жувальних поверхонь коронок і мостоподібних протезів), передчасні зубні контакти, втрату зубів.

Сучасні погляди відносно впливу морфологічних чинників на природу бруксизму змінилися. Багато авторів вважають, що якщо вони і мають місце, то грають незначну роль. Специфічний зв'язок між бруксизмом і дисфункцією СНЩС раніше розглядався

на підставі теорії «порочного кола». Згідно цієї теорії, оклюзійні порушення або пошкодження м'язів викликає спазм і компресію кровоносних судин жувальних м'язів, що у свою чергу призводить до ішемії. Звуження судин викликає больові відчуття, що активують м'язові больові рецептори. Важливим фактом вважається те, що оклюзійні порушення можуть змінити пропріорецептивну відповідь і таким чином викликати бруксизм і спазм жувальних м'язів. Проте ці припущення були спростовані при проведенні досліджень м'язової активності на тваринах. Експериментально встановлено, що при збудженні м'яза g-моторна активність була нижча, ніж в інтактного м'яза, який не піддавали роздратуванню.

У ряді робіт підкреслюється роль психоемоційної напруги в розвитку бруксизму. Є дані авторів про те, що нестабільний психоемоційний стан є одним з пускових механізмів виникнення бруксизму. Вивчаючи зв'язок бруксизму з психічними, психологічними і соціальними чинниками, Zehvila (1975) встановив у пацієнтів такі риси характеру, як боязкість і м'якість, різну міру плаксивості. Крім того, встановлено, що бруксери відрізняються наявністю дратівливості підвищеної міри, ворожості по відношенню до інших людей, а також частими депресивними станами, а діти, хворі бруксизмом, відрізняються неспокійною поведінкою. При проведенні соціологічних досліджень встановлено, що серед людей 50-річного віку бруксери часто самотні.

У літературі описується зв'язок прояву бруксизму в осіб, що зловживають наркотичними препаратами, надмірно палять, зловживають алкоголем та кофеїном. Відомо, що кофеїн надає стимулюючу дію на скелетні м'язи, у тому числі на жувальні. До групи ризику відносяться пацієнти з наявністю неврологічних і психіатричних захворювань, таких як: інфаркт базального ганглія, церебральний параліч, краніо-цервікальна дистонія, гіпоксія та пошкодження мозку, кома, синдром Дауна, епілепсія, хвороба Хантінгтона, менінгококова септицемія, множинна системна атрофія, хвороба Паркінсона, посттравматична стресова хвороба, хвороба Вілла, синдром Ретта.

Таким чином, бруксизм – захворювання поліетіологічного характеру, що є пошкодженням нейром'язового комплексу зубощелепної системи. Дана патологія має велике значення не лише для стоматології, але і для інших клінічних дисциплін, особливо невропатології, психіатрії, нейростоматології, нейрохірургії, оториноларингології, оскільки у хворих з парафункціями жувальних м'язів страждають емоційна сфера, неврологічний статус і інші життєво важливі функції. Викладені факти показують, що на сьогодні механізми виникнення парафункцій жувальних м'язів залишаються до кінця не розкритими. Вивчення чинників, які призводять до виникнення бруксизму, є одним із способів раннього виявлення цієї патології і профілактики серйозних ускладнень.