

# Рентгенологические особенности строения зубов и челюстей

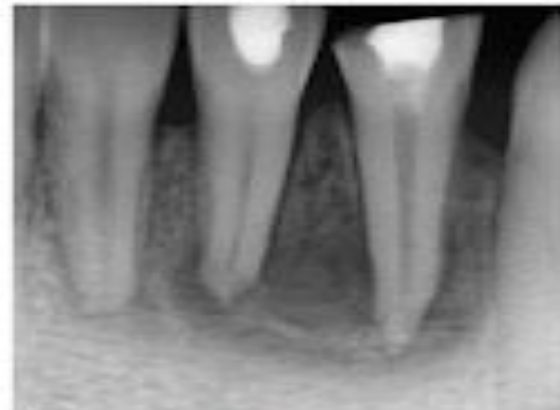


Фото 2 а. Исходная рентгенологическая ситуация зубов 31 и 32

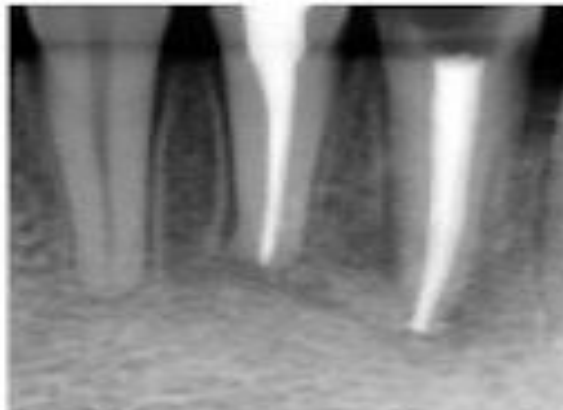


Фото 2 б. Рентгенологический контроль obtурации зубов 31 и 32

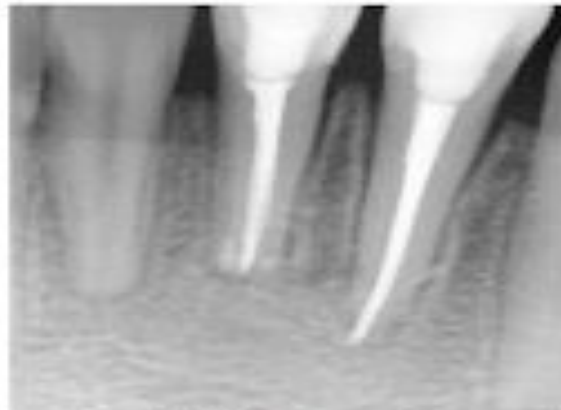


Фото 2 в. Зубы 31 и 32 через 5 месяцев после лечения

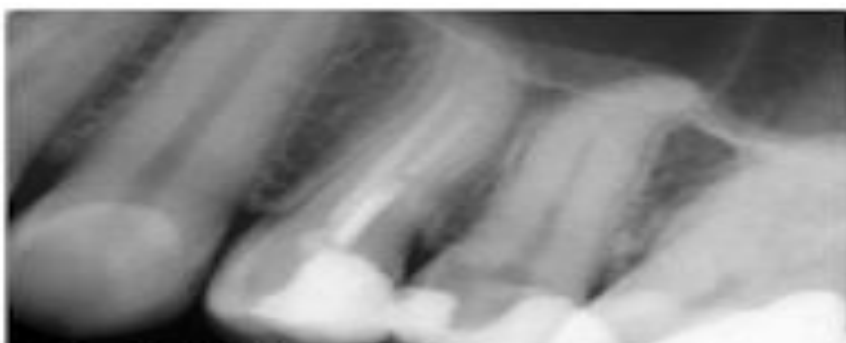


Фото 3 а. Зуб 24. Исходная рентгенологическая ситуация. Хронический периодонтит привел к развитию гайморита. На рентгенограмме можно оценить сложность диагностики вблизи смежных анатомических образований и анатомию корневых каналов



Фото 3 б. Зуб 24. Рентгенологический контроль obtурации

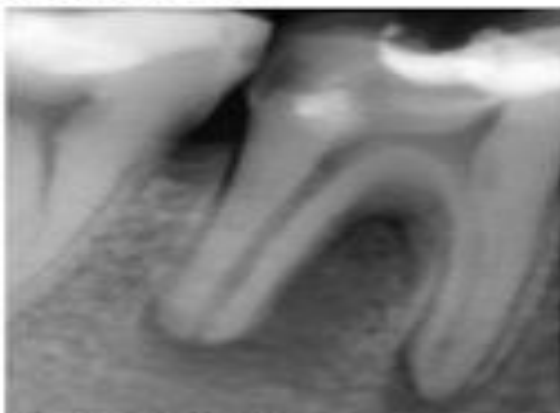


Фото 4 а. Зуб 46. Исходная рентгенологическая ситуация. 2005 г.

