

Авторы:

В. С. Агапов, А. Р. Андреищев, Е. А. Васьков, А. С. Гук, В. Р. Гофман,
Л. А. Глазников, К. Ю. Жданов, П. И. Ивасенко, А. К. Иорданишвили,
Е. Г. Криволицкая, С. Х. Кигемасов, В. А. Малышев,
В. Н. Матина, А. Л. Позняк, С. Н. Пониделко, Р. К. Савтенко,
Ю. Р. Скворцов, А. Т. Титова, Т. Д. Федосенко

Рецензенты:

Соловьев М. М. — заслуженный деятель науки РФ, д-р. мед. наук, профессор
Образцов Ю. Л. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор
Зеновский В. П. — заслуженный врач РФ, д-р. мед. наук, профессор

312 **Заболевания, повреждения и опухоли челюстно-лицевой области:** руководство по клинической стоматологии / под ред. профессора А. К. Иорданишвили. — СПб. : СпецЛит, 2007. — 494 с.

ISBN 978-5-299-00334-5

В руководстве отражены современные представления об основных заболеваниях, повреждениях и опухолях челюстно-лицевой области, их диагностике, методах лечения и профилактики.

Предназначено для врачей-стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, курсантов академий последипломного и дополнительного образования, клинических ординаторов, стоматологов-интернов, студентов стоматологических факультетов медицинских вузов и врачей-интернов.

УДК 613.3

Содержание

Условные сокращения	7
Предисловие	9
Глава 1. Гнойно-воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (А. С. Гук)	11
Периостит	14
Перикоронит	15
Одонтогенный остеомиелит челюстей	16
Одонтогенные флегмоны челюстно-лицевой области	19
Лимфадениты и аденофлегмоны	33
Одонтогенная подкожная гранулема (Т. Д. Федосенко)	44
Фурункулы челюстно-лицевой области (Т. Д. Федосенко)	46
Специфические воспалительные заболевания	
челюстно-лицевой области (Е. Г. Криволицкая)	49
Глава 2. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы	
(В. Р. Гофман)	59
Верхнечелюстные синуситы, ассоциированные	
с хламидийной инфекцией (Л. А. Глазников,	
А. Л. Позняк, С. Н. Пониделко)	82
Глава 3. Кисты челюстно-лицевой области и шеи	97
Кисты челюстей (А. К. Иорданишвили)	97
Врожденные кисты лица и шеи (Е. Г. Криволицкая)	111
Глава 4. Осложненное прорезывание зубов	
(А. Р. Андреищев, Т. Д. Федосенко)	115
Глава 5. Хроническая стоматогенная инфекция	
и интоксикация организма. Методы устранения	
периапикальных и пародонтальных воспалительных	
процессов (А. К. Иорданишвили)	147
Хирургические методы устранения периапикальных очагов	
одонтогенной инфекции	156
Методы, сохраняющие коронку зуба	
и целостность периодонта	156

Методы, обеспечивающие гистичное сохранение коронки зуба и целостность его периодонта	162
Методы, обеспечивающие сохранение коронки зуба при нарушении целости его периодонта	164
Методы, не сохраняющие зуб	166
Методы устранения пародонтальных отагов одонтогенной инфекции	167
Глава 6. Заболевания и опухоли слюнных желез (В. Н. Матина)	202
Методы исследования больных с патологией слюнных желез	204
Классификация заболеваний слюнных желез	209
Специфические сиалоадениты	226
Сиалоаденопатии	229
Слюнно-каменная болезнь (сиалолитиаз)	236
Повреждение слюнных желез	241
Кисты слюнных желез	243
Опухоли слюнных желез	246
Глава 7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц (А. К. Иорданишвили) ..	255
Обследование больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава	255
Вывихи и подвывихи нижней челюсти	260
Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава	264
Синдром соединительнотканной дисплазии височно-нижнечелюстного сустава (Р. К. Савченко, П. И. Ивасенко) ..	268
Височно-нижнечелюстные артриты	272
Артрозы	276
Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава (А. Т. Титова) ..	281
Опухоли височно-нижнечелюстного сустава	288
Контрактура нижней челюсти (сведение челюстей)	289
Парафункции жевательных и мимических мышц	291
Глава 8. Инфекционные поражения челюстно-лицевой области (К. Ю. Жданов)	295
Ангина	295

Скарлатина	301
Дифтерия	306
Острые респираторные заболевания	311
Энтеровирусные болезни	313
Герпетическая инфекция	315
Ветряная оспа	320
Инфекционный мононуклеоз	323
Корь	327
Ящур	330
Кандидозы	332
Рожистое воспаление (рожа) (А. К. Иорданишвили)	334
ВИЧ-инфекция	337

Глава 9. Травмы челюстно-лицевой области (В. А. Малышев, А. К. Иорданишвили)	347
Первая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области на месте происшествия	348
Доврачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	349
Первая врачебная помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	351
Квалифицированная хирургическая помощь пострадавшим с повреждениями челюстно-лицевой области	352
Специализированная помощь и лечение пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	354
Амбулаторное долечивание пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области	359

Глава 10. Термические поражения лица (С. Х. Киземасов, Ю. Р. Скворцов)	369
Ожоги лица	369
Отморожения лица	378

Глава 11. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области (В. С. Агапов)	384
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования кожи лица, головы и шеи	384

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта	401
Доброкачественные костные опухоли и опухолеподобные образования альвеолярных отростков челюстей	417
Глава 12. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области (Е. А. Васьков)	424
Предопухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ	425
Профилактика и своевременная диагностика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области ..	432
TNM классификация злокачественных опухолей	438
<i>Рак губы</i>	440
<i>Рак слизистой оболочки полости рта</i>	445
<i>Рак слизистой оболочки языка</i>	448
<i>Рак слизистой оболочки дна полости рта</i>	448
<i>Рак слизистой оболочки щек</i>	449
<i>Рак слизистой оболочки нёба</i>	450
<i>Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка</i>	450
<i>Регионарное метастазирование рака слизистых оболочек органов полости рта</i>	450
Злокачественные опухоли кожи	454
<i>Базально-клеточный рак кожи</i>	455
<i>Рак кожи головы и шеи</i>	456
<i>Меланома</i>	458
<i>Рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.</i>	
<i>Рак верхней челюсти</i>	461
<i>Опухоли челюстей</i>	464
Злокачественные опухоли челюстей	471
Ортопедические мероприятия при лечении опухолей челюстно-лицевой области (А. К. Иорданишвили)	475
Литература	493

Условные сокращения

АОС	— антиоксидантная система
АПВ	— актиномицетная поливалентная вакцина
АТ	— антитела
ВНЧС	— височно-нижнечелюстной сустав
ВЧП	— верхнечелюстная пазуха
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВТМ	— верхний третий моляр
ГВЗ ЧЛО	— гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
ДСТ	— дисплазия соединительной ткани
ИБ	— иммунный блотинг
ИН	— индекс нагрузки
ИФА	— иммуноферментный анализ
ИЭ	— инфекционный эндокардит
КМ	— культура клеток
КТ	— компьютерная томография
ЛФК	— лечебная физкультура
МРТ	— магнитно-резонансная томография
НТМ	— нижний третий моляр
ОГЗ ЧЛО	— одонтогенные гнойные заболевания челюстно-лицевой области
ОКИ	— кетопрофеновая соль лизина со вспомогательным веществом
ОПГ	— одонтогенная подкожная гранулема
ОРЗ	— острые респираторные заболевания
ПИФ метод	— прямой иммунофлюоресцентный метод
ПКГПР	— профессиональная контролируемая гигиена полости рта
ПХВ-трубка	— полихлорвиниловая трубка
ПЦР	— полимеразная цепная реакция
РБТЛ	— реакция бласттрансформации Т-лимфоцитов
РНИФ	— реакция непрямой иммунофлюоресценции
РТ	— ретикулярные тельца хламидий
РТМЛ	— реакция торможения миграции лейкоцитов
СОПР	— слизистая оболочка полости рта
СОЭ	— скорость оседания эритроцитов
ТМО	— твердая мозговая оболочка
УВЧ-терапия	— ультравысокочастотная терапия
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ХСОИ	— хронические стоматогенные очаги инфекции
ЧЛО	— челюстно-лицевая область

Дифференцировать сифилис следует с туберкулезом, актиномикозом, предраковыми поражениями полости рта, злокачественными опухолями, а также с хроническими одонтогенными воспалительными процессами.

