

шался срок нетрудоспособности амбулаторных больных. Побочного действия препарата у наблюдавшихся нами больных не отмечено.

Положительным качеством диоксида при применении его в полости рта для дренирования является то, что он, в отличие от мази Вишневского, стафилококкового бактериофага, раствора димексида, эктерицида, не имеет вкуса и запаха.

Нами были проведены клинко-микробиологические исследования в двух группах больных с одонтогенными периоститами и остеомиелитами челюстей, леченных только местно, но различными средствами. Больным 1-й группы (43) после вскрытия гнойника вводили в рану дренажи с 1% раствором диоксида, а 2-й группы (30) — дренажи с мазью Вишневского. На следующий день у больных 1-й группы более значительно уменьшались гиперемия, отечность и инфильтрация тканей, чем у пациентов 2-й группы. На краях раны, дренированной 1% раствором диоксида, отсутствовал некротический налет, в то время как при применении мази Вишневского он сохранялся и в последующие дни. Гнойное отделяемое в ране исчезало у больных обеих групп, как правило, одновременно (на 3-й день), но эпителизация наступала на 1—2 дня раньше при дренировании ран 1% раствором диоксида.

Для изучения микрофлоры материал из разреза брали стерильным ватным тампоном до лечения и через 1—2 дня в процессе лечения и засевали на сахарный мясо-пептонный бульон, среду Китта — Тароцци, желточно-солевой агар и кровяной мясо-пептонный агар. Выделяли чистые культуры и изучали их свойства.

Как видно из приводимой ниже таблицы, у больных одонтогенными периоститами и остеомиелитами челюстей наиболее часто выделялась ассоциация золотистого стафилококка с пиогенным стрептококком.

Динамика изменения микрофлоры при лечении диоксидом (1-я группа больных) и мазью Вишневского (2-я группа)

Микрофлора	Группа больных	Число больных, у которых обнаружена микрофлора		
		до лечения	через 1 день лечения	через 2 дня лечения
Ассоциация золотистого стафилококка с пиогенным стрептококком	1-я . .	34	12	2
	2-я . .	28	10	7
Золотистый стафилококк	1-я . .	2	8	1
	2-я . .	0	4	0
Пиогенный стрептококк	1-я . .	7	3	0
	2-я . .	2	2	4
Бактерий не обнаружено	1-я . .	0	20	40
	2-я . .	0	14	19

Некоторые культуры золотистого стафилококка, выделенные после лечения диоксидом, теряли лецитовителазную активность и способность коагулировать цитратную плазму, а стрептококки теряли гемолитические свойства.

Клинко-бактериологические исследования указывают на эффективность лечебного действия диоксида при воспалительных процессах челюстно-лицевой области. Диоксид не дает побочных действий, не вызывает неприятных вкусовых ощущений и может быть рекомендован для лечебных целей как в условиях стационара, так и в стоматологических поликлиниках.

Поступила 27 октября 1980 г.

УДК 616.724—073.756.8

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕНТГЕНОГРАММ ВИСОЧНО-ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЧЕЛОВЕКА

Г. Г. Насибуллин

Кафедра хирургической и ортопедической стоматологии (зав. — проф. Г. Г. Насибуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Изменение взаиморасположения элементов височно-челюстного сустава в зависимости от функциональных смещений нижней челюсти может быть ошибочно интерпретировано как подвывих и вывих головок сустава. Важным условием, помогающим избежать диагностических ошибок при рентгенологическом исследова-

нии, является правильное положение нижней челюсти пациента в момент экспозиции. Получение идентичных рентгенограмм височно-челюстного сустава достигается при помощи краниостата, унифицирующего укладку.

Ключевые слова: височно-челюстной сустав, рентгенография.

3 иллюстрации. Библиография: 1 название.

