

3. Прицельная рентгенография ВНЧС при закрытом и открытом рте позволяет получить объективную информацию о форме, размерах, состоянии и соотношении костных элементов ВНЧС.

Поступила 26.03.2008

ЛИТЕРАТУРА

1. Баданин В. В., Хватова В. А. Исследование больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава с помощью компьютерной томографии: Материалы Международной научно-практической конференции. Ижевск, 1995. С. 68—69.
2. Вязьмин А. Я., Вельм А. И. Диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава методом магнитно-резонансной томографии // Проблемы нейростоматологии и стоматологии. М., 1998. С. 31—34.
3. Оборин Л. Ф., Шутов А. А., Миллер Т. Д. Варианты патологической боли при дисфункции височно-нижнечелюстного сустава и методы их лечения: Тезисы Российской научно-практической конференции «Патологическая боль». Новосибирск, 1999. С. 89—90.
4. Пантелеев В. Д. Клинико-рентгенологические формы артикуляционных дисфункций височно-нижнечелюстного сустава: Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. Москва, 2001. С. 213—215.
5. Рабухина Н. А., Измайлова Л. С. Некоторые вопросы функции нормального ВНЧС по данным томографии и рентгенокинематографии // Стоматология. 1966, № 1. С. 76—80.

6. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава и методы лечения // Новое в стоматологии. 1997. № 8. С. 22—28.

7. Хватова В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава // Медгиз. М., 1982. 159 с.

A. A. DOLGALEV, A. E. BRAGIN

COMPARATIVE ROENTGENOLOGICAL ANALYSIS AT DISFUNCTIONS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT

High frequency of disfunctions of temporomandibular joint (TMJ) allows to consider this problem rather urgent, requires improvement at complex checkup and treatment. Using roentgenography and magnetic resonance imaging (MRI) of temporomandibular joint allows to separately solve problems in diagnostic transgressions functional cooperation of soft tissue and bone elements of joint. MNRT of TMJ increases quality of diagnostic and allows to make choice of adequate tactics of the treatment.

Key words: pathology of temporomandibular joint, magnetic resonance imaging.

С. Н. ДЪЯКОНОВ, ВАС. В. ТАИРОВ, С. В. МЕЛЕХОВ

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ВПО
Кубанского государственного медицинского университета

Деструктивные формы хронического периодонтита в нашей стране остаются распространенной патологией. Они являются одной из частых причин развития осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, приводящих к удалению зуба. Хронический гранулирующий и гранулематозный периодонтиты сопровождаются деструктивными изменениями кости альвеолярного отростка, а продукты распада тканевых белков представляют большую опасность для организма, вызывая его хроническую интоксикацию и сенсibilизацию [1]. Наибольшую результативность в терапии осложнений кариеса зубов обеспечивает индивидуализированный подход к выбору того или иного метода лечения и реабилитации [2].

Эффективность эндодонтического лечения определяется в ближайшие сроки после лечения — до 6 месяцев и в отдаленные сроки — 2 года и более. Следует, однако, отметить, что существует мнение о необходимости в некоторых случаях проведения наблюдения и в более отдаленные сроки (до 5 лет) (кисты, переломы корня, хирургические методы и др.).

При оценке качества эндодонтического лечения существуют общепризнанные критерии, которых необходимо придерживаться. Основные из них:

1. Снятие болевых ощущений, если они имелись.

2. Отсутствие изменений в тканях, окружающих верхушку корня, после пломбирования корневого канала при лечении зубов с пульпитом и депульпировании зуба.

3. Восстановление костной ткани в случае имевшихся в период лечения деструктивных изменений в периапикальных тканях [4].

На сегодняшний день одним из ключевых методов контроля лечения корневых каналов зубов является рентгеновский снимок.

Материалы и методы

Всего за период с 1998 по 2007 г. обследовано и вылечено 66 зубов с различными формами периодонтита у 47 пациентов. Средний возраст пациентов 41 год.

Для постановки диагноза нами были использованы общеклинические методы обследования пациентов: основные (осмотр, перкуссия, пальпация) и дополнительные (электроодонтодиагностика, денальная рентгенография). Обработка корневых

каналов зубов проводилась по методике Crown Down с последующей временной obturацией «КоллапАн»-гелем. Рентгенологическое исследование проводилось до лечения и после постоянной obturации корневых каналов гуттаперчей.

Полученные рентгенологические данные экспортировались и подвергались дальнейшему анализу программой «SIDEXIS XG» фирмы Sirona посредством цифрового фотоаппарата Olympus и Sony H1.

Результаты исследования и их обсуждение

Об эффективности лечения судили на этапах временной obturации и в первую неделю после постоянного пломбирования корневых каналов на основании выявления жалоб, клинических симптомов, а также анализа данных рентгенологического исследования через 6 месяцев, 2 года. Сравнение рентгенологических результатов лечения периодонтита проводилось визуально, а также посредством программы «SIDEXIS XG».

Опция «Замеритель плотностного профиля» (разрежения или уплотнения) позволяет отобразить относительную плотность исследуемого участка в виде гистограммы. В нашем случае данными участками были очаги деструкции. Радиовизиографическая программа SIDEXIS SIRONA позволяет определять плотность тканей на снимке в каждой отдельной точке (соответствующей одному пикселю), выбранной исследователем линии, и графически изображать гистограмму исследуемого участка. Каждый оттенок серого соответствует величине заряда 1 пикселя. Измерение плотностного профиля проводится по 100%-ной шкале, поэтому 1% соответствует 25,6 оттенков серого. Диаграмма распределяется таким образом, что наименьшая плотность получает значение 0, а наибольшее значение плотности соответствует максимальной длине штриха. Указанные в диаграмме плотностного профиля числовые значения сводились в статистическую программу EXCEL.

Ближайшие результаты лечения были расценены нами как благоприятные. В 93,4% случаев отмечалось купирование воспалительных явлений: отсутствие жалоб со стороны пациентов, нормализация цвета десны в проекции апикального участка леченых зубов, безболезненная перкуссия.

Заметное восстановление костной ткани в околоверхушечном патологическом очаге в 83,3% наблюдений происходило через 6 месяцев после постоянного пломбирования корневых каналов, рентгеноконтрастность костной структуры в области поражения мало отличалась от нормальной структуры кости.

В качестве примера приводим некоторые клинические случаи.

Пациент А., 55 лет. Обратился с жалобами на чувство дискомфорта при накусывании в области 46-го зуба. На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз «хронический гранулематозный периодонтит 46-го зуба». Проведена хирургическая и медикаментозная обработка корневых каналов зуба. Во второе посещение проводилось отсроченное пломбирование «КоллапАн»-гелем К. Получены благоприятные клинические и

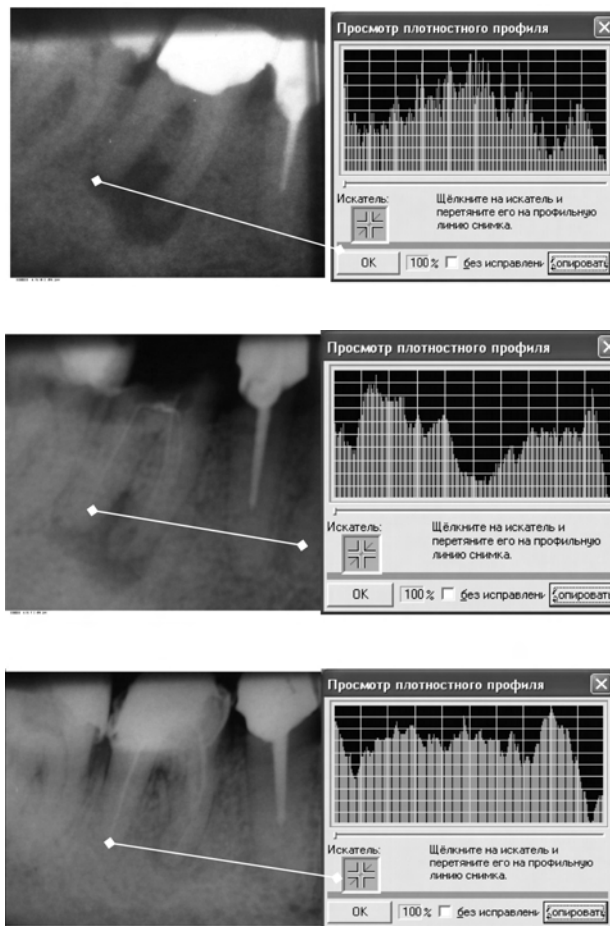


Рис. 1. Динамика рентгенологических изменений 46-го зуба пациента А.

рентгенологические результаты. До лечения плотностной профиль соответствовал 67,5189 единицы; через 6 месяцев — 105,7189 единицы; через 2 года составлял 127,5405 единицы (рис. 1).

Пациентка В., 36 лет. Пациентка обратилась с эстетическими жалобами на ранее поставленную на 12-й зуб композитную пломбу. При снятии пломбы выявлено отсутствие прокладочного материала. При обследовании поставлен диагноз «хронический гранулирующий периодонтит 12-го зуба». После хирургической и медикаментозной обработки корневого канала введен «КоллапАн»-гель К сроком на 1 месяц. До лечения плотностной профиль соответствовал 106,1707 единицы; через 6 месяцев — 134,5285 единицы; через 2 года составлял 139,9837 единицы (рис. 2).

Пациентка К., 50 лет. Обратилась с жалобами на боли при накусывании в области 31-го зуба. 31-й зуб ранее лечен по поводу скола режущего края. По данным обследования диагноз «хронический гранулематозный периодонтит 31-го зуба». В ходе лечения, после первого введения «КоллапАн-Л», получено обострение. Далее обострение было купировано, в том числе с помощью физиотерапевтических процедур (лазеротерапия аппаратом «Узор-2К»). При повторном введении материала обострения не последовало. До лечения плотностной профиль соответствовал 70,176 единицы; через 6 месяцев — 110,256 единицы; через 2 года составлял 126,92 единицы (рис. 3).

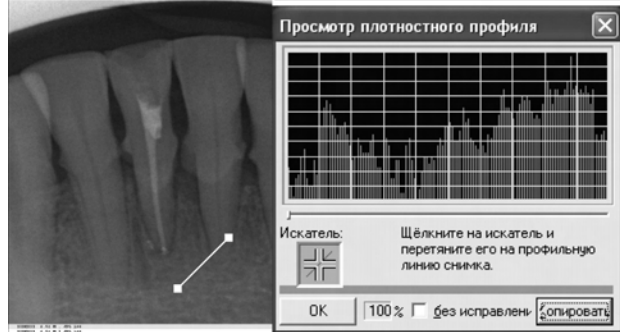
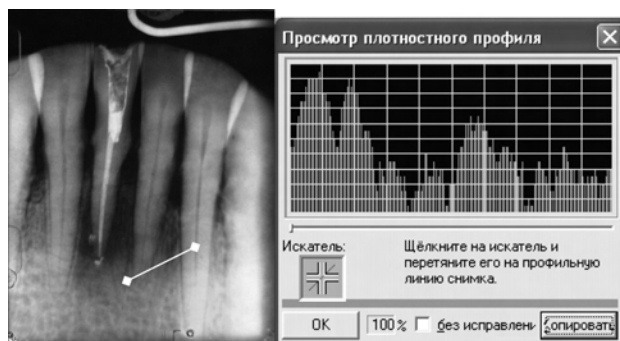
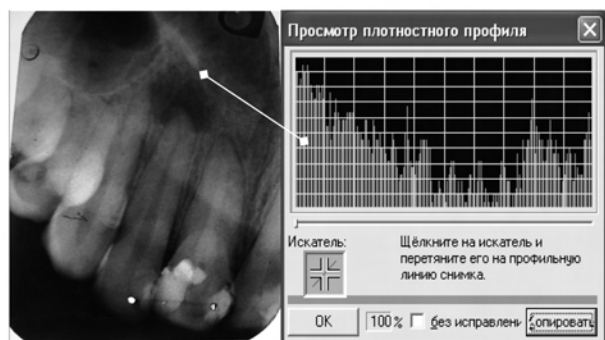