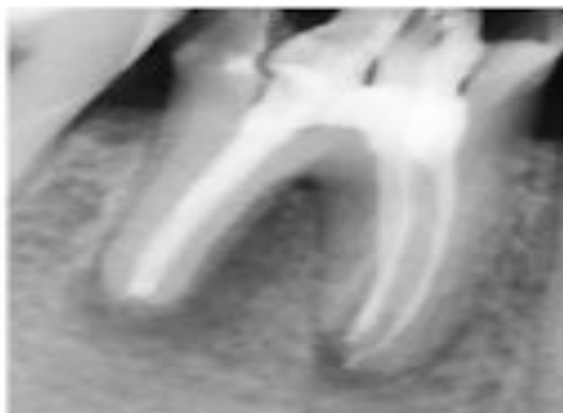


Фото 4 б. Рентгенологический контроль obtурации зуба 46

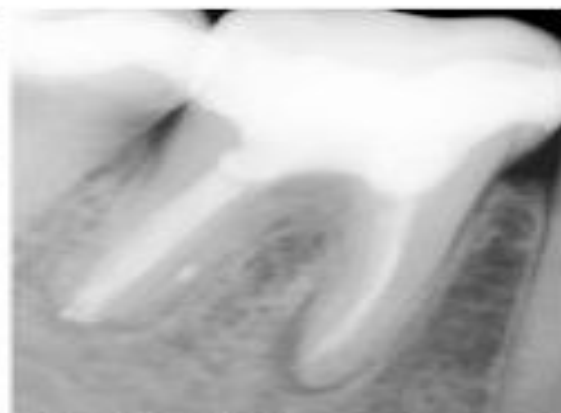


Фото 4 в. Зуб 46. Контрольный осмотр. 2009 г.



Фото 1 а. Исходная рентгенологическая ситуация зуба 46

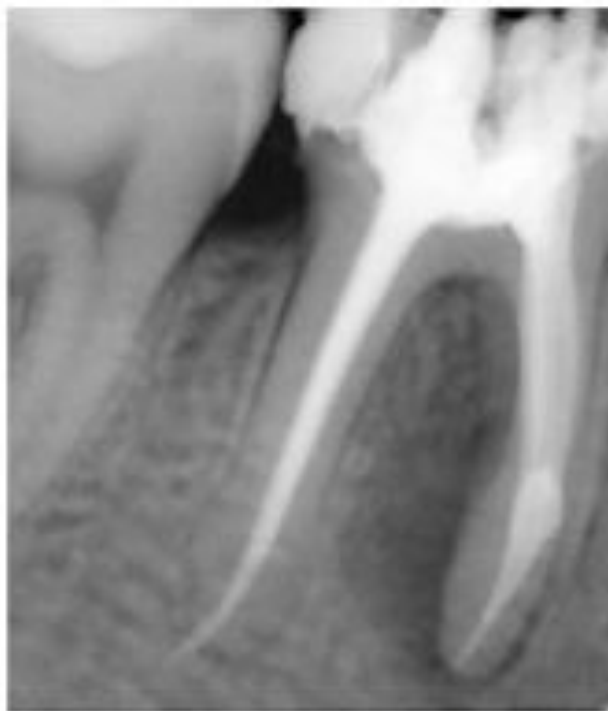


Фото 1 б. Рентгенологический контроль obtурации зуба 46



Фото 1 в. Рентгенологический контроль через полгода после лечения зуба 46

1. Основные этапы формирования челюстно-лицевого отдела скелета.
2. Рентгенологическое отображение отдельных костей и важных элементов анатомических структур лицевого черепа.
3. Рентгенометрические характеристики некоторых анатомических образований челюстей.
4. Возрастные особенности рентгенологической картины челюстно-лицевой области.

**Развитие зубочелюстного аппарата начинается с середины 1-го месяца внутриутробной жизни плода, когда из мезенхимы, расположенной в области первой глоточной дуги, происходит закладка челюсти. На рентгенограммах эта ткань тени не дает.**

**Нарушения развития в этом периоде приводят к патологическим состояниям, которые объединяют в группу фиброзных дисплазий.**

**В начале 2-го месяца эмбрионального развития перепончатый скелет заменяется хрящевым. Это происходит во всех отделах скелета, кроме костей черепа и**

**ключиц; эти кости из перепончатой стадии трансформируются в костную. Поэтому в этих отделах скелета хрящевых опухолей не бывает, а при хондродисплазии кости свода и лицевого черепа не поражаются.**

