

3. Gait in Parkinson's Disease [Электронный ресурс] // PhysioNet. – URL: <https://physionet.org/content/gaitpdb/1.0.0/> (дата обращения: 01.03.2026).

4. Parkinson's Freezing of Gait Prediction. Data [Электронный ресурс] // Kaggle. – URL: <https://www.kaggle.com/competitions/tlvmcparkinsons-freezing-gait-prediction/data> (дата обращения: 01.03.2026).

Шильников Андрей Константинович, студ. гр.6231-120404D, andrew.shilnikov@yandex.ru, науч. рук.: Конохов Вадим Николаевич, к.т.н., доцент каф. ЛБС

УДК: 616.716.4–089.87–06-089.844-7:004.94 + 57.087.3

ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АРТРИТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

К.Т. Саргсян, О.В. Слесарев

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ, г. Самара

Травматические повреждения челюстно-лицевой области занимают значительное место в структуре стоматологической и челюстно-лицевой патологии. Одним из частых осложнений травм нижней челюсти является развитие воспалительных процессов височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), которые могут приводить к формированию посттравматического артрита. Данное состояние сопровождается болевым синдромом, ограничением подвижности нижней челюсти, нарушением окклюзии и функциональными расстройствами жевательного аппарата.

Диагностика посттравматических изменений ВНЧС представляет определенные трудности, поскольку клиническая симптоматика часто носит неспецифический характер. В связи с этим особое значение приобретают рентгенологические методы исследования и цефалометрический анализ, позволяющие объективно оценить пространственное положение нижней челюсти и взаиморасположение структур краниофациального комплекса. Использование цефалометрических ориентиров позволяет выявлять морфологические изменения на ранних этапах развития патологии и повышать точность диагностики.

Цель исследования - разработать краниометрические показатели, выявляемые методом конусно-лучевой компьютерной томографии костей черепа для определения положения головки нижней челюсти в пространстве нижнечелюстной ямки височной кости.

Для реализации цели исследования проведено ретроспективное исследование 111 историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета (п 90) и в стоматологической клинике «Медлайн Компани» (п 21) города Самары за 2018-2023 гг., которым проводилось обследование костей лицевого и мозгового отделов черепа методом КЛКТ. Возраст пациентов составил от 20 до 64 лет, среди

них: 35 женщин и 76 мужчин. Анализ историй болезни показал, что КЛКТ костей черепа проводилось для формулировки окончательного диагноза: 65 пациентов с диагнозом перелом мыщелкового отростка нижней челюсти; 19 пациентов с доброкачественными новообразованиями нижней челюсти; 6 пациентов с послеоперационными деформациями нижней челюсти и 21 пациент с нарушением функции ВНЧС без рентгеноанатомических признаков патологии костей лицевого отдела черепа.

В настоящем исследовании для разработки последовательности действий, позволяющих определять положение головки нижней челюсти (ГНЧ) в нижнечелюстной ямке височной кости с использованием метода КЛКТ, рассчитаны краниометрические ориентиры и выявлены устойчивые рентгеноанатомические взаимосвязи между ними. Анализ конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) костей черепа в аксиальной проекции позволил определить, что при пересечении срединно-сагиттальной и фронтальной плоскостей ГНЧ образуется угол в 90° . Проецирование срединно-сагиттальной плоскости ГНЧ на другие отделы черепа выявило, что она, в большинстве случаев, проходит через подглазничное отверстие, которое является ориентиром прохождения срединно-сагиттальной плоскости на внешней поверхности лицевого черепа. Подглазничное отверстие стабильное анатомическое образование, которое выявляется на КЛКТ в аксиальной проекции на передней стенке верхнечелюстного синуса, в отличие от мобильной ГНЧ, положение которой определяется функциональными возможностями ВНЧС либо патологическими изменениями. Таким образом, для построения срединно-сагиттальной плоскости ГНЧ нам необходимо найти вторую стабильную точку, которая бы определялась так же в аксиальной проекции на КЛКТ. При наличии ГНЧ таким ориентиром является точка пересечения срединно-сагиттальной и фронтальной плоскостей ГНЧ. Данное обстоятельство является решающим фактором при определении срединно-сагиттальной плоскости ГНЧ в клинических ситуациях, когда определение центра ГНЧ затруднительно, либо возможно только по средне-анатомическим параметрам при переломе мыщелкового отростка нижней челюсти со смещением ГНЧ или её отсутствием по другим причинам. Проведённый нами анализ позволил определить, что в таких случаях в качестве краниометрической точки можно принять центр нижнечелюстной ямки височной кости. Для его определения на изображении КЛКТ черепа в аксиальной проекции выявляется стабильное неподвижное образование ВНЧС - нижнечелюстная ямка височной кости, в проекцию её контуров вписывается окружность, центр которой принимается за центр ГНЧ. Таким образом, используя наш способ срединно-сагиттальную плоскость ГНЧ возможно определить в как при наличии ГНЧ, так и при её отсутствии.

Сохранение анатомо-функциональных возможностей ВНЧС является основным критерием успеха реконструктивных методов лечения. Полученные результаты подтверждают, что цефалометрический анализ является информативным методом диагностики посттравматических

изменений височно-нижнечелюстного сустава. Использование цефалометрических ориентиров позволяет объективно оценить морфологические изменения костных структур, выявить смещение головки нижней челюсти и определить степень деформации нижней челюсти. Данные цефалометрии имеют важное значение при выборе тактики лечения, поскольку позволяют определить необходимость ортодонтической, ортопедической или хирургической коррекции. Кроме того, данный метод может применяться для динамического наблюдения за пациентами, оценки эффективности проводимой терапии и является эффективным инструментом для челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, когда при проведении хирургического вмешательства необходимо определить точное положение головки нижней челюсти.

Цефалометрический анализ является важным диагностическим инструментом при посттравматических артритах височно-нижнечелюстного сустава. Использование цефалометрических ориентиров позволяет выявлять морфологические изменения краниофациального комплекса, определять степень нарушения положения нижней челюсти и суставной головки, а также повышает точность планирования лечебных мероприятий. Комплексное применение клинических и рентгенологических методов исследования способствует более ранней диагностике и повышению эффективности лечения данной патологии.

Список использованных источников

1. Jeffrey P. Okeson. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion. — 8th ed. — St. Louis: Elsevier, 2020. — 512 p.
2. 3D Positioning of the Mandibular Head Using Radiographic Anatomical Landmarks / O. V. Slesarev, K. T. Sargsyan, M. V. Komarova, L. T. Volova // Journal of Biomedical Photonics & Engineering. – 2024. – Vol. 10, No. 3. – P. 30304. – DOI 10.18287/JBPE24.10.030304. – EDN QXEGBU.

Саргсян Карина Тиграновна, аспирант каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ, sukasyan_karina@mail.ru
Слесарев Олег Валентинович, д.м.н, профессор каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ, o.slesarev@gmail.com

УДК: 616.716

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОДНОСТЕНОЧНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТИ ЧЕЛЮСТИ

А.М.К.Ф.А. Ибрахим, А.Р. Рымжина, Б.Ю. Шаик, О.В. Слесарев
«Самарский государственный медицинский университет Минздрава
России», г. Самара

Ключевые слова: клиническое обследование, рентгенологическое обследование, одностеночные дефекты кости.