Рис. 2. Динамика рентгенологических изменений 12-го зуба пациентки В.

Рис. 3. Динамика рентгенологических изменений 31-го зуба пациента К.

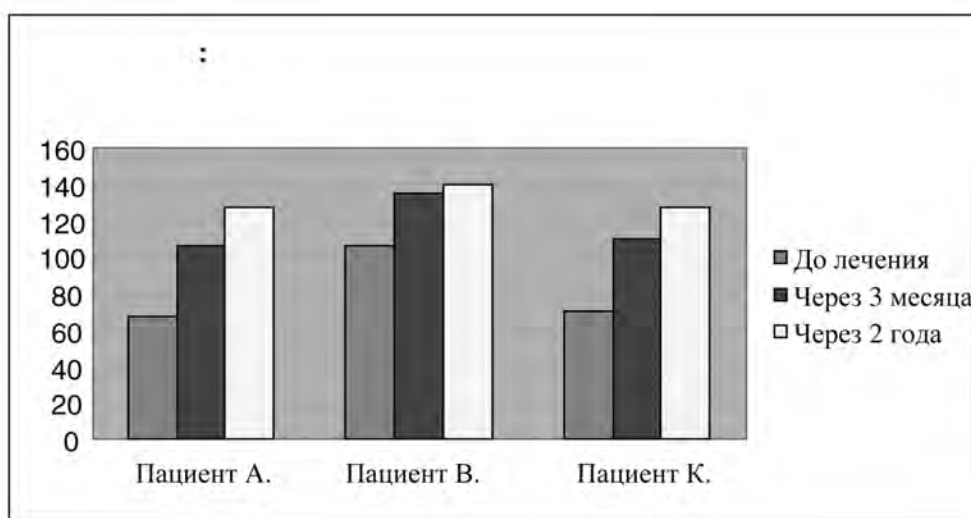


Рис. 4. Статистические изменения плотностного профиля по данным компьютерной денситометрии

Таким образом, цифровой анализ рентгенограмм показал увеличение плотностного профиля, что свидетельствует об эффективности препарата «КоллапАнгель» при лечении деструктивных форм периодонтитов (рис. 4).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксёнова Т. В., Бондаренко А. Н. Дискретный клинический анализ состояния зубочелюстной системы как основа активной реабилитации больных с осложнениями кариеса зубов // Кубанский научный медицинский вестник. Краснодар, 2006. № 5—6. С. 11—12.

2. Бажанов Н. Н., Робустова Т. Г., Максимовский Ю. М. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. 1997. № 2. С. 15—19.

3. Боровский Е. В., Свистунова И. А., Кочергин В. Н. Да или нет резорцинформалиновому методу (методу Альбрехта) // Клиническая стоматология. 1997. № 3. С. 16—18.

4. Гречишников В. И. Клиника хронического деструктивного периодонтита: Методические рекомендации. Ставрополь: СГМА, 1999. 16 с.

5. Митронин А. В., Царёв В. Н., Максимовский Ю. М. Эффективность трансканального применения «КоллапАн»-геля, содержащего антимикробные средства, в лечении деструктивных форм хронического периодонтита на основании данных микробиологического исследования // Стоматология сегодня. 2004. № 2. С. 63.

