

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/aspirantskij-referat/31727>

Тип работы: Аспирантский реферат

Предмет: Медицина

Оглавление

Актуальность темы исследования 3

Цель и задачи исследования 8

Методология научного исследования 9

История развития и становления проблемы диагностики и лечения заболеваний височнонижнечелюстного сустава 10

Достижение отечественных ученых в области изучения проблем диагностики и лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава 17

Выводы 21

Список литературы 22

Актуальность темы исследования

Проблема артикуляции зубов является главной для стоматологии, поскольку движения нижней челюсти лежат в основе функционирования зубо-челюстной системы (ЗЧС). С одной стороны, ЗЧС влияет на артикуляцию, но с другой стороны, существующая связь между основными элементами ЗЧС — височно-нижнечелюстным суставом, зубо-пародонтальным комплексом и жевательными мышцами — имеет подчиненность артикуляции.

Область лица начиная от подглазничного пространства и заканчивая нижней челюстью находится в сфере профессионального интереса стоматологов и врачей других специальностей.

Диагностические критерии в отношении орофациальной боли с небольшими различиями представлены в классификации Международной ассоциации по изучению боли (IASP) и в Международной классификации головных болей, однако немногие из них имеют достаточную валидность и подтверждены исследованиями «случай-контроль». С клинической точки зрения рационально выделять постоянную и эпизодическую боль, по локализации – одноили двустороннюю. Лицевая боль характеризуется высокой степенью коморбидности, ее сопровождают тревожно-депрессивные расстройства и хронический болевой синдром. Наиболее эффективным методом лечения является комплексный подход, основанный на биопсихосоциальной модели, которая учитывает анатомический субстрат боли, психологическую

2

и социальную составляющие. Подходы к диагностике и лечению лицевых болей значительно различаются в зависимости от специальности врача. Самыми частыми источниками орофациальных болей являются заболевания зубочелюстной системы. Большинство пациентов обращаются к стоматологам, которые обычно успешно справляются с данной проблемой. В то же время в ряде случаев боль имеет иную природу, которая не распознается и приводит к необоснованным стоматологическим вмешательствам, включая многочисленные экстракции зубов.

Наиболее распространенной причиной лицевых болей, не связанной со стоматологическими заболеваниями, является дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ДВНЧС) (син.: синдром Костена, миофасциальный болевой дисфункциональный синдром, краниомандибулярная дисфункция). Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) – один из самых сложных суставов организма, в образовании которого участвуют головка нижней челюсти и суставная поверхность височной кости; укрепляется сочленение суставной капсулой, связками и мышцами; сочленяющиеся поверхности дополнены расположенным между ними волокнистым внутрисуставным диском, который прирастает краями к суставной капсуле и разделяет суставную полость на два обособленных отдела. Оба ВНЧС функционируют одновременно, представляя собой единое комбинированное парное сочленение, которое обеспечивает движение нижней челюсти: вверх-вниз, вперед-назад и из стороны в сторону. Нарушение в подвижности системы мышц, связок, хрящей и костей приводит к формированию дисфункции.

Методология научного исследования

Сама методология включает в себя 2 группы методов: к первой группе методов относится аналитическое исследование существующих научных знаний, а ко второй группе получение нового знания, то есть, методы научного исследования. Именно эти методы представляют наибольший интерес для будущих исследователей. Хотя они не могут заменить талант и творчество, тем не менее, служат важным подспорьем в процессе поиска истины, организации и контроля исследования.

В развитии медицинской науки активно применяются оба этих метода, поскольку без длительного теоретического изучения имеющихся разработок и материала невозможно выдвигать гипотезы и исправлять ошибочные предположения прошлого, а без практического применения предполагаемых решений невозможно активно развивать и реализовывать предлагаемые решения. Оба эти метода тесно переплетаются на всем протяжении и становлении медицинской науки.

Впервые о проблемах научного метода стали задумываться еще древнегреческие ученые. Именно тогда стало известно об аксиоматическом методе и связанной с ним дедуктивной логики.

Поскольку в античной науке не существовало опытного естествознания, как прообраза современной медицинской науки. С возникновением экспериментального естествознания в XVII в. на первый план выдвигается проблема исследования методов и средств опытного изучения медицинской проблематики.