Большое значение в диагностике сифилиса, как известно, имеют серологические методы исследования — реакция Вассермана и осадочные реакции Кана, Закса—Витебского.

Лечение сифилиса специфическое и проводится в специализированных кожно-венерических лечебных учреждениях. Для лечения применяют антибиотики и препараты висмута и мышьяка. Одновременно с общим лечением проводится местное лечение — промывание изъязвлений различными антисептическими растворами. Каждые три дня избыточные грануляции прижигают 10 % раствором хромовой кислоты. Обязательным условием лечения является санация полости рта и гигиеническое ее содержание.

ОДОНТОГЕННЫЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНОСИТЫ

Верхнечелюстной синусит (гайморит) — это заболевание, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи.

Распространение воспаления на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух в большинстве случаев происходит из полости носа через естественные соустья. Однако тесные топографо-анатомические взаимоотношения верхнечелюстной пазухи с зубами верхней челюсти являются причиной развития одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

Верхнечелюстная пазуха (*sinus maxillaries*) располагается в теле верхней челюсти и является самой большой воздухоносной полостью черепа. Она образуется в результате врастания слизистой оболочки среднего носового хода в губчатую костную ткань верхней челюсти. Схематическое изображение возрастной динамики развития верхнечелюстной пазухи представлено на рис. 2.1.

Одновременно с формированием верхнечелюстных пазух в ткани прорастают иннервирующие их нервные стволы, закладывается и развивается сеть артериальных, венозных и лимфатических сосудов, образуется сложный слизисто-железистый и ретикулярный аппарат. По данным А. Г. Лихачева (1962), объем пазухи у взрослого составляет от 3 до 30 см³, в среднем 10—12 см³. Внутренняя, или носовая, стенка верхнечелюстной пазухи является латеральной стенкой носа и соответствует большей части нижнего и среднего носовых ходов. Верхнечелюстная пазуха открывается в полость носа отверстием, расположенным в задней части полулунной вырезки в среднем носовом ходе под средней носовой раковиной. Примерно в 10 % случаев, кроме основного отверстия, имеется добавочное (*hiatus accessormus maxillaries*). Медиальная стенка верхнечелюстной пазухи за исключением нижних ее отделов довольно тонка, что позволяет без труда производить ее прокол (в средней трети свода нижнего носового хода под нижней носовой раковиной), однако нередко ее толщина в этом месте столь значительна, что проколоть ее очень трудно. В среднем носовом ходе костная стенка истончается или может отсутствовать. В этом случае верхние отделы пазухи отделены от полости носа дубликатурой слизистой оболочки.

Верхняя, или глазничная, стенка верхнечелюстной пазухи наиболее тонкая, особенно в заднем отделе, где часто наблюдаются костные расщелины или даже костная ткань отсутствует вовсе. В толще глазничной стенки проходит канал нижнеглазничного нерва, открывающийся

отверстием у верхнего края собачьей ямки передней стенки верхнечелюстной пазухи (*foramen infraorbitale*). Иногда костный канал отсутствует, при этом нижнеглазничный нерв и сопутствующие ему кровеносные сосуды непосредственно прилежат к слизистой оболочке пазухи. Такое строение стенки верхнечелюстной пазухи повышает степень риска возникновения внутриглазничных и внутричерепных осложнений при воспалительных заболеваниях этой пазухи (Onodi A., 1908).

Нижняя стенка, или дно, верхнечелюстной пазухи находится вблизи задней части альвеолярного отростка верхней челюсти и обычно соответствует лункам четырех задних верхних зубов, корни которых иногда отделены от пазухи лишь мягкими тканями. Варианты бухт верхнечелюстной пазухи, возникающих в онтогенезе в процессе резорбции спонгиозной кости тела верхней челюсти при формировании пазухи показаны на рис. 2.2.

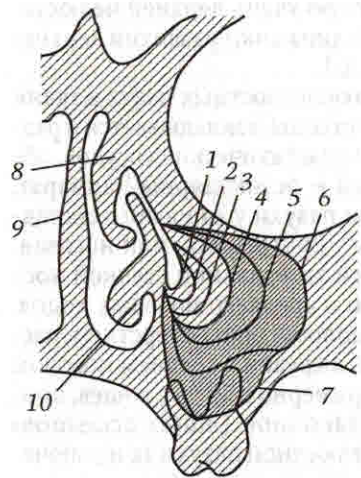


Рис. 2.1. Возрастная динамика развития верхнечелюстных пазух (по Rasoveanu V. [и др.], 1964)

Стадии развития верхнечелюстной пазухи:

1 — у новорожденного; 2 — в возрасте 1 года; 3 — в 4 года; 4 — в 7 лет; 5 — в 12 лет; 6 — у взрослых; 7 — у стариков; 8 — средняя носовая раковина; 9 — перегородка носа; 10 — нижняя носовая раковина

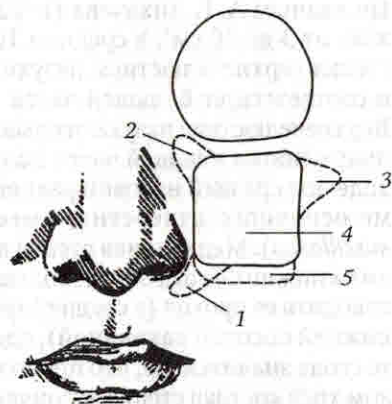


Рис. 2.2. Бухты верхнечелюстной пазухи (по Portmann G., 1966):

1 — нёбная бухта; 2 — глазнично-решетчатая бухта; 3 — молярная бухта; 4 — верхнечелюстная пазуха; 5 — альвеолярная бухта

При пневматическом типе нечелюстной пазухи дно ее расположено низко, может опускаться в альвеолярный отросток и образовывать альвеолярную бухту.

Низким расположением дна обуславливается расположение корней зубов и их луночек вблизи или даже внутри верхнечелюстной полости. Луночки корней моляров, особенно первого и второго, а иногда и второго премоляра своим рельефом вдаются в верхнечелюстную полость, либо отделяясь от нее тонкой прослойкой костного вещества дна луночки, либо непосредственно прилегая к выстилающей дно слизистой оболочке. Вдающиеся в пазуху луночки зубов имеют отверстия, через которые надкостница корня приходит в соприкосновение со слизистой оболочкой пазух. При этом одонтогенная инфекция в соответствующих зубах легко распространяется на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи.

При низком стоянии дна верхнечелюстной пазухи она может быть вскрыта при удалении зуба.

Иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется сложной системой нервных окончаний, представленных чувствительными, симпатическими и парасимпатическими нервами. Чувствительная иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется второй ветвью (*nervus maxillaries* — верхнечелюстной нерв) тройничного нерва (V пара черепных нервов).

Верхнечелюстной нерв (рис. 2.3) выходит из полости черепа через круглое отверстие 4 в крылонёбную ямку.

