

Э. М. ГЕВОРКЯН

МЕТОД ПОЛУЧЕНИЯ ИДЕНТИЧНЫХ ТОМОГРАФИЧЕСКИХ СНИМКОВ ВИСОЧНО-ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Для правильной оценки патологических изменений в височно-челюстном суставе важно иметь рентгеновские снимки и сопоставить их с нормальным суставом при различных видах прикуса. Такие сведения необходимы для распознавания изменений, происходящих в височно-челюстном суставе при понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица, в частности вследствие патологической стираемости твердых тканей зубов.

Вопрос связи формы и функции сустава с видом соотношения зубных рядов привлекает к себе особое внимание стоматологов в последние 20—25 лет. Неоднократно подчеркивается необходимость тщательного изучения вида сочленения сустава и особенностей его функции при разнообразных ортопедических мероприятиях. Недоучет влияния формы прикуса на работу сочленения приводит к грубым ошибкам ортопедов, которые сказываются в серьезных нарушениях функции сустава и, следовательно, в нарушениях акта жевания.

Однако работ, специально и подробно касающихся особенностей височно-челюстного сустава при патологической стираемости твердых тканей зубов, крайне мало. Главным уточнением должно быть получение четких и идентичных снимков при повторном рентгеновском исследовании. Целесообразно эти снимки получить томографически.

К сожалению, послойное исследование височно-челюстного сустава до сих пор мало освещено. Лишь Н. А. Рабухина (1959 г.) опубликовала возможность и целесообразность послойной рентгенографии в определении нормальных типов нижне-челюстного сустава и выявлении патологических изменений в нем.

Вопросу об изменениях в зубо-челюстной системе при патологической стираемости зубов не уделялось достаточного внимания. В связи с этим по предложению В. Ю. Курляндского мы поставили цель произвести томографическое изучение соотношения элементов височно-челюстного сустава при понижении нижнего отдела лица при патологической стираемости твердых тканей зубов. Кроме того, нужно было разработать методику получения идентичных томограмм. Поскольку решение этих вопросов связано с госпитализацией больного, мы сконструировали приспособление, позволяющее максимально унифицировать укладку больного.

Приспособление состоит из тонкой эбонитовой пластинки размером 65×25 см с установленными на ней двумя стойками высотой 20 см; поверхность стоек отмечена делениями в миллиметрах. На стойках подвижно укреплены центраторы с таким расчетом, чтобы их можно было продвигать по вертикали. Стойки укреплены на эбонитовой пластинке на расстоянии 32,5 см от центральной линии. По обе стороны от средней линии на расстоянии 2 см в пластинке сделаны отверстия, в которые при снимках вставляется пластинка с конусовидным выступом, изготовленная из пластмассы, легко пропускающая рентгеновские лучи.

При исследовании левого височно-челюстного сустава голова больного укладывается на лежащую на съемочном столе эбонитовую пластинку в таком положении, чтобы в наружный слуховой проход вошел пластмассовый конусовидный выступ. Голова упирается в трех точках: ушная раковина, скуловая кость, угол нижней челюсти. При этом кончик носа должен находиться против левой стойки. Центратором отмечается высота носа от поверхности пластинки. При повторных томограммах все описанные выше условия строго повторяются и, таким образом, достигается идентичность укладок.

Описания правильного или неправильного соотношения элементов височно-челюстного сустава необходимо давать на основании измерения ширины суставной щели в трех отделах: переднем, верхнем и заднем, сопоставив данные нормального сустава, и при понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица.

По литературным данным, до последнего времени измерение суставной щели производилось без увеличения рентгеновских снимков, измерение производилось при помощи накладывания на пленку специальной сетки или накладывания на пленку схематического изображения челюсти.

Описанные методы искажают нормальную ширину суставной щели и не дают точного измерения ее. Отстранив вышесказанное, мы для полного измерения суставной щели при помощи проекционного фонаря рентгеновские снимки увеличивали в 10 раз. Методика, предложенная нами, дает точное изображение суставной щели, облегчает измерение ее и дает объективные показатели для сопоставления и сравнения. По этой методике мы сняли около 90 рентгеновских снимков.

Анализ полученных данных при измерении ширины суставной щели в трех отделах показывает, что при патологической стираемости твердых тканей зубов со снижением окклюзионной высоты нижнего отдела лица ширина суставной щели может варьировать во всех трех участках. Ширина в переднем отделе варьирует от 1 до 4 мм, в верхнем и заднем отделах—от 2 до 3 мм. При понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица происходит смещение суставной головки назад и вниз и, следовательно, расширение суставной щели между скатом суставного бугорка и передней поверхностью суставной головки и сужение суставной щели между задней поверхностью суставной головки и заднесуставным отростком. Чем больше снижение окклюзионной высоты нижнего отдела лица,

тем сильнее выражена стираемость и больше расхождение суставной щели.

Анализ полученных данных измерения суставной щели при патологической стираемости твердых тканей зубов со снижением высоты нижнего отдела лица показывает, что ширина суставной щели может варьировать в переднем отделе от 5 до 8 мм, в верхнем—от 6 до 9 мм, в заднем—от 5 до 8 мм. При патологической стираемости твердых тканей зубов без понижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица на томографических снимках мы не обнаружили изменения ширины суставной щели.