Современной методологией используется множество других способов и приемов познания, общей особенностью которых является целенаправленный, организованный и систематический характер поиска истины. Только при систематическом использовании методов можно

3

приблизиться к истине. Поэтому в самом широком смысле метод можно рассматривать как некоторую систематическую процедуру, состоящую из последовательности определенных операций, применение которых либо приводит к достижению поставленной цели, либо приближает к ней.

Гипотетико-дедуктивный метод познания

Долгое время было распространено мнение, что методы эмпирических наук, в особенности естествознания, основываются на индукции, т.е. установлении общих законов на основе опытного исследования отдельных явлений и событий. Однако из опыта, как мы уже знаем, нельзя логически вывести достоверного знания об общем. Результаты опыта всегда имеют гипотетический, вероятностный характер. Все это заставило ученых отказаться от индуктивной модели обоснования науки и обратиться к анализу роли в ней гипотез.

Индуктивный метод познания

С помощью индукции можно делать обобщения и открывать простейшие эмпирические законы, но, во-первых, все они не выходят за рамки наблюдаемых свойств явлений, во-вторых, результаты индукции никогда не бывают безошибочными и достоверно истинными, а только вероятными или правдоподобными в той или иной степени.

Системный метод исследования

В самом общем и широком смысле слова под системным исследованием предметов и явлений понимают такой метод, при котором они рассматриваются как части или элементы единого, целостного образования. Эти части или элементы, взаимодействуя друг с другом, определяют новые, интегративные свойства системы, которые отсутствуют у отдельных ее элементов. Для системного подхода характерно именно целостное рассмотрение, установление взаимодействия составных частей или элементов совокупности, несводимость свойств целого к свойствам частей. Данный метод активно распространен в медицине.

Применимость различных методов исследования для решения поставленной задачи

Для разработки любого метода лечения применим, прежде всего, системный метод, т. к. для решения поставленной задачи необходимо разработать решение, которые представляют собой с философской точки зрения системы. Причем системы иерархические, взаимодействующие с другими системами. Разработка этих систем заключается в построении их моделей и последующей экспериментальной проверке.

Критерии предпочтения или критериальные постановки могут формулироваться по-разному и в конечном итоге отражают степень информированности и понимание задачи выбора лицом

принимающим решение. Обычно все множество критериев условно классифицируют следующим образом: векторные и скалярные; безусловные и условные; метрические и неметрические.

Становление медицинской науки – это сложная комбинация методов теоретического, практического, моделирующего познания, которое только в совокупности позволяет добиться прогресса развития научного знания на протяжении всей истории человечества.

4

История развития и становления проблемы диагностики и лечения заболеваний височнонижнечелюстного сустава

История изучения заболеваний и повреждений височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) началась в древние времена. В 460–370 гг. до н. э. представитель известной косской медицинской школы Гиппократ описал ряд особенностей при лечении повреждений челюстей. В тексте гиппократовского корпуса дано описание клиники и лечения одностороннего и двустороннего переднего вывиха нижней челюсти [1], а предложенным им методом по вправлению переднего вывиха нижней челюсти находит отражение в современной практике. Об острых вывихах нижней челюсти кзади сообщалось еще в XIV в. Гюи де Шолиаком, XVI в. – Амбруазом Паре.

М.Б. Фабриканта, активно изучавший историю вопроса, указал, что клинику, диагностику, методику вправления нижней челюсти при заднем вывихе подробно описали несколькими веками позже в 1888 г., Tiem. Им было установлено, что головка нижней челюсти при заднем вывихе смещается в fossa tympanico-mastoideus, границу которого кпереди составляет tuberculum tympanicum, кзади – processus mastoideus, медиально – processus styloideus. При таком смещении головка находится под костным отделом наружного слухового прохода. Этот вывих бывает преимущественно односторонним, как правило, наблюдается у женщин, поскольку головка нижней челюсти у них бывает меньших размеров, хирургам сообщил о новом способе оперативного лечения привычного вывиха нижней челюсти методом артротомии и перемещения суставного диска кпереди с расположением его в качестве ограничителя между задней поверхностью суставного бугорка и суставной головкой. За год до этого A. Lindemann предложил метод хирургического лечения привычных вывихов был разработан, сущность которого сводилась к созданию препятствия для головки нижней челюсти путем расщепления скуловой дуги в области суставного бугорка. Важно отметить, что при этом способе исключалась артротомия, существенно снижалась травматичность операции