Здесь же отходят крылонёбные нервы А, которые вступают в крыловиднонёбный узел 5. В составе этих нервов проходят постганглионарные парасимпатические волокна (*пунктирная линия*), которые присоединяются к верхнечелюстному нерву 2, затем в составе скулового нерва Б и далее соединительной ветви 11 и объединяются с лобным нервом и симпатическими волокнами из глазничного сплетения и обеспечивают секреторной иннервацией слезную железу. Скуловой нерв делится на две ветви: скуловисочную 9 и скулолицевую 10. Обе ветви выходят из скуловой кости через одноименные отверстия 13 и иннервируют кожу латеральной части лба, височной области, щеки, латерального угла глаза.

Нижнеглазничный нерв (*n. infraorbitalis*), как и скуловой нерв, входит в полость глазницы через нижнюю глазничную щель 8, идет по ее нижней стенке в нижнеглазничной борозде и канале (*sulcus et canalis infraorbitalis*), в котором от нерва отходят верхние луночные нервы (*nn. alveolares superiores*). К коже лица нижнеглазничный нерв выходит через нижнеглазничное отверстие 14, которым заканчивается нижнеглазничный канал. По выходе из канала нижнеглазничный нерв разветвляется и иннервирует кожу нижних век (*rami palpebrales inferiores*)

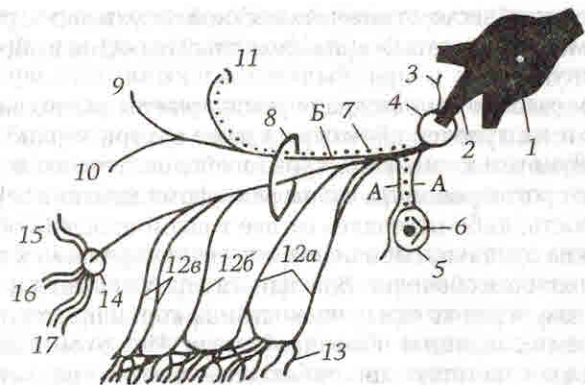


Рис. 2.3. Схема второй ветви тройничного нерва (по Крыловой Н. В., Некрепко И. А., 1986):

А — крылонёбные нервы; Б — скуловой нерв; 1 — тройничный узел; 2 — верхнечелюстной нерв; 3 — средняя ветвь мозговой оболочки; 4 — круглое отверстие; 5 — крыловиднонёбный узел; 6 — большой каменистый нерв; 7 — парасимпатические волокна — секреторные; 8 — нижняя глазничная щель; 9, 10 — скуловисочная и скулолицевая ветви скулового нерва; 11 — соединительная ветвь; 12а, 12б, 12в — верхние луночные нервы; 13 — верхнее зубное сплетение; 14 — нижнеглазничное отверстие; 15 — ветви нижнего века; 16 — наружные носовые ветви — иннервируют кожу боковой поверхности носа; 17 — ветви верхней губы

15, кожу боковой поверхности носа (*rami nasales externi*) 16 и кожу крыльев носа и верхней губы, слизистую оболочку десен и верхней губы (*rami labiales superiores*) 17.

Обширная рефлексогенная зона верхнечелюстной пазухи с ее многочисленными артериальными, венозными и лимфатическими сплетениями, богатым железистым аппаратом, обеспечивается парасимпатической и симпатической иннервацией.

Парасимпатическая иннервация верхнечелюстных пазух осуществляется периферической частью парасимпатической нервной системы; ее волокна идут в составе большого каменистого нерва, который отходит от лицевого нерва и вступает в крылонёбный узел. Это парасимпатический узел, обеспечивающий возбуждение холинореактивных структур верхнечелюстных пазух, проявляющееся расширением сосудов, увеличением секреции слизистых желез, увеличением проницаемости сосудистой стенки, что приводит к отеку тканей. Эти признаки характерны для вазомоторно-аллергической синусопатии.

Симпатическая иннервация верхнечелюстных пазух, возбуждая соответствующие адренергические структуры, обеспечивает их трофику.

Она осуществляется двумя путями: 1) по нервным сплетениям, окружающим многочисленные сосудистые разветвления основнонёбной и решетчатой артерий (см. ниже); 2) по ветви внутреннего сонного сплетения (*plexus caroticus internus*), составляющей глубокий каменистый нерв (*n. petrosus profundus*), который вместе с большим каменистым нервом образует нерв крыловидного канала (*n. canalis pterygoidei*), вступающий через одноименный канал в крыловидно-нёбную ямку.

Таким образом, верхнечелюстной нерв иннервирует твердую мозговую оболочку (ТМО), кожу щеки, нижнего века, верхней губы, боковой поверхности и крыльев носа; слизистую оболочку задних отделов полости носа, верхнечелюстной пазухи, нёба, верхней губы и десен верхней челюсти; верхние зубы. Через связи с VII парой обеспечивает проприоцептивную иннервацию мимических мышц.

Кровоснабжение верхнечелюстных пазух обеспечивает ряд первичных и вторичных физиологических процессов в них. К первым относятся снабжение тканей питательными веществами, кислородом, факторами иммунитета и т. д. Ко вторым относятся те вторичные функции кровоснабжения, которые создают определенные условия для оптимизации дыхательной функции, в которой участвуют верхнечелюстные пазухи (увлажнение, согревание, регуляция скорости воздушного потока, удаление инородных частиц из пазух реснитчатым эпителием).

Главным сосудом, снабжающим ткани верхнечелюстных пазух, является клиновидно-нёбная артерия (*a. sphenopalatina*) — ветвь верхнечелюстной артерии (*a. maxillaris*). Она входит в полость носа через крылонёбное отверстие в сопровождении одноименных вены и нерва. Главный ствол крылонёбной артерии делится на медиальную и латеральную ветви, васкуляризирующие верхнечелюстные пазухи. Говоря о кровоснабжении верхнечелюстных пазух, следует отметить наличие анастомозов между системой наружной и внутренней сонных артерий, осуществляющих кровоснабжение глазниц и передней черепной ямки.

Венозная сеть верхнечелюстных пазух также связана с упомянутыми выше анатомическими образованиями. Вены верхнечелюстных пазух повторяют ход одноименных артерий, а также образуют большое количество сплетений, соединяющих вены верхнечелюстных пазух с венами глазниц и лица. Вены верхнечелюстных пазух также связаны с венами крыловидного сплетения, кровь из которого вливается в кавернозный синус и вены твердой мозговой оболочки (рис. 2.4). Все это играет исключительную роль в возникновении и реализации воспалительных процессов в этой области, развитию внутриглазничных и внутричерепных осложнений при особо вирулентных и хронических инфекциях верхнечелюстных пазух. Лимфатические сосуды верхнечелюстных

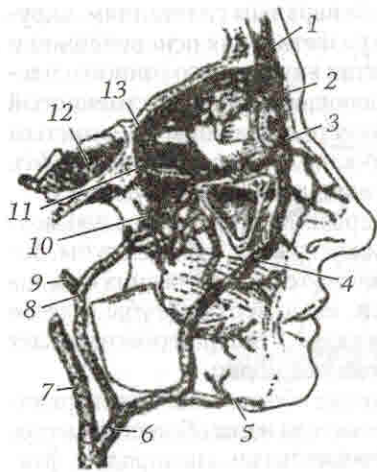


Рис. 2.4. Важнейшие вены лица и их анастомозы (по Denker A., Kaller O., 1912):

- 1 — носолобная; 2 — угловая; 3 — анастомоз между нижней орбитальной веной и крыловидным сплетением; 4 — передняя лицевая; 5 — подбородочная; 6 — общая лицевая; 7 — внутренняя яремная; 8 — задняя лицевая; 9 — поверхностная височная; 10 — крыловидное сплетение; 11 — нижняя глазничная; 12 — кавернозное сплетение; 13 — верхняя глазничная

с очагом путем вовлечения нервных ветвей через верхнее зубное сплетение, которое интимно связано со слизистой оболочкой пазух. Богатство артериальной сети сосудов верхней челюсти и богатство анастомозов между отдельными ветвями обуславливает также возможность распространения одонтогенных процессов вдоль кровеносных сосудов.

