

диагностическое значение содержания морфина в крови и моче // Судебно-медицинская экспертиза. — 2005. — № 5. — С. 39-42.

5. Шигеев С.В. Судебно-медицинская оценка острых отравлений опиатами // Проблемы экспертизы в медицине. — 2005. — № 1. — С. 25-26.

6. Johns M., Paulus-Thomas J. Purification of human genomic DNA from whole blood using sodium perchlorate in place of phenol // Anal. Biochem. — 1989. — Vol. 80, № 2. — P. 276-278.

7. Nebert D.W., Adesnik M., Cjij M.J. et all. The P450 gene superfamily: recommended nomenclature // DNA. — 1987. — Vol. 6. — P. 1-11.

8. Lapple F., Von Richter O., Fromm M.F., Richter T., Thon K.P., Wisser H., Griese E.U., Eichelbaum M. and Kivisto K.T.

Differential expression and function of CYP2C19 isoforms in human intestine and liver. Pharmacogenetics, 2003. — Vol. 13. — P. 565-575.

9. Widwell J., Keen L., Gallagher G. et all. Cytokine gene polymorphism in human disease: on-line databases // Genes Immun. — 1999. — Vol. 1. — P. 3-19.

**СОРОКИНА Вероника Владимировна**, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры судебной медицины с курсом правоведения.

Дата поступления статьи в редакцию: 26.12.2008 г.  
© Сорокина В.В.

УДК 616.716.4-001.1:616.724-036.81+611.018.2-007.17

**В. В. ДМИТРИЕВ**  
**В. П. КОНЕВ**

Омская государственная  
медицинская академия

## ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕ-ЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

На основании проведенных исследований установлены качественные и количественные зависимости наличия осложнений при повреждениях височно-нижнечелюстного сустава у лиц с дисплазией соединительной ткани: травма нижней челюсти сопровождается развитием травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава, частота которого у лиц с дисплазией соединительной ткани вдвое превышает таковую у пострадавших без признаков дисплазии соединительной ткани.

**Ключевые слова:** посттравматические изменения, перелом нижней челюсти, дисплазия соединительной ткани, травматический артрит.

Анализ российской и зарубежной литературы показывает, насколько актуальна сегодня проблема повреждения костей лицевого скелета. Известно, что среди травм лица наиболее часто встречаются переломы нижней челюсти. По обобщенным данным клиник различных регионов России, переломы нижней челюсти встречаются в 34 — 90,9% случаев челюстно-лицевых травм. Более 75% пациентов с переломами нижней челюсти — работоспособное население в возрасте до 30 лет [2]!

При детальном обследовании пострадавших обращает на себя внимание высокая частота осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава. В значительной части случаев уже в день травмы выявляются признаки травматического артрита разной степени выраженности, которые, как правило, маскируясь симптоматикой перелома нижней челюсти, выпадают из поля зрения челюстно-лицевых хирургов

и, следовательно, остаются без адекватного лечения. Иногда сами пациенты в связи с возникшей симптоматикой в большинстве случаев не обращаются за медицинской помощью, расценивая ее как должное и неизбежное последствие травмы [5].

В связи с тем что локализация перелома, характер и степень смещения костных отломков не всегда объясняют разнообразие вариантов течения посттравматических изменений в височно-нижнечелюстном суставе при переломах нижней челюсти [7, 8], возрос интерес к дисплазии соединительной ткани как к фону патологии органов систем и опорно-двигательного аппарата [4, 6]. Производные соединительной ткани, являясь структурно неполноценными и функционально несостоятельными, при мезенхимальных дисплазиях формируют своеобразный, отличный от обычного, ответ на повреждение. Рядом авторов [1, 3, 5] были представлены данные, свидетельствующие о

Сравнительная частота и тяжесть травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава у лиц с дисплазией соединительной ткани и без таковой

Всего больных	Без признаков ДСТ (группа 1)	С признаками ДСТ (группа 2)
	30	30
Развился травматический артрит: больных	11 (36,7%)*	23 (76,7%)*
Продолжительность болевого синдрома (дни)	6,87 ± 0,41**	10,95 ± 0,55**
Интенсивность болевого синдрома (баллы)	1,72 ± 0,34	1,87 ± 0,22

Примечание. \* – различия достоверны ( $p < 0,05$ ); \*\* –  $p < 0,01$ .

