

вану роботу зубощелепно-лицевої системи. Виявлені при цьому супраконтакти (зуби, що перемістилися, часто пломби і зубні протези) і збільшення кількості ускладнень, пов'язаних із порушенням міжальвеолярної висоти, свідчать про недостатню професійну настороженість лікарів-стоматологів щодо проблеми оклюзії та міжщелепних співвідношень. Втручання, що призвели до порушення міжальвеолярної висоти, ускладнюють планування, часто знижують ефективність, а інколи неправильне ортопедичне лікування призводить до ще тяжчих і невіправних наслідків.

Мирза А. И., Мозолюк Е. Ю., Рыбак А. Ю.
МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЧС

Институт экологии и медицины, г. Киев

Цель: разработка алгоритма лучевого исследования ВНЧС.

Материалы и методы: проведен анализ лучевого исследования 120 больных (17- 45 лет, мужчин 56 лет) с болью в околоушно-жевательной области и затрудненным открыванием рта.

Для оценки состояния ВНЧС и зубочелюстной системы нами использована рентгеновская (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), рентгенологическое и ультразвуковое исследование (УЗИ). Для выявления функциональных нарушений ВНЧС выполняли рентгенологическое исследование суставов по Парма. Взаимоотношение суставной головки и ямки, высоту и форму рентгеновской суставной щели определяли на сагиттальных томограммах ВНЧС в положении открытого и закрытого рта (глубина среза у взрослых - 20- 25 мм, у детей - 15 мм).

Результаты. У 15 больных артритом суставные головки расположены у заднего ската суставных бугорков. Форма головок изменена у 14 человек, у 37 пациентов с артритом-артрозом выявлены краевые костные разрастания, субхондральный остеосклероз головки и бугорка, уплощение суставных поверхностей, значительное неравномерное сужение суставной щели.

УЗИ ВНЧС целесообразно использовать как метод отбора пациентов для более детального обследования. КТ ВНЧС позволяет оценить размеры суставной щели, суставной головки, жевательных мышц.

МРТ позволила выявить у 16 больных вправляемый и у 5 невправляемый вывихи суставных дисков. При вывихе суставной диск деформирован и утолщен, его положение изменено. При переднем вправляемом вывихе суставной диск смещается ниже вершины суставного бугорка при закрытом рте, а при открытом находится между вершиной суставного бугорка и суставной головкой. При переднем невправляемом вывихе диск смещен под вершину суставного бугорка и при открытом рте не меняет своего положения.

У 20 больных на панорамных томограммах выявлены ретенция и дистопия 38,48 зубов; у 7 - корни после удаления 37,38,47,48,зубов, которые явились причиной воспалительного процесса и затрудненного от-

крывания рта. При увеличении размера шиловидного отростка могут появляться симптомы, характерные для поражения ВНЧС.

Вывод. Предлагаая алгоритм лучевого исследования ВНЧС (рентгенография по Парма, сагиттальная томо- и зонография в повседневной практике и на начальных этапах и КТ и МРТ для оценки хрящевой части, диска, связочного и мышечного аппарата), мы считаем необходимым проводить лучевое исследование зубочелюстной системы с использованием панорамной томографии.

Мирза А. И., Михеева И. В.
НАРУШЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ОККЛЮЗИОННОЙ ДИСГАРМОНИИ

Институт экологии и медицины, г. Киев

Большое значение в норме и при патологии имеет взаимосвязь полости рта с периферической и центральной нервной системой.

В осуществлении этой связи принимают участие чувствительные и двигательные нервные волокна тройничного нерва.

В стоматологической практике приходится сталкиваться с травматическими повреждениями ветвей тройничного нерва, а также с патологическими изменениями дистрофического характера в зоне иннервации этого нерва.

Дискоординация между отдельными частями жевательного звена при нарушении тригеминальной иннервации является «пусковым механизмом» для прогрессирования атрофических процессов в пародонте (гингивит, пародонтит, пародонтоз).

Чувствительные нервные окончания тканей пародонта передают информацию через чувствительные ядра тройничного нерва в двигательный центр, таким образом регулируется двигательная активность жевательных мышц. Изменяются гемодинамика этих мышц, секреция желез ротовой полости.

Функциональная активность жевательных мышц регулирует кровообращение в тканях пародонта и влияет на трофику этих тканей. Ослабление функции жевания, так же как и чрезмерная нагрузка, приводит к изменению в здоровом пародонте, образованию травматического узла. Окклюзионная дисгармония и превышение адаптационных возможностей пародонта приводят к нарушению его кровоснабжения и резорбции костной ткани.

Устранение травматической окклюзии, равномерное распределение жевательной нагрузки на весь зубной ряд при помощи ортопедических и ортодонтических мероприятий у данной категории пациентов вызывают улучшение состояния микроциркуляции пародонта, уменьшают гипоксию, улучшают тканевой обмен, несут восстановительный или профилактический характер.

Своевременное выявление и профилактика патологических процессов в тканях пародонта при нарушении тригеминальной иннервации позволят снизить интенсивность и распространенность нейро-дистрофий пародонта.