Верхнечелюстные пазухи выстланы слизистой оболочкой, покрытой многоядным призматическим мерцательным эпителием. Основными морфофункциональными единицами эпителия в пазухах являются реснитчатые, вставочные и бокаловидные клетки (рис. 2.5).

Реснитчатые клетки имеют на своей поверхности 50–200 ресничек длиной 5–8, диаметром 0,15–0,3 мкм (Рихельман Г., Лопатин А. С., 1994). Каждая ресничка имеет собственное двигательное устройство — аксонему, представляющую собой сложный комплекс, со-

стоящий из 9 пар (дублетов) периферических микротрубочек, расположенных в виде кольца вокруг двух непарных центральных микротрубочек (рис. 2.6). Движение ресничек осуществляется благодаря содержащемуся в них миозиноподобному белку (Винников Я. Л., 1979). Частота биения ресничек — 10–15 взмахов в минуту, двигательная активность ресничек мерцательного эпителия обеспечивает передвижение носового секрета и осевших на нем частичек пыли и микроорганизмов в верхнечелюстных пазухах по направлению от их дна в сторону выводных соустьев.

Общность иннервации, артериальных, венозных и лимфатических сосудов верхнечелюстной пазухи и альвеолярного отростка верхней челюсти и находящимися в ней лунками четырех задних верхних зубов способствует переходу воспаления из одонтогенных очагов на слизистую оболочку верхнечелюстных пазух.

Переход воспаления из одонтогенных очагов на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи может происходить по лимфатическим путям без непосредственного соприкосновения ее слизистой оболочки

с очагом путем вовлечения нервных ветвей через верхнее зубное сплетение, которое интимно связано со слизистой оболочкой пазух. Богатство артериальной сети сосудов верхней челюсти и богатство анастомозов между отдельными ветвями обуславливает также возможность распространения одонтогенных процессов вдоль кровеносных сосудов.

Верхнечелюстные пазухи выстланы слизистой оболочкой, покрытой многоядным призматическим мерцательным эпителием. Основными морфофункциональными единицами эпителия в пазухах являются реснитчатые, вставочные и бокаловидные клетки (рис. 2.5).

Реснитчатые клетки имеют на своей поверхности 50–200 ресничек длиной 5–8, диаметром 0,15–0,3 мкм (Рихельман Г., Лопатин А. С., 1994). Каждая ресничка имеет собственное двигательное устройство — аксонему, представляющую собой сложный комплекс, со-

стоящий из 9 пар (дублетов) периферических микротрубочек, расположенных в виде кольца вокруг двух непарных центральных микротрубочек (рис. 2.6). Движение ресничек осуществляется благодаря содержащемуся в них миозиноподобному белку (Винников Я. Л., 1979). Частота биения ресничек — 10–15 взмахов в минуту, двигательная активность ресничек мерцательного эпителия обеспечивает передвижение носового секрета и осевших на нем частичек пыли и микроорганизмов в верхнечелюстных пазухах по направлению от их дна в сторону выводных соустьев.

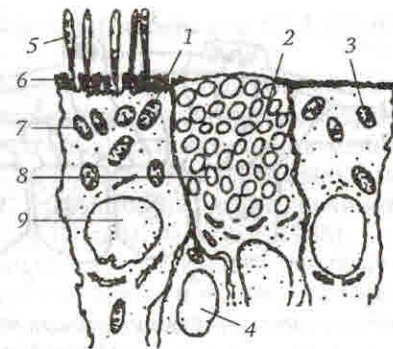


Рис. 2.5. Схема строения эпителия верхнечелюстной пазухи (по Maran A., Lund V., 1979):

- 1 — реснитчатая клетка; 2 — базальная клетка; 3 — бокаловидная клетка; 4 — вставочная клетка; 5 — реснички; 6 — микровиллы; 7 — митохондрии; 8 — гранулы слизи; 9 — ядро клетки

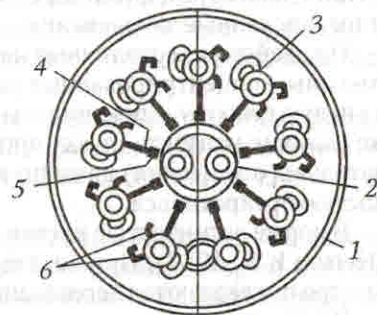


Рис. 2.6. Ультраструктура реснички мерцательного эпителия (по Fred S., Herzon M., 1983):

- 1 — цилиарная мембрана; 2 — центральная пара микротрубочек; 3 — периферическая пара микротрубочек (дуплет); 4, 5, 6 — субъединицы периферического дуплета

кисты на уровне бифуркации общей сонной артерии непосредственно прилегает к внутренней яремной вене, поэтому удаление кисты следует производить тщательно и осторожно. При воспалительном процессе нередко развиваются сращения стенки кисты с окружающими тканями.

При полном удалении кисты или свища прогноз благоприятный.

Дермоидные кисты развиваются из смещенных в раннем эмбриональном периоде развития зародыша участков эктодермы. Дермоидные кисты имеют плотную оболочку, строение которой соответствует строению кожи, внутренняя поверхность оболочки выстлана многослойным плоским эпителием.

Полость кисты заполнена кашицеобразной салоподобной массой, содержащей продукты сальных и потовых желез.

Дермоидная киста растет медленно, безболезненно.

Клинически определяется округлое образование, имеющее гладкую поверхность, не спаянное с кожей и слизистой оболочкой. Образование упругое, иногда тестоватой консистенции. Цвет кожи и слизистой оболочки над опухолью не изменен.

Кисту следует дифференцировать с лимфаденитом, атеромой, гемангиомой, эпидермальной травматической кистой.

Такие кисты встречаются в различных отделах челюстно-лицевой области, но излюбленная их локализация — ткани дна полости рта, где они чаще всего располагаются по средней линии в промежутке между внутренней подбородочной костью и подъязычной костью.

Образования, выпячивающиеся в сторону полости рта, чаще располагаются по средней линии, реже — рядом с одной из подъязычных слюнных желез.

Дермоидные кисты подъязычной области растут обычно в сторону полости рта и выпячиваются под языком, приподнимая его. В этих случаях их целесообразно удалять доступом со стороны полости рта.

Разрез слизистой оболочки в виде дугообразной линии проводят впереди или позади протоков подчелюстных слюнных желез на уровне наиболее выпуклой части кисты.

После рассечения слизистой оболочки обнаруживается плотная стенка кисты. Киста вылушивается тупым путем с помощью распатора.

Дермоидные кисты в подподбородочной области чаще растут в сторону подбородочного треугольника. Операция удаления кист этой локализации не представляет трудностей. Разрез проводят по ходу естественных складок кожи в подподбородочной области на уровне наиболее выпуклой части кисты. Осторожно доходят до оболочки опухоли и тупо распатором или указательным пальцем вылушивают кисту.

Прогноз благоприятный.

ОСЛОЖНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ

Прорезывание зуба — сложный процесс перестройки зубочелюстного сегмента и лицевого скелета в целом, вызванный формированием тканей зубного зачатка и клинически проявляющийся обнажением его коронки в полость рта.