При рентгенологическом исследовании височно-челюстного сустава трудно избежать наслоений костей черепа и получить четкие снимки, что усложняет диагностику заболеваний сустава. Ни одна из предложенных укладок в полной мере не отвечает требованиям, в том числе и широко известная укладка Шюллера и ее модификации. Укладки Пордеса, Парма, Хаубериссера, Альтшуль-Аффенорде и Гудфренда — Келли редко применяются из-за сложности и ограниченного обзора.

Другой важной стороной рентгенологического исследования височно-челюстного сустава является получение идентичных повторных рентгенограмм. В этих целях мы пользуемся краниостатом собственной конструкции и получаем снимки в унифицированных условиях как при снятии с разных сторон, так и при повторении снимков через необходимые промежутки времени (Г. Г. Насибуллин, 1962). Стандартизация условий получения снимков достигается, во-первых, центрированием трубки на нижний ушной стержень краниостата (а не на теменную область головы, как предусматривается в других укладках), поэтому независимо от объекта положение трубки не меняется; во-вторых, закреплением головы при помощи ушных стержней и носового хомутка, положение которого регистрируется, что даст возможность соблюсти его при повторных снимках. Наиболее рациональный наклон трубки, как установлено нами опытным путем, составляет 22° .

Данная укладка обеспечивает оптимальное взаимоотношение суставных элементов и позволяет избежать больших наслоений костей черепа на височно-челюстной сустав. На снимках прослеживаются все костные элементы сустава: головка, ямка, суставной бугорок. Благодаря стандартизации условий съемки укладка больного намного облегчается, занимает меньше времени, чем любая другая. Так же просто устанавливается положение головы для повторных снимков.

В диагностике заболеваний височно-челюстного сустава решающее значение имеет дифференциация патологических смещений суставных головок от нормальных

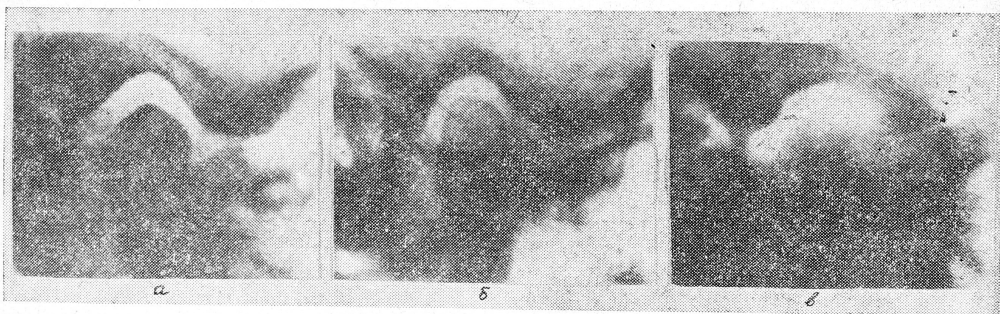


Рис. 1. Виды расположения суставных головок в суставных ямках: а — переднее; б — центральное; в — заднее.

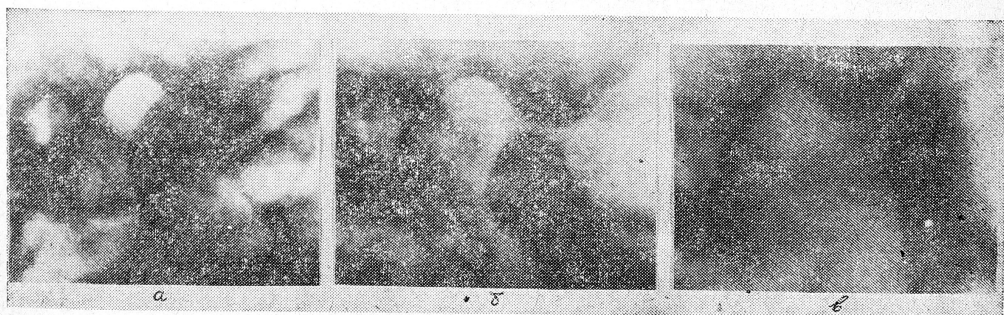


Рис. 2. Положение суставных головок при открывании рта: а — при незначительном открывании рта суставные головки смещаются по скату суставных бугорков вперед и книзу; б — при широком открывании рта головки устанавливаются на вершине суставных бугорков; в — выход суставных головок за пределы бугорков при широком открывании рта.

функциональных перемещений. В норме встречается 3 вида расположения суставных головок при центральной окклюзии (характеризуется плотным и правильным смыканием зубных рядов и расположением суставных головок в суставных ямках): переднее — в 45%, центральное — в 45% и заднее — в 10% (рис. 1, а, б, в). Движения нижней челюсти обуславливают характерные сдвиги суставных головок с одной или с обеих сторон. При состоянии относительного физиологического покоя нижней челюсти заметных смещений головок не наблюдается. При открывании рта суставные головки с обеих сторон смещаются вперед и книзу и выходят на вершину суставных бугорков (рис. 2, а, б), а иногда — и за бугорки в подвисочную ямку, что может быть ошибочно расценено как вывих суставных головок (рис. 2, в).

Между тем при закрытии рта головки свободно возвращаются в суставные ямки. Такая свободная экскурсия суставных головок при открывании рта называется физиологическим подвывихом (*Elapsio praearticularis*) и встречается часто у молодых людей. При боковом сдвиге нижней челюсти головки смещаются неравномерно. На стороне смещения нижней челюсти (рабочая сторона) суставная головка остается в суставной ямке (рис. 3, а), а на противоположной стороне (балансирующая сторона) она выходит на вершину суставного бугорка (рис. 3, б), что также может быть интерпретировано как вывих головки.

Рис. 3. Положение суставных головок при боковых движениях нижней челюсти: а — на рабочей стороне нижней челюсти суставная головка остается в суставной ямке; б — на балансирующей стороне головка совершает поступательное движение вперед и книзу и располагается на вершине суставного бугорка.



Кроме перечисленных физиологических смещений суставных головок топографические изменения наблюдаются также при различных патологических процессах в суставе — сдвиг кзади при артрозах, различные смещения головок при гиперплазии их, при переломе суставного отростка и пр. Смещение суставных головок кзади и вверх часто бывает при потере зубов, патологической стираемости и других поражениях зубов, сопровождающихся понижением высоты прикуса. Поэтому так важно знать и учитывать особенности функциональных смещений суставных головок и анатомических вариаций строения височно-челюстного сустава — это поможет избежать диагностических ошибок при интерпретации рентгенограмм височно-челюстного сустава.

При укладке мы рекомендуем обратить внимание на положение нижней челюсти и смыкание зубов: основной снимок — в положении центральной окклюзии, когда все зубы смыкаются плотно; второй — при максимально открытом рте (желательно, чтобы степень открывания рта была одинаковой при снятии как с правой, так и с левой стороны). Для исследования височно-челюстного сустава обязательным является также получение снимков со здоровой стороны. Таким образом, с каждой стороны получают снимки в положении центральной окклюзии и при широком открывании рта — всего 4 рентгенограммы.

Весьма ценную информацию для диагностики заболеваний височно-челюстного сустава дает томографическое исследование со срезами на уровне 1; 1,5 и 2 см. Эти снимки позволяют выявить деструктивные изменения костных элементов височно-челюстного сустава, которые на обычных рентгенограммах могут быть скрыты наложением других участков суставных элементов.

В заключение считаем нужным отметить, что для получения правильно ориентированных рентгенограмм по функциональным состояниям зубочелюстной системы следует организовать специальное обучение рентгенолаборантов методике укладки и снимания рентгенограмм и томограмм височно-челюстного сустава.

ЛИТЕРАТУРА

Насибуллин Г. Г. В кн.: Вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1962.

Поступила 30 сентября 1980 г.