

66,4% лиц преждевременное снятие мостовидных протезов было вызвано заболеванием опорных зубов или тканей пародонта и только у 33,6% — нарушением целостности протезов или рассасыванием цемента.

Следовательно, при необходимости замещения дефектов зубных рядов нужно строго дифференцировать показания к выбору конструкции протеза и шире внедрять протезирование современными конструкциями мостовидных протезов, увеличивающими их прочность. Очень важно установить причину заболевания опорных зубов и окружающих их тканей, из-за которых возникает необходимость преждевременного снятия мостовидных протезов.

УДК 616.724—007.248—08

С. А. Зизевский (Казань). Артروزы височно-нижнечелюстного сустава с симптомом щелканья

В течение двух лет мы обследовали и провели лечение 22 больных (женщин — 20, мужчин — 2) в возрасте от 18 до 62 лет с хроническими артрозами височно-нижнечелюстного сустава с симптомом щелканья. Больные были разделены на две группы. В 1-ю мы включили 9 человек со щелканьем в суставе, во 2-ю — 13 человек, у которых щелканье сопровождалось болями в области сустава.

У пациентов 1-й группы основными клиническими проявлениями были щелканье и хруст в суставе с одной, реже с двух сторон. Из анамнеза выяснилось, что у 4 человек щелканье возникло после травмы, вызванной длительным пребыванием с открытым ртом во время удаления зубов, у 2 — после приема твердой пищи, у 1 — после резкого открывания рта во время зевания, двое пациентов указать причину возникновения щелканья не могли. У одних больных (5) щелканье выявлялось лишь при пальпации сустава через слуховое отверстие, у других (4) оно было слышно при разговоре и при движениях нижней челюсти на расстоянии. Ограниченное открывание рта отмечалось у 2 больных. Пальпация жевательных мышц и области сустава была безболезненной.

У всех больных 2-й группы также было щелканье в височно-нижнечелюстном сочленении. Оно возникало в начальной, промежуточной и конечной стадиях опускания нижней челюсти, у 3 человек щелчок был слышен при поднимании челюсти. Половина больных 2-й группы отмечала, что заболевание начиналось со щелканья в суставе, боль присоединялась позже. В этот период появлялось ограничение движений нижней челюсти и болезненность при пальпации отдельных участков височной, жевательной и нижней части наружной крыловидной мышц. Почти во всех случаях у больных обнаруживалось смещение нижней челюсти при открывании рта в сторону пораженного сустава, что было обусловлено рефлексом сжатия большого сустава. Боль, как правило, носила кратковременный характер, лишь у 2 пациентов была постоянной. Иррадиацию в височную область, шею, нижнюю челюсть и в ухо отмечали 12 больных, у одного боль локализовалась только в области пораженного сустава. Ограничение подвижности нижней челюсти выявлено у 6 из обследованных этой группы. Оно выражалось в затрудненном открывании рта, которое оставалось у одних в течение всего дня, у других исчезало к вечеру. Появление болезненности в области сустава было связано с травмами, полученными во время приема твердой пищи, с неправильным протезированием дефектов зубных рядов, с резким открыванием рта во время зевания и т. д. Некоторые пациенты жаловались на ухудшение общего состояния, головную боль, быструю утомляемость.

Следует отметить, что у 20 пациентов был ортогнатический прикус, у 2 — глубокий. Всем больным проводили рентгенографию сустава до, в процессе лечения и после него. До начала ортопедического лечения снимки сустава получали в положении центральной окклюзии с обеих сторон и при широком открывании рта (для выяснения экскурсии суставной головки).

Деструктивных изменений костных элементов височно-нижнечелюстного сустава на рентгенограммах не обнаружили, но были выявлены сдвиги в положении суставных головок как при сомкнутых челюстях, так и при широком открывании рта, в частности чрезмерная подвижность суставных головок с их выходом из суставной ямки по типу вывиха, а также неодинаковая экскурсия суставных головок на разных сторонах.

В целях дифференциальной диагностики все больные были осмотрены оториноларингологом и невропатологом.

Во время обследования пациентов мы обнаружили, что при движениях нижней челюсти, выдвинутой в переднее положение, щелканье в суставе прекращается и отмечается уменьшение боли, поэтому ортопедическое лечение заключалось в следующем. Больным изготавливалась съемная каппа на нижнюю или верхнюю челюсть (при наличии дефектов в зубном ряду — в виде съемного протеза), закрепляющая нижнюю челюсть в выдвинутом положении (передняя окклюзия). На каппе создаются ретенционные участки и дефлекторы, препятствующие смещению нижней челюсти назад. Во фронтальном отделе резцы соприкасаются режущими поверхностями. Образованную щель в боковых отделах заполняет слой пластмассы, таким образом контакт

тируют все зубы-антагонисты, что препятствует зубоальвеолярному перемещению.