Однозначного представления о механизме прорезывания зубов не существует. В данное время наиболее популярна теория, которая связывает прорезывание с внутренним давлением зубного зачатка, как основным фактором прорезывания. Подтверждением является наличие узкой полоски склероза костной ткани вокруг зубного зачатка.

Процесс роста зачатка, а в последующем и прорезывания зуба представляет собой результат взаимодействия двух компонентов единой системы. С одной стороны — костная ткань челюсти, с другой — комплекс тканей зубного зачатка. Важнейшим фактором, служащим пусковым механизмом для развития и прорезывания зуба, а также для роста альвеолярных частей является давление внутри зачатка. Это давление обусловлено синтетической активностью клеток ростковой зоны зачатка. Таким образом, внутри зачатка нарастает давление, передающееся на окружающую костную ткань и вызывающее ее перестройку. Испытывающая компрессию изнутри челюсть растягивается по внешнему контуру, а растяжение является фактором, стимулирующим рост кости.

При гистологическом исследовании зубного зачатка можно обнаружить, что его коронковая часть покрыта эпителиальным «капюшоном» (фолликулярной оболочкой), являющим собой остатки эмалевого органа, в последующем, после прорезывания, трансформирующимся в кутикулу зуба. В области корня эпителий подвергается редукции, за исключением отдельных участков (островки Малассе). После редукции эпителиального слоя (гертвиговское эпителиальное влагалище) в контакт вступают ткани мезенхимального происхождения и дают начало гистогенезу дентина (со стороны пульпы зуба) и цемента (со стороны костной ткани). По краю эмали в области эмалево-цементной границы эпителий фолликулярной оболочки плотно срастается с тканями зуба, образуя в дальнейшем эпителий прикрепления и круговую связку зуба. По мере продвижения коронки зуба в направлении полости рта происходит рассасывание плотных соединительнотканых структур (костная ткань, собственная пластинка слизистой оболочки) и истончение слоя тканей, разделяющих эпителиальные выстилки полости рта и фолликулярной оболочки. После объединения базальных пластинок дальнейшее продвижение коронки приводит к формированию окна в базальной

мембране, через которое эпителиоциты слизистой полости рта и фолликулярной оболочки вступают в соприкосновение. Клетки эпителия, лишенные связи с базальным слоем, быстро разрушаются. Дальнейшее продвижение зуба приводит к обнажению режущего края, рвущего бугра или жевательной поверхности (в зависимости от групповой принадлежности зуба) через расширяющееся окно в слизистой оболочке.

Изменение плотности и структуры тканей, располагающихся на пути прорезывания, может препятствовать нормальному течению процесса. Причем негативное влияние может оказать как увеличение плотности, так и ее уменьшение: эластичные ткани (рыхлая соединительная ткань), обладающие амортизирующими свойствами, не будут подвергаться резорбции. В результате не происходит обнажения в полость рта коронки зуба, прорезавшегося из костной ткани (коронка клинически не определяется) — клиническая ретенция.

Прорезывание передней группы зубов и премоляров имеет одно отличие — наличие молочного зуба-предшественника. Прорезывающийся постоянный зуб в ходе прорезывания вплотную прилежит к корням молочного, вызывая его остеокластическую резорбцию аналогично резорбции костной ткани. В момент достижения резорбтивной поверхностью уровня шейки зуба происходит нарушение зубодесневого соединения. Пролиферирующий эпителий прорастает под коронку молочного зуба, после самопроизвольного удаления которой кровотечение бывает минимальным. Так, отторжение молочного зуба на завершающих этапах уподобляется отторжению инородного тела.

Указания некоторых авторов на то, что причиной нарушения прорезывания зуба является неравномерная резорбция корней молочного предшественника, не вполне обоснованы. Движущим фактором прорезывания является активность ростковой зоны корня постоянного зуба. Тем не менее, коронковая часть зуба, частично сохранившая связь со слизистой оболочкой, может препятствовать нормальному прорезыванию или изменять его направление (рис. 4.1).

Нарушение процесса прорезывания зуба приводит к изменению его положения по окончании формирования корня. Изменение положения зуба — дистопия — может сопровождаться обнажением его коронки в полость рта или зуб может остаться покрытым тканями (ретенция).

Факторы, вызывающие нарушение нормального течения процесса прорезывания, чрезвычайно многообразны. Условно их можно разделить на две группы.

- Общие:
 1. Нарушение обменных процессов (рахит).
 2. Заболевания эндокринной системы (гормоны щитовидной, половых желез, соматотропный гормон и др.).



Рис. 4.1. Коронка молочного моляра препятствует нормальному прорезыванию постоянного премоляра

3. Пороки развития костной ткани (остеодисплазии, челюстно-ключичный дизостоз и др.).

- Местные:

1. Нарушение закладки зубного зачатка.
2. Наличие сверхкомплектных зубов и одонтом (рис. 4.2).
3. Недостаток места в зубной дуге (макродентия абсолютная и относительная).

В большинстве случаев развитие дистопии связано непропорциональностью протяженности альвеолярной части челюсти и суммы медиодистальных размеров коронок зубов. Поэтому зубы, прорезывающиеся позже других, в большей степени подвержены дистопии (клык, второй премоляр, третий моляр).

Дистопия зуба, прорезавшегося в полость рта, может проявляться нарушением его наклона в вестибулооральном направлении, разворотом в горизонтальной плоскости (тортоаномалия) (рис. 4.3), изменением корпусного положения зуба (рис. 4.4), нарушением последовательности расположения зубов (транспозиция).

Формирование дистопии может происходить на следующих этапах:

- 1-й. Закладка зачатка зуба. В литературе встречаются такие экзотические случаи, как прорезывание зуба в проток подчелюстной слюнной железы. Объяснением такому пороку может служить общность источников и сходство сроков закладки железы и зачатков молочных зубов (Беркович С. И., 1980).
- 2-й. Прорезывание зуба в полость рта. Прорезывание позади стоящих зубов.

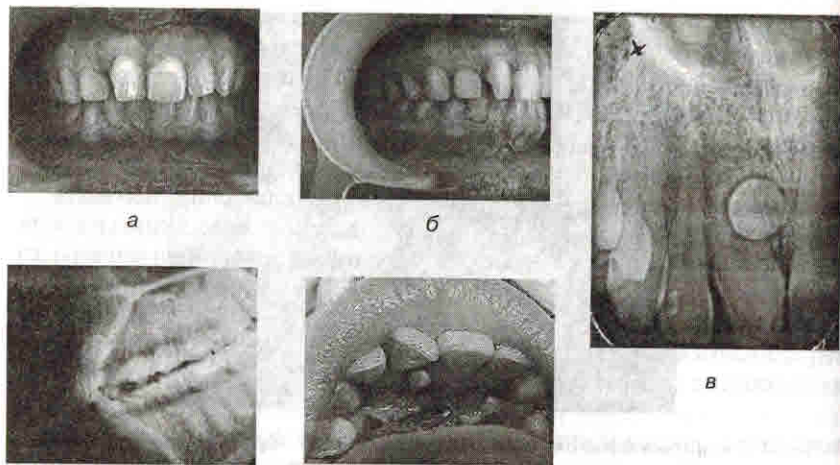


Рис. 4.3. Тортоаномалия центрального резца у пациентки с незаращением альвеолярного отростка (а). Результат лечения (б)