Список литературы

1. Каспарова Н.Н., Колесов А.А., Воробьев Ю.И. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. М.: Медицина, 1981. 160 с.
2. Manfredini D. temporomandibular disorders. Modern concepts of diagnosis and treatment. M.: ABCs, 2013. 500 p. (in Russian)
3. Salash J.R., Hossameldin R.H., Almarza A.J., Chou J.C., McCain J.P., Mercuri L.G., Wolford L. M., Detamore M.S. Potential Indications for Tissue Engineering in TMJ Surgery // J. of Oral and Maxillofac. Surg. 2015. Available at: <http://Doi: 10.1016/j.joms.2015.11.008>.
4. Sysolyatin S.P., Sysolyatin P.G. Endoscopic technology in maxillofacial surgery. Moscow, Medicine Publ., 2005. 144 p. (in Russian).
5. Utreja A., Dymont N.A., Yadav S., Villa M.M., Li Y., Jiang X., Nanda R., Rowe D.W. Cell and matrix response of temporomandibular cartilage to mechanical loading // Osteoarthritis and Cartilage. 2015. xxx. P. 1–10. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joca.2015.08.010>.
- 5
6. Mylonas A., Tzerbos F.H. Cranio-maxillofacial surgery in Corpus Hippocraticum // J. CranioMaxillofac. Surg. 2006. V. 34. № 3. P. 129–134.
7. Никандров А.М. О лечении анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков // Теория и практика стоматологии. Вып. 15. С. 202–206.
8. Wen-Ching Ko. E. Temporomandibular joint reconstruction in children costochondral grafts // J. Oral Maxillofac. Surg. 1999. V. 57. P. 789–798.
9. Bond S.E., Saeed N.R., Cussons P.D., Watt-Smith S.R. Reconstruction of temporomandibular joint by the free vascularised second metatarsal // Brit. J. Oral and Maxillofac. Surg. 2004. V.42. P. 241–245.
10. Dierks E.J., Buehler M. D. Complete replacement of the temporomandibular joint with a microvascular transfer of the second metatarsal – phalangeal joint // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North.

Am. 2000. № 12. P. 139–140.

11. Vikki S.K., Hukki J., Nietosvarra Y., Hurmerinta K. Microvascular temporomandibular joint and mandibular ramus reconstruction in hemifacial microsomia //J. Craniofac. Surg. 2002. V. 13. P. 809–815.
12. Christensen R. W. The History of the Christensen Mandibular end TMJ Alloplastic Reconstruction // TMJournal. 2004. V. 3. № 6. P. 1–19.
13. Medical Materials and Implants with Shape Memory. Shape memory implants in maxillofacial surgery. Т. 4 /P.G. Sysolyatin, V. E. Gunter, S. P. Sysolyatin et al. Tomsk: Publishing house of the MIC, 2012. 384 p. (in Russian).
14. Radkevich A.A., Gantimurov A.A., Gunter V.E. Clearing temporomandibular ankylosis, combined with mandibular micrognathia with the use of implants of porous NiTi // Institute of Dentistry, 2013, no. 2, pp. 30–33 (in Russian).
15. Sysolyatin P.G., Novikov A.I., Sysolyatin S.P. Comparative evaluation of surgical approaches to the temporomandibular joint. Stomatologiya, 2007, no 5, pp. 35–39 (in Russian).
16. Jones R.H.B. The use of virtual planning and navigation in treatment of temporomandibular joint ankylosis // Austral. Dent. J. 2013. V. 58. P. 358–367.
17. Dimitroulis G. Comparison of the outcomes of three surgical treatments for end-stage temporomandibular joint disease // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2014. Vol. 43. P. 980–989. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijom.2014.02.004>.
18. Baydik O. D, Titarenko M. A., Sysolyatin P. G. Tissue engineering in dentistry Stomatologiya, 2015, no 2, pp. 65–68. Available at: Doi:10.17116/stomat201594265-68 (in Russian).
19. Иорданишвили А.К., Амро А. Вклад ученых Санкт-Петербурга в развитие научных и прикладных вопросов стоматологической артрологии// Пародонтология. 2013. №3 (68). С. 67-71

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/aspirantskij-referat/31727>