6. Таиров В. В., Мелехов С. В., Евглевский А. А. Клинико-экспериментальные аспекты применения современных материалов, используемых для прямого покрытия пульпы зуба // Кубанский научный медицинский вестник. Краснодар, 2006. № 5—6. С. 13—17.

7. Дьяконов С. Н., Мелехов С. В. Оптимизация оценки эффективности эндодонтического лечения с использованием аппаратно-

программного комплекса «Одونتология 2.0» // Кубанский научный медицинский вестник. Краснодар, 2006. № 5—6. С. 17—22.

Поступила 30.03.2008

**S. N. DJAKONOV, VAS. V. TAIROV,
S. V. MELEKHOV**

IMPROVEMENT OF THE METHOD OF THE RADIOLOGICAL CONTROL OVER CONSERVATIVE TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF THE PERIODONTITIS

Opportunities of the modern equipment allow to lead digital diagnostics of a radiological picture. Measurement density a structure provides an objective estimation of features of regeneration of a bone fabric.

In work the nearest and remote results of treatment of 42 clinical cases of destructive forms of a periodontitis with use osteoconductive a preparation «CollapAn» and the further the analysis density a structure of roentgenograms the program «SIDEXIS XG» are considered.

А. Г. ЗАХАРКИН

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА

*Кафедра факультетской хирургии
ГОУ ВПО «Мордовский университет им. Н. П. Огарева»*

Самой тяжелой и распространенной патологией пародонта является хронический генерализованный пародонтит, который протекает годами, с периодами ремиссий и обострений, часто приводит к значительному нарушению функций зубочелюстной системы из-за резорбции костной ткани, гибели удерживающего аппарата зубов и выпадения последних [8].

Пародонтит развивается на фоне изменений капилляров и появления метаболических и структурных явлений повреждения тканей пародонта. Изменения капилляров, тканевая гипоксия и выраженные нарушения тканевого обмена в пародонте приводят к ухудшению питания околозубных тканей, развитию местного ацидоза, метаболических расстройств на молекулярном и клеточном уровнях, что в итоге способствует накоплению токсичных продуктов перекисного окисления липидов и свободных радикалов [6], неизменно поступающих в кровоток. Одной из первых мишеней мембранодеструктивного действия данных токсинов являются эритроциты и тромбоциты. Основу мембраны этих клеток составляет фосфолипидный матрикс, пронизываемый интегральными белками [5, 7]. Структурные дестабилизации мембранно-форменных элементов крови приводят к угнетению их функциональной активности, что зачастую является одним из механизмов развития тканевой гипоксии и усугубления течения основного патологического процесса.

Таким образом, необходимость коррекции эритроцитарной и тромбоцитарной дисфункции путем снижения

интенсивности свободнорадикальных процессов при хроническом пародонтите патогенетически обоснована. Наиболее перспективным в этом отношении представляется применение биоантиоксидантов [1, 2, 4].

Цель работы — повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита путем включения в традиционную терапию биоантиоксидантов (витамин Е, мексидол).

Материалы и методы

В основу работы положены клинические исследования 82 больных (27 мужчин и 55 женщин) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести с давностью заболевания от 3 до 15 лет. Обследуемые были распределены на три группы, одинаковые по возрастно-половому составу и по тяжести патологии. Пациенты проходили комплексное обследование: стоматологическое, клинико-лабораторное, рентгенологическое, биохимическое и функциональное до, в процессе и после лечения.

Первая группа (28 больных) — контрольная — получала традиционную противовоспалительную терапию: после проведения профессиональной гигиены (снятие зубных отложений) в патологические зубодесневые карманы закладывалась взвесь хлоргексидина с метрогилом, проводились ротовые ванночки с диоксидином или димексидом, накладывались лечебные повязки с противовоспалительными мазями (бутадионовая, метрогил-дента, холисал, лингезин). Назначалось общее противовоспалительное лечение в виде антимикробных препаратов (флагил, клиостом,