Рис. 4.4. Нарушение корпусного положения второго премоляра

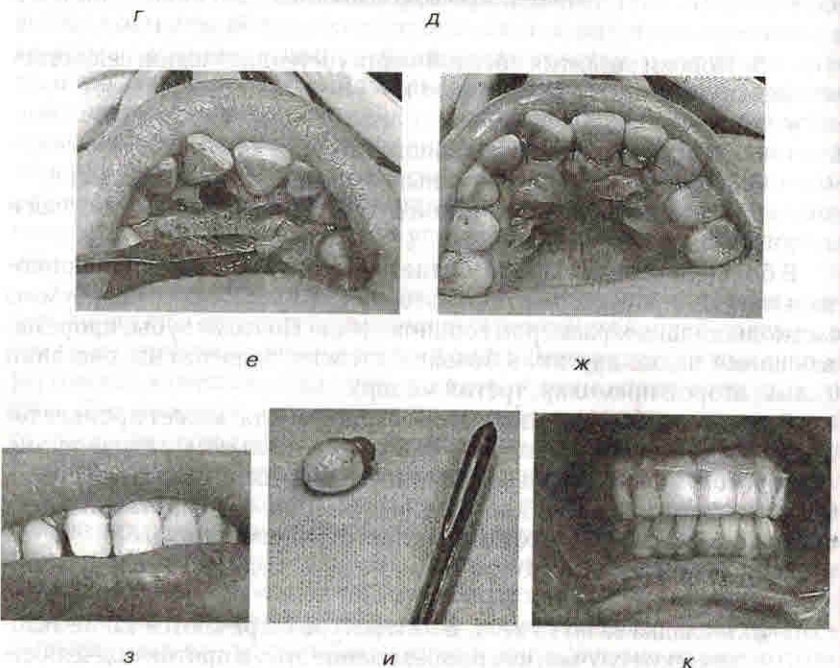


Рис. 4.2. Пациентка с тортоаномалией центрального резца (а, б), вызванной наличием сверхкомплектного зуба (в, г). Проведено удаление ретеннированного сверхкомплектного зуба (д, е, ж, з, и), что позволило осуществить ортодонтическую коррекцию верхнего зубного ряда (к)

Дистопия является фактором, способствующим развитию кариеса и локализованных форм пародонтопатий. Причиной тому служит ретенция пищи и ухудшение условий для гигиенического ухода за данными зубами.

Лечение дистопии, как и любой другой аномалии прикуса, должно быть этиологическим и патогенетическим. В случае необходимости для лечения должны привлекаться смежные специалисты (эндокринолог, травматолог-ортопед и т. д.). Этиологический фактор со стороны зубочелюстной системы, если такой удалось установить, также должен быть устранен (персистентные молочные и сверхкомплектные зубы (см. рис. 4.2), рубцовые деформации слизистой полости рта и т. п.). Для изучения патогенеза дистопии необходимо проведение комплекса обследования, включающего клинический осмотр и параклинические методы исследования. К последним относятся: изучение моделей челюстей, рентгенограмм (в том числе ортопантомограмм), расчет телерентгенограмм.

При выявлении дистопии первоочередным является вопрос о том, следует ли заниматься постановкой данного зуба в зубной ряд или следует его удалить. При решении этого вопроса необходимо учитывать состояние прикуса и цефалометрические параметры черепа, положение дистопированного зуба — для решения вопроса о возможности и целесообразности перемещения соседних зубов и создания места, а в случае вытяжения ретеннированного зуба, для планирования направления сил и сроков ортодонтического лечения (рис. 4.5). Особого внимания заслуживает вопрос о состоянии тканей пародонта дистопированного зуба. Встречающееся порой сращение цемента корня с костной тканью (анкилоз) может значительно затруднить процесс перемещения дистопированного зуба.

Удаление дистопированного зуба в некоторых случаях может быть связано с определенными трудностями. Зачастую наложить щетки щипцов не представляется возможным ввиду тесного положения групп

ВЫВИХИ И ПОДВЫВИХИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Вывихом называют стойкое смещение головки нижней челюсти за пределы ее физиологической подвижности, которое вызывает нарушение функции сустава. При вывихе нижней челюсти происходит полное нарушение соприкосновения суставных поверхностей, при котором суставная головка располагается кпереди от суставного бугорка. При подвывихе (неполном вывихе) нижней челюсти сохраняется частичный контакт суставных поверхностей, хотя суставная головка нижней челюсти также слегка заходит за вершину сустава бугорка или устанавливается у его вершины.

Вывихи и подвывихи нижней челюсти составляют 3–6 % вывихов, наблюдаемых у человека. Они чаще встречаются у женщин среднего и пожилого возраста, что объясняется анатомическими особенностями ВНЧС (менее мощным связочным аппаратом, меньшими глубиной суставной ямки и размерами суставного бугорка).

В зависимости от причины вывихи и подвывихи бывают: *травматическими*, связанными с форсированным насильственным движением в суставе (удар, падение на подбородок, зевание, чрезмерное открывание рта при крике или стоматологических манипуляциях и др.); *привычными*, обусловленными недостаточной высотой суставного бугорка и значительным растяжением суставной капсулы, которые чаще встречаются у пожилых людей, а также при эпилепсии, подагре, ревматизме, неграмотном вправлении травматического вывиха и недостаточной по срокам фиксации нижней челюсти; *патологическими*, являющимися последствием острых и хронических заболеваний ВНЧС, особенно деформирующих артрозов ВНЧС.

В зависимости от направления смещения суставной головки нижней челюсти различают вывихи и подвывихи передние и задние, односторонние и двусторонние.

Наиболее часто встречаются передние двусторонние вывихи и подвывихи.

При таком вывихе в ВНЧС рот широко открыт, щеки и жевательные мышцы уплощены и напряжены, подбородок смещен вниз и назад. Движения нижней челюсти существенно ограничены и возможны только в сторону дальнейшего открывания рта. Больной испытывает боль, речь, глотание затруднено, жевание невозможно. Слюна вытекает из полости рта.

Отмечается западение тканей кпереди от козелков уха. При исследовании суставной головки со стороны наружного слухового прохода ее движения не определяются. При пальпации суставная головка прощупывается под скуловой дугой впереди суставного бугорка.

При одностороннем вывихе рот полуоткрыт, возможны незначительные движения нижней челюсти за счет «здорового» ВНЧС, подбородок смещен вперед и в «здоровую» сторону. Боль незначительна, речь, глотание и жевание существенно затруднены.

Клиническая картина подвывиха в ВНЧС характеризуется тем, что при широком открывании рта или зевоте нижняя челюсть временно фиксируется в состоянии наибольшего отведения книзу, а затем самостоятельно или при небольшом вспомогательном усилии рук вправляется. Подвывихи в ВНЧС обычно бывают хроническими.

Для уточнения диагноза: вывих или подвывих нижней челюсти, исключения ее переломов, необходимо выполнить рентгенографию нижней челюсти в передней и обеих боковых проекциях и обследовать ВНЧС с обеих сторон (рис. 7.5). Вправление вывихов в ВНЧС проводится по неотложным показаниям.

Лечение при передних вывихах ВНЧС заключается в их вправлении, которое выполняют следующим образом.