Измерение ширины суставной щели при патологической стираемости твердых тканей зубов показывает, что чем сильнее выражена стираемость со снижением окклюзионной высоты нижнего отдела лица, тем больше расхождение между шириной в участке (передний, верхний, задний).

В зависимости от формы сустава и степени стираемости твердых тканей зубов со снижением окклюзионной высоты нижнего отдела лица ширина суставной щели колеблется в переднем участке от 5 до 8 мм. Эти показатели говорят о крайней вариабельности височно-челюстного сочленения в нормальных условиях.

При понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица на 2 мм в переднем участке суставная щель раширяется приблизительно на 3 мм, в верхнем участке—на 4 мм, а в заднем участке сужается на 3 мм.

Идентичные боковые томографические снимки височно-челюстного сустава на глубине 2,5 мм от поверхности стола отличаются от существующих рентгеновских снимков следующим: контур головки и шейки суставного отростка очерчен четко, форма головки не изменяется, получается четкое изображение суставной щели, костная структура элементов сустава видна достаточно четко.

В ы в о д ы

1. Томография височно-челюстного сустава при специальной укладке дает возможность получить идентичные снимки. На основе полученных томографических снимков при разной окклюзионной высоте нижнего отдела лица установлено, что при понижении окклюзионной высоты меняется соотношение элементов височно-челюстного сустава; суставная головка смещается назад и вниз, что совпадает с данными, полученными при рентгенологическом изучении височно-челюстного сустава.

2. Ширина суставной щели может варьировать во всех участках. Ширина в переднем участке варьирует от 5 до 8 мм, в верхнем—от 6 до 9 мм, в заднем—от 5 до 8 мм.

3. При патологической стираемости твердых тканей зубов без понижения окклюзионной высоты нижнего отдела лица на томографических снимках изменения ширины суставной щели не обнаружено.

4. При понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица на 1 мм суставная щель в переднем участке расширяется на 2 мм, в верхнем—на 3 мм, в заднем участке суставная щель сужается на 2 мм. При понижении окклюзионной высоты нижнего отдела лица на 2 мм происходит расширение суставной щели в переднем участке на 3 мм, в верхнем—на 4 мм, в заднем участке наблюдается сужение на 3 мм.

Кафедра ортопедической стоматологии
Московского медицинского стоматоло-
гического института

Поступило 5/II 1965 г.

Է. Մ. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

**ՔՈՒՆՔ-ԾՆՈՏԱՅԻՆ ՀՈԴԻ ՆՈՒՅՆԱՆՄԱՆ ՏՈՄՈԳՐԱՖԻԿ ՆԿԱՐՆԵՐԻ ՍՏԱՅՄԱՆ
ՄԵԹՈԴԸ ԱՏԱՄՆԵՐԻ ԿԱՐԾՐ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՊԱԹՈԼՈԳԻԿ
ՄԱՇՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ**

Ա մ փ ո փ ու մ

Ուսումնասիրությունները մեզ հանգեցրել են հետևյալ եզրակացության.

1. Քունք-ծնոտային հոդի տիմոգրաֆիան հատուկ ձևով տեղադրելու դեպքում հնարավորություն է ստեղծվում ստանալ նույնօրինակ նկարներ: Դեմքի ստորին մասի տարբեր օկլյուզիոն բարձրության դեպքում տիմոգրաֆիկ նկարների հիման վրա աահմանված է, որ օկլյուզիոն բարձրության իջեցման դեպքում փոխվում է քունք-ծնոտային տարբեր փոխհարաբերությունը, հոդային գլխիկը հեռանում է դեպի հետ և ներքև, որը համընկնում է քունք-ծնոտային հոդի ռենտգենոլոգիական ուսումնասիրությունից ստացված տվյալների հետ:

2. Հոդային ձեղքվածքի լայնությունը կարող է տատանվել բոլոր մասերում: Առաջնամասում լայնությունը փոխվում է 5—8 մմ, վերևի մասում՝ 6—9 մմ, ետևի մասում՝ 2 մմ:

3. Ատամների կարծր հյուսվածքի պաթոլոգիկ մաշվածության դեպքում տոմոգրաֆիական նկարներում հոդային ձեղքվածքի լայնության փոփոխում չի նկատվում:

4. Դեմքի ստորին մասի 1 մմ օկլյուզիոն իջեցման դեպքում հոդային ձեղքվածքը առաջնային մասում լայնանում է 2 մմ, վերին մասում՝ 3 մմ, իսկ ետևի մասում հոդային ձեղքվածքը նեղանում է 2 մմ:

Դեմքի ստորին մասի օկլյուզիոն բարձրության 2 մմ իջեցման դեպքում առաջ է գալիս հոդային ձեղքվածքի լայնացում՝ առաջնամասում 3 մմ, վերին մասում՝ 4 մմ, ետևի մասում նկատվում է 3 մմ նեղացում: