

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДВИЖЕНИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ЛИЦ С ИНТАКТНЫМИ ЗУБНЫМИ РЯДАМИ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Показатели различных движений нижней челюсти имеют важное значение для оценки функции жевания, деятельности височно-нижнечелюстных суставов, диагностики патологии сустава и жевательных мышц, для оценки результатов всех видов стоматологической реабилитации. Из литературных данных известно, что на характер движений нижней челюсти могут влиять не только анатомическое строение сустава и состояние жевательной мускулатуры, но и эластичность мягких тканей лица, состояние окклюзионной поверхности и характер контактов боковых и передних зубов. В связи с этим представляется интересным определение показателей параметров движения нижней челюсти в зависимости от окклюзионных соотношений зубных рядов, строения височно-нижнечелюстных суставов, с учетом функционально-доминирующей стороны жевания.

Нами обследовано 25 лиц обоего пола в возрасте от 18 до 25 лет с ортогнатическим прикусом, интактными зубными рядами, клинически здоровым пародонтом. У каждого исследуемого определяли максимальную амплитуду выдвижения нижней челюсти вперед из положения центральной окклюзии и сдвига нижней челюсти вправо и влево относительно центральной линии лица, степень максимального открывания рта по расстоянию между режущими краями передних зубов с учетом глубины резцового перекрытия, характер окклюзионных контактов в положении боковой окклюзии, преимущественную сторону жевания с помощью функциональной пробы. На диагностических моделях измеряли выраженность сагиттальной окклюзионной кривой Шпее, степень перекрытия нижних зубов верхними. Всем исследуемым проведена томография обоих височно-нижнечелюстных суставов, оценку проводили по методике Ужумецкене. Оценку возрастной физиологической стираемости твердых тканей зубов проводили, пользуясь данными А.П. Кибкало, И.В. Линченко (1998).

При измерении максимальной амплитуды движений нижней челюсти были получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1
Результаты измерения у больных максимальной амплитуды движений нижней челюсти

Движение	Значение в мм
Сдвиг нижней челюсти вправо	6,7 ± 0,91
Сдвиг нижней челюсти влево	6,1 ± 0,88
Выдвижение нижней челюсти вперед	6,9 ± 0,53
Открывание рта	51,8 ± 2,60

В боковой окклюзии контакты зубов по типу клыкового ведения отмечены у 57 % обследованных, у 29 % — по типу групповой рабочей функции, и у 14 % отмечено сочетание обоих типов. Оценка возрастной физиологической стираемости зубов показала, что выраженность фасеток стирания в основном находится в пределах нормы. Однако при наличии клыкового ведения в боковой окклюзии стираемость на клыках преимущественной стороны жевания выше на 1 балл.

Определение преимущественной стороны жевания показало, что более чем у 50 % исследуемых функционально доминирует правая сторона зубного ряда.

Выраженность сагиттальной окклюзионной кривой Шпее на преимущественной стороне зубного ряда составила $1,95 \pm 0,25$ мм, на противоположной — $2,30 \pm 0,29$ мм.

При анализе томограмм ВНЧС получены следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2
Результаты анализа томограмм ВНЧС

№ п/п	Показатель	Правая сторона	Левая сторона
1	Ширина суставной ямки у основания	24,33 ± 1,20	26,67 ± 1,86
2	Ширина суставной ямки на уровне вершины головки нижней челюсти	15,88 ± 1,35	15,83 ± 0,98
3	Высота суставной ямки	15,86 ± 0,96	17,57 ± 1,32
4	Ширина головки нижней челюсти	16,29 ± 0,92	17,06 ± 1,09
5	Высота головки нижней челюсти	13,57 ± 0,84	14,57 ± 1,09
6	Ширина суставной щели в переднем отделе	2,83 ± 0,31	3,38 ± 0,60
7	Ширина суставной щели в верхнем отделе	3,50 ± 0,43	2,67 ± 0,31
8	Ширина суставной щели в заднем отделе	3,51 ± 0,39	3,67 ± 0,21

Полученные данные свидетельствуют о несимметричности в строении височно-нижнечелюстных суставов справа и слева, что, возможно, частично обуславливает различную амплитуду при движениях нижней челюсти. В то же время на характер движений нижней челюсти влияет не только анатомическое строение сустава, но и состояние жевательной мускулатуры и степень эластичности мягких тканей.