Больного усаживают на стул или табурет так, чтобы нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Голова больного должна сзади иметь опору или ее фиксирует помощник врача. Врач находится спереди от больного и перед вправлением вывиха обертывает большие пальцы обеих рук марлевыми салфетками или бинтом (для уменьшения скольжения пальцев по зубам и во избежание повреждения пальцев), устанавливает их справа и слева на жевательные поверхности моляров, а при отсутствии их — на слизистую оболочку альвеолярной дуги нижней челюсти непосредственно кпереди от ее ветви, остальными же пальцами фиксирует

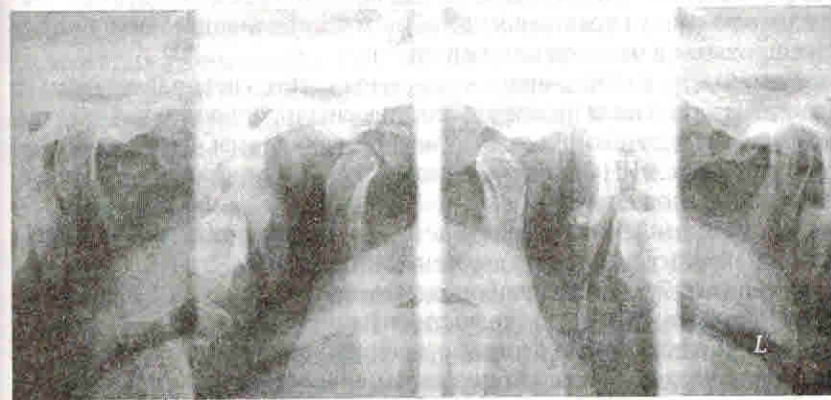


Рис. 7.5. Рентгенограмма ВНЧС при привычном подвывихе

челюсть снизу. Затем плавно и постепенно врач сверху вниз усиливает давление большими пальцами на моляры (альвеолярную дугу) и одновременно остальными пальцами снаружи осуществляет давление на подбородок снизу вверх, оттягивая нижнюю челюсть вниз. При этом суставные головки смещаются несколько ниже уровня суставных бугорков и для их погружения в суставные ямки следует ладонями слегка надавить на подбородок спереди назад, а большие пальцы отвести в преддверие полости рта, чтобы они не препятствовали смыканию челюстей. Соскальзывание суставных головок с бугорков и возвращение их в суставные ямки сопровождаются характерным мягким щелкающим звуком, который обусловлен рефлекторным сжатием челюстей.

После вправления вывиха ВНЧС с целью ограничения движения в суставе и предупреждения рецидива заболевания необходимо нижнюю челюсть зафиксировать на 5–7 дней подбородочно-теменной повязкой (в том числе из сетчато-трубчатого бинта) или стандартной подбородочной пращой с эластическим вытяжением к шапочке, а также в этот период рекомендовать больному щадящую диету.

Местное инфильтрационное или проводниковое обезболивание (лучше по Берше—Дубову) показано больным, у которых имеется выраженный болевой синдром, так как дополнительное растяжение капсулы ВНЧС при вправлении нижней челюсти приводит к усилению болевой реакции. Это в свою очередь может затруднить возвращение суставной головки в суставную ямку. Общее обезболивание показано больным с рефлекторной контрактурой жевательной мускулатуры. Общее обезболивание вызывает расслабление мышечного тонуса и вправление вывиха ВНЧС не вызывает затруднений. Кроме того, у больных с застарелым вывихом ВНЧС также следует осуществлять попытку вправления под общим обезболиванием или под понижением местной анестезией.

Если вывих ВНЧС длительное время остается невправленным, то амплитуда движения нижней челюсти незначительно увеличивается, но функция жевания при этом не восстанавливается. В последующем такие вывихи ВНЧС, которые называют «застарелыми», вправить достаточно сложно.

После вправления вывиха ВНЧС для предупреждения рецидива заболевания ограничивают движения нижней челюсти в ВНЧС путем наложения на 7–10 дней подбородочно-теменной повязки и рекомендуют больному щадящую (челюстную) диету.

В единичных случаях при деформированном внутрисуставном диске, застарелых вывихах, рубцовых изменениях суставной капсулы и параартикулярных тканей, после безуспешных попыток вправления вывиха ВНЧС приходится прибегать к хирургическому вмешатель-

ству. Удаление деформированного внутрисуставного диска, рассечение рубцово измененных параартикулярных тканей, которые обычно выполняются под общим обезболиванием.

В случаях застарелых вывихов иногда показана резекция головок нижней челюсти с последующей (через 5–7 дней после операции) активной механотерапией (Балон Л. Р. [и др.], 1979).

Лечение больных привычными вывихами и подвывихами направлено на ограничение открывания рта, что осуществляется с помощью ортопедических аппаратов (Петросова Ю. А., Иванова А. С., Шредера, Ядровой К. С., Померанцевой-Урбанской, Миняевой В. А. [и др.]), и укрепление связочного аппарата ВНЧС за счет уменьшения величины суставной капсулы и оптимизации тонуса жевательных мышц. Для этого используют методы физиотерапии (гальванизация, электрофорез лекарственных веществ), массаж жевательных мышц, миогимнастику по методике И. С. Рубинова.

Наиболее простыми и эффективными хирургическими методами лечения привычных вывихов ВНЧС считают методику Рауэра, направленную на увеличение высоты суставного бугорка, для чего поднадкостнично в область суставного бугорка вводят ауто- или аллохрящ. Реже используют методику углубления суставной ямки за счет удаления внутрисуставного диска (менискэктомия), а также перемещение внутрисуставного диска из горизонтального в вертикальное положение с укреплением его с помощью швов впереди суставной головки. Возможно уменьшить размеры капсулы сустава и (или) укрепить ее пересадкой фасции или осуществить динамическое подвешивание нижней челюсти с помощью аллосухожилия (Иванов А. С., Александров Н. М., 1981).

Вывихи ВНЧС кзади встречаются очень редко. Это может происходить в результате сильного удара спереди назад в подбородок при сомкнутых зубных рядах. При заднем вывихе ВНЧС суставная капсула может разрываться, а суставная головка нижней челюсти проникать под костную часть наружного слухового прохода и устанавливаться кпереди сосцевидного и латеральное шиловидного отростков. Возможен перелом передней стенки наружного слухового прохода.

При задних вывихах ВНЧС больные испытывают сильную боль в области суставов. Подбородок смещен кзади, зубы частично сжаты. Нижние резцы упираются в слизистую оболочку нёба. Движения нижней челюсти, жевание и речеобразование неосуществимы, глотание затруднено. Из-за смещения нижней челюсти и языка кзади возможно нарушение дыхания, из-за чего некоторые больные принимают вынужденное положение с опущенной кпереди головой. Может наблюдаться кровотечение из наружных слуховых проходов, которые сужены.

Рентгенологическое обследование в таких случаях необходимо для исключения переломов мышечковых отростков нижней челюсти.

Вправление заднего вывиха ВНЧС аналогично вышеописанному при устранении переднего вывиха ВНЧС. Отличие заключается в том, что после оттягивания нижней челюсти книзу перемещают вперед, а по завершении вправления фиксирующую повязку накладывают на 2—3 нед.

Вывихи внутрисуставного диска наблюдаются при чрезмерной его подвижности, возникают при незначительном открывании рта и сопровождаются невыраженной блокировкой ВНЧС, которая отмечается по затрудненному открыванию рта (ограничение экскурсии суставных головок в момент вывиха внутрисуставного диска). Заболевание выявляется с помощью двухконтрастной артрографии, артротомографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Вывих диска больные обычно вправляют самостоятельно, производя движения нижней челюстью вправо и влево и надавливая пальцем на область ВНЧС.

ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Под дисфункцией ВНЧС понимают нарушение функции сустава, которое может препятствовать полноценному пережевыванию пищи, речевому образованию и сопровождаться появлением боли, нередко иррадиирующей в смежные области лица и головы.

По данным В. А. Хватовой (1993), от 27 до 76 % больных, обращающихся к стоматологам, имеют жалобы на нарушение функции ВНЧС. В 70—89 % случаев болевой синдром в области ВНЧС не связан с воспалительными процессами, а является обычным функциональным нарушением — дисфункцией и обусловлен изменениями в мягкотканых элементах: диске, задисковой зоне, капсулярно-связочном аппарате и т. п.

