

На основании полученных клинико-лабораторных и рентгеновских данных поставлен диагноз алкаптонурии — аутосомно-рецессивного наследственного нарушения обмена.

Описанный случай интересен как пример последовательного предположения и отвержения более частой нозологии при редком заболевании по неполному симптомокомплексу от остеохондроза, болезни Бехтерева, гиперпаратиреоза до истинного диагноза. Это наблюдение показывает необходимость повышения уровня знаний по медицинской и клинической генетике среди практических врачей, более широкого применения специальных генетических методов исследования для выявления врожденных ферментопатий.

УДК 616.314—001.4—084

Л. М. Демнер, А. П. Залиган (Казань). Профилактика бруксизма и его осложнений

Бруксизм, проявляющийся ночным скрежетанием зубов, их сжатием и другими нефизиологическими движениями нижней челюсти, является патологией, при которой привычные жевательные движения из физиологических превращаются в неуправляемую травматическую нагрузку, повреждающую зубочелюстную систему. Длительное время бруксизм рассматривался как вредная привычка или парафункция. Такое представление привело к недостаточному вниманию к этой патологии и способствовало возникновению осложнений со стороны органов и тканей зубочелюстной системы: патологической стертости зубов, заболеваний пародонта и височно-нижнечелюстных суставов. В большинстве случаев бруксизм имеет скрытое течение и не диагностируется.

Целью работы являлось уточнение причин бруксизма для разработки профилактических мероприятий по устранению его последствий и осложнений.

Обследовали 1022 рабочих и служащих обувного объединения в возрасте от 19 до 60 лет, не связанных с вредными факторами производства, а также 156 детей, страдающих глистной инвазией, в возрасте от 3 до 7 лет в детских садах г. Ставрополя и 54 ребенка — без данной патологии. Бруксизм был обнаружен у 54 (5,3%) взрослых и у 43 (27,6%) детей. У женщин бруксизм встречался достоверно чаще (6,5%), чем у мужчин (3,2%; $P < 0,01$).

Из 102 больных бруксизмом (54 выявлены при обследовании и 48 — из числа посетивших клинику с целью протезирования) только 3 человека обратились к стоматологу по поводу ночного скрежетания зубами; 27 лиц знали об этом явлении от родственников, но значения ему не придавали. После рекомендованного самоконтроля больные стали обращать внимание на сжатие зубов в дневное время.

У детей, перенесших родовую внутричерепную травму, бруксизм встречается чаще (67,8%), чем у детей без нее (18,8%; $P < 0,001$). Не совсем обоснованным оказалось распространенное мнение о том, что основной причиной ночного скрежетания зубами у детей является глистная инвазия. Обследование показало, что у детей без инвазии бруксизм наблюдается чаще (42,6%), чем у детей с данной патологией (19,6%; $P < 0,001$). Однако это не означает, что мы отвергаем возможность участия данного фактора в патогенезе бруксизма, особенно при длительной интоксикации. Как и у взрослых, бруксизм у детей имеет место чаще при ортогнатическом и глубоком прикусах (11,5%; $P < 0,05$). Со слов родителей, у 16 (37,2%) детей ночное скрежетание появилось с момента прорезывания зубов, но они, не придавая ему значения, к врачу не обращались.

Во время первичного и повторного обследования больных бруксизмом было установлено, что наиболее частыми его причинами являются нервно-психические факторы и стрессовые ситуации. Наибольшая частота бруксизма у детей и взрослых при глубоком прикусе, а также 8 из 12 случаев рецидива заболевания объясняются, вероятно, повышенным тонусом мышц, поднимающих нижнюю челюсть.

Факты несвоевременного обнаружения бруксизма у обследованных свидетельствуют о необходимости широкой информации населения о данном нервно-мышечном расстройстве, его возможных последствиях и осложнениях. Меры профилактики бруксизма и его последствий заключаются в устранении предрасполагающих факторов, способствующих его возникновению (неправильный выбор профессии, нерациональная организация труда, несоответствие профессии состоянию нервной системы).

С целью предупреждения бруксизма у детей целесообразно проводить следующие мероприятия:

- 1) санитарное просвещение родителей и работников дошкольных учреждений; 2) устранение факторов риска (острые края кариозных зубов, аномалии положения зубов, зубных рядов и прикуса, недостаточное физиологическое стирание зубов); 3) профилактика и раннее лечение глистной инвазии; 4) устранение вредных привычек; 5) профилактика внутричерепных родовых травм.

УДК 616.717.4—001.5—089.84

А. Н. Каралин (Чебоксары). К методике остеосинтеза плечевой кости

Предлагаем следующую методику интрамедуллярного остеосинтеза плеча. Больной лежит на здоровом боку. Поврежденная конечность находится в положении максимального разгибания. При закрытом остеосинтезе костномозговой канал вскрывается перфоратором из прокола кожи и мягких тканей по переднему краю акромиального отростка лопатки, где проецируется верхний полюс головки. При открытом ретроградном остеосинтезе в этот же отдел вводится перфоратор.

После остеосинтеза выступающий конец конструкции, введенный под акромиальный отросток лопатки, не препятствует восстановлению функции в плечевом суставе.