На основании полученных данных были сделаны следующие **выводы**:

1. В подавляющем большинстве случаев (92,86 %) амплитуда максимального сдвига нижней челюсти вправо и влево неодинакова (различие до 60 %).
2. Более выраженный боковой сдвиг нижней челюсти наблюдается в ту сторону, где ширина суставной ямки на уровне головки нижней челюсти больше, при этом у 72,4 % эта сторона является функционально-доминирующей.
3. У 83,7 % обследованных высота мышечкового отростка нижней челюсти на функционально-доминирующей стороне на 3–4 мм больше, чем на противоположной.
4. При наличии клыкового ведения в боковой окклюзии на преимущественной стороне жевания отмечается более выраженная стираемость клыков, превышающая возрастную норму, по сравнению с клыками противоположной стороны.
5. На преимущественной стороне жевания саггитальная окклюзионная кривая Шпее менее выражена, чем на противоположной стороне.

А.В. Бусоедов, В.А. Сизоненко, Е.В. Елгина

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ГКБ № 1

*МУЗ Городская клиническая больница № 1 (Чита)
Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Проблема лечения открытых переломов длинных трубчатых костей по-прежнему является одной из наиболее актуальных в травматологии. Интерес к ней не вызывает сомнений и обусловлен рядом причин. С увеличением количества высокоэнергетических травм возрастает число тяжелых повреждений, открытые переломы длинных трубчатых костей все чаще встречаются при множественных и сочетанных травмах.

Несмотря на широкое внедрение новых методов остеосинтеза и применение современных антибактериальных препаратов, число гнойных осложнений при подобных травмах остается высоким, достигая, по данным отечественной литературы последних лет, от 9 до 57,4 %.

Целью нашего исследования было проведение анализа результатов стационарного лечения больных с открытыми переломами длинных трубчатых костей, выявление факторов, влияющих на развитие гнойно-септических осложнений при данной патологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2001 по 2006 г. в клинике травматологии и ортопедии ГКБ № 1 лечились 156 пациентов с открытыми переломами длинных трубчатых костей. При формулировке диагноза использовалась классификация открытых переломов по Каплан-Марковой, как наиболее полно, на наш взгляд, отражающая характер повреждения тканей при данной патологии.

При лечении открытых переломов в зависимости от типа перелома применялись различные методы фиксации отломков. Чаще всего использовались скелетное вытяжение с последующим наложением гипсовой повязки, первичный остеосинтез аппаратами внешней фиксации, внеочаговый остеосинтез и фиксация погружными металлоконструкциями в позднем периоде. При переломах типа IA, IB проводился туалет ран, при более тяжелых типах переломов выполнялась первичная хирургическая обработка с последующей фиксацией отломков различными методами. При переломах IV типа в подавляющем большинстве случаев исходом лечения была ампутация конечности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Переломы костей голени по частоте и тяжести занимают доминирующее положение — 72,5 %. Открытые переломы плеча встречались в 6,4 % случаев, бедра — в 6,4 %, предплечья — в 14,7 %. Среди мужчин открытые переломы встречались в 65 %, среди женщин — в 35 %. Из всех пострадавших 36 % получили травму в состоянии алкогольного опьянения. Подавляющее большинство пациентов работоспособного возраста — от 20 до 50 лет.

Средние сроки лечения открытых переломов в отделении травматологии составили 29,0 к/дней, из них при выборе метода скелетного вытяжения с последующей гипсовой иммобилизацией — 33,2 к/дня,