В основе дисфункций ВНЧС лежит различная патология окклюзии, которая постепенно приводит к нарушению координированной работы жевательных мышц и синхронной функции ВНЧС, что обуславливает изменение движения нижней челюсти во всех направлениях. При этом закрепляется неправильное вынужденное центральное соотношение челюстей. Кроме того, иницирующими факторами дисфункции ВНЧС могут быть различные изменения со стороны деятельности ЦНС (нервно-эмоциональное, физическое напряжение), парафункции жевательных мышц, острые одномоментные травмы в области ВНЧС, хронические микротравмы элементов сустава в результате нерационального или некачественного протезирования зубов, трав-

матическая окклюзия из-за заболеваний пародонта или патологической стираемости твердых тканей зубов.

Дисфункция ВНЧС может являться также проявлением функциональных нарушений организма, обусловленных заболеваниями внутренних органов (Агапов В. С. и др., 1999).

Чаще всего патология зубных рядов приводит к изменению тонуса (гипертонус, спазм) жевательных мышц, асинхронному и дискоординированному их сокращению, нарушению кинематики нижней челюсти, что и обуславливает хроническую микротравму элементов ВНЧС.

Необходимо подчеркнуть, что важным в возникновении дисфункции ВНЧС являются анатомические предпосылки в строении самого сустава (предрасполагающий фактор). При неблагоприятных индивидуальных особенностях строения это значительное несоответствие формы суставной ямки и суставной головки, невыраженность суставной ямки, малые размеры суставной головки, что бывает при уплощенном или подчеркнуто выпукло-вогнутом, которые способствуют возникновению дисфункции при наличии каких-либо этиологических факторов.

Больные с дисфункцией ВНЧС обычно жалуются на боль, затрудненное откусывание, ограничение движения нижней челюсти, звуковые явления в суставе (хруст, шелканье, хлопающий звук), чувство дискомфорта в области ВНЧС и боковых поверхностей лица, быструю утомляемость жевательной мускулатуры при разговоре и во время еды. Часто болевой синдром дисфункции ВНЧС имитирует невралгию различных ветвей тройничного нерва, артрит ВНЧС, остеохондроз шейного отдела позвоночника и другие заболевания головы и шеи, которые сопровождаются болью и нарушением артикуляции.

При объективном обследовании обычно диагностируют асимметрию лица (за счет гипертрофии собственно жевательной мышцы из-за одностороннего жевания), признаки травматической окклюзии, смещение эстетического центра челюстей на 1—2 мм и более, аномалии и вторичные деформации жевательного аппарата (сниженный прикус, феномен Годона и др.), шумовые явления в ВНЧС, изменение амплитуды движений и девиацию нижней челюсти, болезненность при пальпации ВНЧС и жевательных мышц, иногда подвывихи и вывихи ВНЧС. Нередко выявляют парафункции жевательных мышц, а также изменения со стороны ЦНС (повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность).

По данным Т. А. Сергеевой (1997), у больных дисфункциями ВНЧС в 91 % имеют место дефекты в боковых участках зубных рядов, в 53 % — суперконтакты, в 58 % — поражение (разрушение) коронковых частей моляров и премоляров, в 60 % — неполноценные зубные протезы, в 81,6 % — снижение высоты прикуса.

Для диагностики дисфункции ВНЧС необходимо четко выяснить жалобы больного, уточнить анамнез болезни и жизни, оценить общее

состояние больного, обратив особое внимание на соответствие физического и психического развития возрасту, особенности телосложения, осанку (нормальная, выпрямленная, сутуловатая, лордическая, кифотическая, сколиотическая), походку, а также аппетит и возбудимость больного.

При исследовании головы и лица обращают внимание на гармонию строения головы (соотношение размеров мозгового и лицевого черепа), симметрию правой и левой половины, взаимосвязь формы лица и челюстей (форму профиля: выпуклый, прямой, вогнутый).

При осмотре полости рта определяют характер прикуса, величину резцового перекрытия, дефекты зубных рядов, качество наложенных пломб и зубных протезов. Оценивают степень совпадения эстетических центров зубных дуг челюстей.

При обследовании ВНЧС определяют характер подвижности нижней челюсти (тугоподвижность, чрезмерная подвижность), степень открывания рта (свободное, ограниченное, затрудненное), болезненность при открывании рта, плавность движений нижней челюсти, наличие припухлости и западения в области суставных головок, отраженных болей в суставе при нагрузке на ветвь челюсти в продольном направлении вверх. При пальпации ВНЧС оценивают болезненность, положение движения суставных головок при введении пальцев в наружные слуховые проходы.

При аускультации оценивают справа и слева наличие звуковых феноменов в области ВНЧС при движениях нижней челюсти (хруст, крепитация, щелканье, трение суставных поверхностей и др.).

Во всех клинических случаях необходимо изготовить диагностические модели, выполнить окклюдограммы для установления контактов зубов антагонистов, опережающих смыкание зубных дуг челюстей.

Из дополнительных и специальных методов обследования следует применить гнатодинамометрию (рис. 7.6), позволяющих выявить дисфункцию ВНЧС и дифференцировать ее от клинических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника, так как при развитии дисфункции усилие сжатия в 2 раза уменьшается по сравнению с нормой и составляет около 50 Н (Цимбалистов А. В. [и др.], 1995); рентгенографию (прямая, боковая, аксиальная проекции), специальные укладки по Подерсу в модификации Парма и по Шюллеру; томографию или ортопантомографию (с сомкнутыми зубными рядами и при широко открытом рте); пневмоартротомографию (введение в полость сустава медицинского кислорода, перед его введением предварительно удаляют выпот, если он есть), компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию. Артротомография информативна в выявлении смещения диска, определении характера его деформации, диагностике нарушения целостности кап-

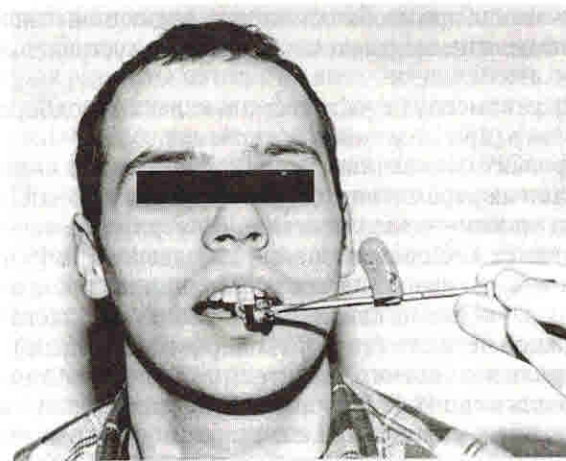


Рис. 7.6. Методика гнатодинамометрии с помощью механического гнатодинамометра

сулы сустава. Проведение артротомографии с контрастированием одного отдела сустава позволяет выявить отрыв и перфорацию суставного диска.

Компьютерная томография позволяет выявить переднее и боковые смещения внутрисуставного диска, а также информативна в выявлении тонких структурных изменений в костных элементах сустава и в параартикулярных мягких тканях.

Магнитно-ядерной томографией выявляют смещение диска, характер его деформации, распознают повреждение элементов связочно-капсулярного аппарата, а также синовит, гемартроз и патологические изменения в околоуставных мягких тканях.

В сложных клинических случаях дисфункций ВНЧС следует провести более глубокое комплексное обследование больного и получить консультации врачей-интернистов: невропатолога, ревматолога и др. Лечение больных дисфункцией ВНЧС комплексное и включает режим поведения больного, направленный на ограничение нагрузки на ВНЧС, профилактику подвывихов и вывихов, окклюзионную реабилитацию (избирательное пришлифовывание зубов с целью устранения опережающих смыкание зубных рядов контактов зубов антагонистов-суперконтактов), рациональное протезирование зубов, обеспечивающее нормализацию взаимоотношений элементов ВНЧС, высоты прикуса и эстетического центра челюстей, а также миогимнастику для