нарушении регенерации в челюстно-лицевой области на фоне дисплазии соединительной ткани, в частности о замедлении консолидации и высокой частоте гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти.

Цель исследования – разработка критериев оценки риска развития ранней суставной патологии при травмах нижней челюсти.

#### Материал и методы исследования

Для оценки роли дисплазии соединительной ткани в развитии ранних осложнений травмы нижней челюсти в виде травматического артрита нами были обследованы 60 пациентов мужского пола в возрасте от 17 до 55 лет (средний возраст 36 лет), находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы № 11 г. Омска, с двусторонними переломами в области углов и тела нижней челюсти без выраженного смещения костных отломков.

Из 60 обследуемых с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани было 30 человек (1-я группа), практически здоровых без соматических заболеваний – 30 человек (2-я группа, контрольная). Наблюдение проводилось на протяжении 1,5 месяца с момента получения травмы.

Всем пациентам проводилась иммобилизация челюстей бимаксиллярными шинами продолжительностью от 4 до 6 недель, антибактериальная терапия.

Клиническая часть обследования включала в себя сбор анамнеза с целью выявления жалоб со стороны всех органов и систем для выяснения динамики симптомов. Особое внимание уделялось обнаружению и оценке признаков дисплазии соединительной ткани (патология опорно-двигательного аппарата, вегетативные дисфункции, спланхноптоз, миопия, пролапс клапанов сердца и т. д.). На основании осмотра лица, полости рта, зубных рядов оценивали стоматологический статус. Методом пальпации сустава и жевательных мышц, анализа суставных шумов и движений нижней челюсти, а также по объему открывания рта по межрезцовому расстоянию оценивали состояние височно-нижнечелюстного сустава. Для определения локализации переломов и характера смещения костных отломков всем больным выполнялась рентгенография костей лицевого скелета.

#### Результаты и их обсуждение

В связи с тем что больным осуществляли лечебную иммобилизацию нижней челюсти, оценка состояния височно-нижнечелюстного сустава сразу после травмы представляла определенные сложности. Функция сустава не могла служить критерием его повреждения. Кроме того, оценка интенсивности артрита по результатам лабораторных исследований представлялась нам нецелесообразной ввиду наличия

выраженной воспалительной реакции мягких тканей в зоне перелома.

Наиболее показательными признаками травмы височно-нижнечелюстного сустава были самопроизвольные боли и боли при пальпации головки нижней челюсти кпереди от козелка уха и со стороны наружного слухового прохода, отек периаурикулярных тканей. Для сравнения интенсивности болевого синдрома у лиц с травматическим артритом нами были выбраны следующие критерии оценки: незначительные боли при пальпации периаурикулярных тканей – 1 балл; выраженные боли при пальпации сустава при отсутствии самопроизвольных болей – 2 балла; самопроизвольные боли в области сустава в покое – 3 балла.

При обследовании пострадавших с двусторонними переломами нижней челюсти было установлено, что в группе больных с признаками дисплазии соединительной ткани частота развития травматического артрита была достоверно выше, чем у лиц без дисплазии соединительной ткани (табл. 1). Отмечено, что травматические артриты у пострадавших с дисплазией соединительной ткани протекают дольше. Интенсивность болевого синдрома в обеих группах отличалась незначительно и была примерно равной.

При травмах нижней челюсти во всех случаях в большей или меньшей степени происходит повреждение элементов височно-нижнечелюстного сустава. Приведенные факты свидетельствуют о высокой частоте развития суставной патологии среди лиц с дисплазией соединительной ткани, перенесших травму нижней челюсти. В острый период травмы на растяжение связок, повреждение суставных поверхностей и капсулы, ткани сустава реагируют асептическим воспалением, по интенсивности и продолжительности более выраженным у лиц с дисплазией соединительной ткани ввиду особенностей течения воспалительных и регенераторных процессов при данной патологии.

