

РАДИОВИЗИОГРАФИЯ НА ПЕРВИЧНОМ ЭТАПЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЛЯРОВ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

В современной стоматологии методы цифровой рентгенографии применяются в основном для диагностики состояния периапикальных тканей и измерения рабочей длины канала зуба. Несомненным удобством для пациента являются небольшие затраты времени на исследование и значительное уменьшение дозы облучения. Не менее важные преимущества цифровой обработка изображения открывает для врача на первичном этапе эндодонтического лечения — раскрытие полости зуба.

Одним из таких достоинств радиовизиографии (RVG) мы считаем возможность прижизненного изучения анатомических параметров моляров, в частности, измерение толщины твердых тканей коронки в различных ее участках. В эндодонтической практике при создании первичного доступа к полости моляра на первый план выходят следующие величины:

1. Вскрытие полости зуба — толщина твердых тканей жевательной поверхности (ТТТ) или расстояние от дна фиссуры до ближайшего рога пульпы.

2. При раскрытии полости — расстояние от фиссуры жевательной поверхности зуба до наиболее выступающей точки дна полости зуба. Мы предлагаем назвать данный параметр безопасной глубиной раскрытия (БГР) моляра.

Комплекс трех указанных показателей имеет большое значение для клиницистов как при создании эндодонтического доступа, так и при профилактике такого серьезного осложнения, как перфорация дна полости зуба.

Цель исследования — изучить предложенные параметры моляров верхней и нижней челюсти в сравнительном аспекте, выработать практические рекомендации клиницистам по профилактике осложнений эндодонтического лечения первых и вторых моляров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ базы данных радиовизиографа «Visual Gendex» фирмы «Dentsply» стоматологической клиники ЧГМА за период с 1998 по 2007 гг., содержащей более 3000 RVG-грамм. На первом этапе исследования были отобраны RVG-граммы моляров лиц от 20 до 40 лет, на втором — RVG-граммы, сделанные строго в ортогональной проекции, полнота изображения коронки которых позволила бы провести все необходимые измерения.

Среди общей программы «VixWin Pro», обслуживающей данный радиовизиограф, имеется линейка, позволяющая определить линейные размеры любой структуры. Точность измерения составляет 0,1 мм. Данные измерений заносили в электронные таблицы Microsoft Excel для последующей статистической обработки на компьютере.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Всего было отобрано 266 снимков, имеющих полное ортогональное изображение коронковой части зуба. При сравнении первого параметра на верхней и нижней челюсти обращала на себя внимание несколько меньшая ТТТ у нижних моляров, хотя различия не были статистически значимы. Новый параметр (БГР), который мы предлагаем для клиницистов в качестве основного ориентира для безопасной работы при трепанации зуба, также оказался несколько меньше на нижних молярах ($p > 0,05$). Мы проанализировали в базе данных частоту перфораций дна полости моляров, которая на молярах нижней челюсти составляет $9,1 \pm 0,8 \%$, на верхних — $5,8 \pm 0,6 \%$, т.е. практически в 1,5 раза больше ($p < 0,01$).

Можно объяснить это тем, что практикующие врачи не учитывают разницу в БГР. Но при изучении третьего параметра (ТДП) выяснилось, что данный факт имеет и анатомическое обоснование: обнаружено, что толщина дна полости у первых нижних моляров достоверно меньше, чем у антагонистов ($p < 0,05$). Представленные данные позволяют сделать следующие выводы и предложить клиницистам ряд практических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1. Толщина твердых тканей в области бифуркации корней (ТДП) у нижних моляров достоверно меньше, что объясняет разницу в частоте встречаемости перфораций этой зоны, в отличие от верхних моляров. В этой связи необходима особая осторожность и внимание при работе в области фуркации нижних моляров.

2. Предварительное измерение на RVG-грамме моляра толщины твердых тканей жевательной поверхности и, особенно, безопасной глубины раскрытия, дает врачу четкие ориентиры по глубине погружения боров в ткани зуба и позволяет предупредить серьезные осложнения. Для профилактики

последних мы рекомендуем устанавливать на борах силиконовые стопперы, удаленные от кончика инструмента на величину БГР.

3. Перед проведением трепанации моляра необходимо сделать радиовизиограмму зуба в ортogonalной проекции.

Т.Я. Кучерова, С.Ю. Чижевская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (Томск)

Несмотря на совершенствование методов лучевой терапии в лечении больных со злокачественными опухолями гортани, остаётся высокий процент острых лучевых реакций кожи и слизистых оболочек, которые сопровождаются болью различной степени интенсивности. Обычные медикаментозные средства, используемые для профилактики и лечения лучевых реакций, как правило, не предотвращают развитие последних. Количество работ по применению физиотерапевтических методов для лечения лучевых осложнений ограничено.

Цель нашей работы заключается в изучении эффективности магнитолазерной терапии в лечении болевого синдрома при лучевых реакциях у больных раком гортани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 33 пациента раком гортани. Лучевая терапия проводилась у 23 человек до операции и у 10 пациентов после оперативного вмешательства. В зависимости от степени поражения I степень наблюдалась у 15,1 % больных, II степень — у 51,5 %, III степень — у 24,2 %, IV степень у 9,2 % больных. Среди жалоб превалировал болевой синдром, который регистрировался в 81,8 % случаев. Интенсивность его оценивали по шкале вербальных оценок. Преобладала интенсивность болей в пределах 3 баллов у 66,6 % больных, 4 балла наблюдали у 22,0 % пациентов, в 7,4 % случаев регистрировали 2 балла. Лечение проводили на магнитолазерных установках по разработанной нами методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе лечения у 88,8 % больных болевой синдром был полностью купирован, и у 11,2 % он сохранялся, но был незначительным и регистрировался в пределах 1 балла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снятие болевого синдрома позволило улучшить состояние пациентов. Отмечалось восстановление акта глотания и прохождения пищи в 90,9 % случаев. Наблюдалось восстановление состояния пораженных слизистых оболочек и кожи у всех пациентов.

С.Н. Леонова, Д.Г. Данилов, А.В. Рехов

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Для разработки способа лечения, который позволяет оптимизировать условия сращения переломов голени, была предложена аутоотрансплантация проксимального метафиза большеберцовой кости поврежденной голени.

Цель исследования — оценить эффективность применения аутоотрансплантации проксимального метафиза большеберцовой кости поврежденной голени у больных хроническим травматическим остеомиелитом (ХТО).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 57 пациентов с диафизарными переломами костей голени, осложненными ХТО. Все пациенты были распределены на две группы: основную и группу клиническо-