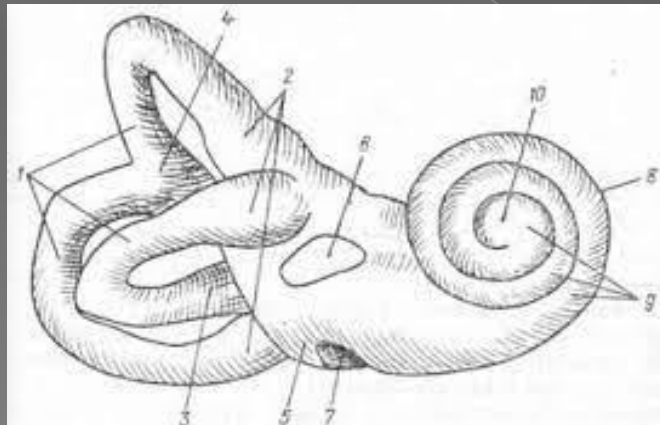
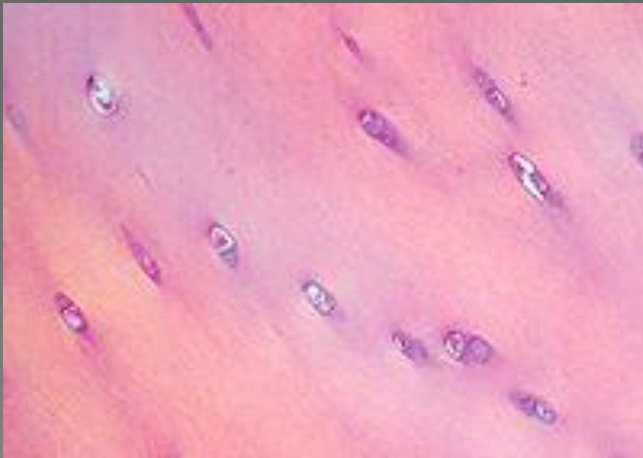
**После 3-4 месяца утробной жизни плода челюсти его удается видеть при рентгенологическом исследовании, однако этот метод не используется в акушерстве из-за опасности тератогенных эффектов ионизирующего излучения.**

**Скелет человека прodelывает сложный эволюционный путь, состоящий из трех этапов:**

**-Перепончатого**

**-Хрящевого**

**-Костного**



**На основании клинико-  
рентгенологических данных в  
процессе роста и развития  
зубочелюстного аппарата выделяют  
3 периода:**

**I период соответствует I-му году жизни ребенка и продолжается до 5-6 лет (до начала прорезывания постоянных зубов).**

На рентгенограмме у новорожденного определяется слабоинтенсивное теневое изображение мелкопетливой структуры губчатого вещества челюсти и зачатков зубов. В альвеолярном отростке каждой челюсти просматривается 18 фолликулов (10 молочных и 8 постоянных). Рентгенологически фолликул зуба имеет вид очага просветления округлой формы с четким непрерывным контуром за счет уже сформированной компактной пластинки.



**II период в развитии зубочелюстной системы начинается с 5-7 лет (начало замены молочных зубов на постоянные).**

После окончания формирования коронки до полного прорезывания постоянного зуба проходит приблизительно 5 лет. Прорезыванию предшествует физиологическая резорбция корней молочных зубов и постоянное продвижение к альвеолярному краю сформированной коронки зачатка постоянного зуба. Рентгенологическая картина во II периоде развития очень характерна: зубы и зачатки расположены в три ряда

**В III периоде развития зубочелюстной системы в возрасте 12-13 лет в зубном ряду находятся лишь постоянные зубы с различной степенью формирования корней.**

Детские челюсти в рентгеновском отображении представляются менее интенсивным затемнением (по сравнению со взрослыми) в силу низкой степени минерализации.

Костная структура проявляется крупнопетлистым рисунком, иногда смазанным;

а иногда структура не выявляется вовсе, давая ложное представление о патологической перестройке.

Височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС) у новорожденных представлен плоскими суставными ямками, а внутрисуставные бугорки отсутствуют и появляются только по мере становления жевательной функции, роста жевательных мышц и прорезывания молочных зубов. Головки мышцелковых отростков в виде валиков эллипсоидной формы существуют уже в конце внутриутробного периода.

Очень характерны дегенеративно-дистрофические изменения в ВЧС,  
выявляемые чаще после 60 лет, а именно:

- сужение суставной щели;
- грибовидная деформация суставной головки с появлением на ней узур и клювовидных костных образований (остеофитов), как результат обызвествления суставной капсулы;
- субхондральный склероз (в виде подчеркнутости контуров головки и впадины в результате обызвествления базального слоя суставного хряща);
- обызвествление параартикулярных тканей (мениска, связок, капсулы), которые имеют вид хаотических различной формы теней в проекции сустава, по ходу связок, мышечных волокон.

С целью изучения анатомического строения и функционального состояния ВНЧС применяют следующие лучевые методы (в порядке убывающей по ценности информации методов):

1. компьютерная и магнитно-резонансная томография; линейная, а также панорамная томо и зонография в крайних положениях челюсти;
2. рентгенография по Шюллеру (снимки височной кости в косой проекции);
3. рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекциях при открытом и закрытом рте.

Все эти изменения приводят к нарушению функции ВНЧС.

Преждевременному наступлению инволютивных изменений способствует снижение нормальной функциональной нагрузки (например, у людей с полной потерей зубов, если они не пользуются съёмными протезами).