#### Выводы

1. При травмах нижней челюсти во всех случаях в большей или меньшей степени происходит повреждение элементов височно-нижнечелюстного сустава.
  2. Травма нижней челюсти в значительной части случаев сопровождается развитием травматического артрита височно-нижнечелюстного сустава, частота которого у лиц с дисплазией соединительной ткани вдвое превышает таковую у пострадавших без признаков дисплазии соединительной ткани.
  3. Вероятность развития внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава после перенесенной травмы нижней челюсти у лиц с мезенхимальной дисплазией значительно выше, чем у здоровых.
- Следовательно, выявление фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани у пострадав-

ших с переломами нижней челюсти может служить важным прогностическим критерием, свидетельствующим о высоком риске развития осложнений со стороны ВНЧС, возникающих непосредственно после травмы.

#### Библиографический список

1. Ивасенко П.И., Сулимов А.Ф. Регенерация костной ткани в условиях одонтогенной инфекции / III Общероссийский съезд стоматологической ассоциации : материалы // Стоматология (спецвыпуск). — М., 1996. — С. 79.
2. Кабаков В.Д., Малышев В.А. Переломы челюстей. — М.: Медицина, 1981. — С. 176.
3. Нимаев Б.Ц. Пути оптимизации лечения больных с переломами нижней челюсти на фоне дисплазии соединительной ткани : дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2000. — С. 116.
4. Самойлов К.О. Морфофункциональные особенности хронического воспалительного процесса пародонта у больных дисплазией соединительной ткани до и после комплексной терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Новосибирск, 2008. — С. 28.
5. Сулимов А.Ф., Ивасенко П.И., Нимаев Б.Ц., Конев

В.П. Нарушение формообразования у больных с переломами нижней челюсти и способы их коррекции : сборник научных трудов кафедры госпитальной хирургии ММСИ. — М., 1997. — С. 17.

6. Яковлев В.М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение). — Омск, 1994. — С. 217.

7. Miller V.J., Bodner L. The long-term effect of oromaxillofacial trauma on the function of the temporomandibular joint. — J Oral Rehabilitation, 1999. — Vol. 26 (9). — P. 749-751.

8. Walker R.R., Connor P.D. Unilateral mandible fracture with bilateral TMJ dislocation. — Tenn Med, 2000. — Vol. 93 (1). — P. 19-20.

**ДМИТРИЕВ Вячеслав Владимирович**, аспирант кафедры судебной медицины с курсом правоведения.

**КОНЕВ Владимир Павлович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой судебной медицины с курсом правоведения.

Дата поступления статьи в редакцию: 26.12.2008 г.

© Дмитриев В.В., Конев В.П.

УДК 616.31-002-073.75

**В. М. ЩЕРБИЧ**  
**В. П. КОНЕВ**  
**А. Ф. СУЛИМОВ**

Омская государственная  
медицинская академия

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПАРОДОНТИТА ПРИ ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

На основании проведенных исследований установлены качественные и количественные зависимости между плотностью костной ткани и стадией заболевания пародонта вне зависимости от возраста пациента: изменение содержания кальция в кости является патогенетическим признаком развития и дальнейшего прогрессирования острого воспаления, предпосылкой к обострению хронических процессов и их осложненному течению.

**Ключевые слова:** пародонтит, скрининговая диагностика, денситометрия.

С прогрессом цивилизации распространенность заболеваний пародонта резко повысилась. В настоящее время у молодых людей они встречаются несколько реже, а в возрасте старше 40 лет — чаще, чем кариес. Современные эпидемиологические данные свидетельствуют не только о значительной распространенности патологии пародонта у детей и взрослых, но и о влиянии на частоту заболевания зубных отложений, гигиены полости рта, некачественных протезов и пломб, зубочелюстных деформаций, употребления фторированной воды, диеты, особенностей питьевого режима, ротового дыхания, лекарственных препаратов, перенесенных и сопутствующих заболеваний.

Вопрос о том, реагирует ли костная ткань альве-

олярного отростка локально на развитие гингивита или на каком-то его протяжении, остается открытым. При этом развившийся пародонтит во всех случаях сопровождается деструкцией костной ткани, и только при наличии этой деструкции пародонтит выходит на уровень той или иной степени тяжести. В общем комплексе клинического обследования пациентов с патологией пародонта рентгенологический метод занимает значительное место.

Принципиально новые возможности в дентальной рентгенографии в последнее время появились в связи с использованием цифровой рентгенографии. Радиовизиография находит все более широкое применение в терапевтической стоматологии, в том числе в пародонтологии. При дигитальной рен-