На рентгенограммах сустава с каппой отмечалось сужение суставной щели в переднем участке и расширение в заднем, суставная головка находилась на скате суставного бугорка. Щелканье в суставе исчезало сразу после наложения каппы, боль проходила через 2—3 дня. Продолжительность ортопедического лечения составляла в среднем 3—6 мес. Наряду с основным ортопедическим лечением, некоторым больным 2-й группы в остром периоде (при болях) проводили флюктофорез 2% раствора новокаина на область пораженного сустава, назначали компрессы с медицинской желчью и сухое тепло.

После окончания лечения, конец которого определяли по клинической картине, нижнюю челюсть устанавливали в привычное положение. С возвращением суставных головок в суставные ямки каких-либо изменений и перестройки элементов височно-нижнечелюстного сочленения на повторных рентгенограммах не обнаружено.

УДК 616.314.22—007.53—089.8

**И. М. Федяев, В. П. Болонкин, В. Д. Архипов, Р. И. Хуснутдинов (Куйбышев).
Хирургическое лечение прогении**

В клинике хирургической стоматологии с 1968 по 1982 г. на лечении находилось 60 больных (женщин — 31, мужчин — 29) с прогенией в возрасте от 11 до 31 года. Истинная прогения выявлена у 57 больных, ложная — у 3, осложненная открытым прикусом — у 12, перекрестным — у 4, глубоким — у 1, макроглоссией — у 4. Односторонняя нижняя прогения констатирована у 4 больных.

До реконструктивных операций и в процессе реабилитации больных использовали функциональные методы исследования: мастикациографию, реографию, спирографию. На гипсовых моделях определяли возможность получения правильного прикуса, отмечали бугры зубов, подлежащих шлифованию во время операции. На телерентгенограммах и моделях челюстей выполняли антропометрические исследования и разрабатывали окончательный план оперативного вмешательства. Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом с интубацией трахеи через нос.

Отдавая предпочтение косой скользящей остеотомии ветви нижней челюсти по методу В. С. Васильева (1967), мы учитываем, что этот метод имеет и определенные недостатки. В период реабилитации у 10% больных выявились боли в области височно-нижнечелюстных суставов, что было связано с изменением положения головки мышечкового отростка нижней челюсти. Из-за малой площади соприкосновения фрагментов нижней челюсти возникал рецидив деформации и открытого прикуса, удлинялись сроки иммобилизации и реабилитации больных. Исходя из этого мы модифицировали метод В. С. Васильева, увеличив площадь соприкосновения между перемещенными фрагментами нижней челюсти и переместив жевательные мышцы.

На большом фрагменте нижней челюсти удаляем наружную кортикальную пластинку, а на малом — внутреннюю. Сопоставляем фрагменты нижней челюсти не в стык, а внакладку. После остеосинтеза фрагментов нижней челюсти осуществляем пересадку собственно жевательных мышц. Перемещение кпереди на костной площадке наиболее мощных мышц челюстно-лицевого аппарата благоприятно сказывается на отдаленных анатомических и функциональных результатах.

Образование послеоперационного рубца безразлично для пациентов, особенно женщин. Скелетирование ветви нижней челюсти на большом протяжении с отсечением жевательной мышцы вызывает значительную травму окружающих мягких тканей. С учетом этого 4 больным остеотомия ветви была произведена внутриротовым доступом по В. Ф. Рудько с использованием костнопластического материала. Получен хороший функциональный и косметический эффект.

У 4 больных с прогенией, осложненной макроглоссией, одновременно с основным оперативным вмешательством осуществлена клиновидная резекция языка. При умеренном выдвигении подбородка кпереди 3 пациентам выполнена внутриротовым доступом сегментарная его резекция. У всех больных получены хорошие функциональные и косметические результаты.

С целью профилактики воспалительных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде применяли орошение раны антибиотиками и антисептиками через катетер, введенный чрескожно на несколько дней.

В послеоперационном периоде медикаментозное и физиотерапевтическое лечение сочетали с гипербарической оксигенацией. Через 5—7 дней после операции больные получали анаболические гормоны, коамид, электростимуляцию жевательных мышц. Через 12—14 дней начинали дозированную активно-пассивную механотерапию. Клинически и рентгенологически консолидация фрагментов



Универсальная теменно-подбородочная повязка с эластичной тягой в вертикальной и сагиттальной плоскостях.