

У випадках травм багатьом хворим були проведені цервікальні 3D КТ знімки. Всі хворі були оцінені postop 2-х спрямованим цервікальним графіком. При цьому, у 5 хворих спостерігалось інфекційне ускладнення, а у 2 хворих - проблема фіксатора і вони були повторно взяті на ревізію. 10 хворим на увазі розвинулася у них інфекція місця глибокої рани була проведена ревізійна хірургія. 3 хворим через інфекцію місця поверхневої рани проведено лікування антибіотиками, минаючи хірургічне втручання. Постеріорная цервікальна фіксаційна хірургія вимагає застосування спеціальних хірургічних інструментів і хірургічної техніки. Гарний вибір хворих, правильна хірургія, тривалі спостереження дозволять завжди отримувати високі результати.

Ключові слова: цервікальна травма, педікулами, гвинт, ревматоїдний артрит, ревізійна хірургія.

Стаття надійшла 11.06.2016 р.

3D images of the cervical KT. All patients were evaluated postop 2 directed cervical schedule. However, 5 patients had an infectious complication, and 2 patients a problem the lock and they were re-taken for audit. In 10 patients because they developed infection places a deep wound was produced by a revision surgery. In 3 patients because of infection place of the surface wounds were treated with antibiotics, avoiding surgery. Causes of infection in most cases was Staphylococcus aureus and enterobakter. Most patients showed improvement in condition. Posteriorly cervical fixation surgery requires special surgical instruments and surgical equipment. Good selection of patients, correct surgery, long observations will allow us to always obtain good results.

Key words: cervical trauma, pelicula, screw, rheumatoid arthritis, revision.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 616.716.8-071-084:613.956: 617.52: 616.34.25-007.481-7

М. О. Дмитрієв

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

ВИЗНАЧЕННЯ НОРМАТИВНИХ ЦЕФАЛОМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЗА МЕТОДОМ СТАЙНЕРА ДЛЯ УКРАЇНСЬКИХ ЮНАКІВ ТА ДІВЧАТ

В статті наведені цефалометричні параметри які використовуються в аналізі Стайнера у юнаків і дівчат Подільського регіону України з ортогнатичним прикусом, оцінка статевої розбіжностей даних параметрів і проведено порівняння отриманих результатів з даними, що були отримані Цесілом Стайнером. Показано, що більшість цефалометричних параметрів отриманих в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом практично не мають відмінностей з величиною даних параметрів отриманих Ц. Стайнером.

Ключові слова: бокові телерентгенограми голови, цефалометрія, юнакі, дівчата, аналіз Стайнера.

Публікація є фрагментом НДР «Клініко-експериментальне обґрунтування застосування нових методів профілактики, діагностики, лікування дітей та підлітків із аномаліями зубощелепної системи та ускладненнями карієсу» (№ державної реєстрації: 0115U007010).

Дослідження бокових телерентгенографічних знімків голови є одним із основних методів дослідження при лікуванні зубощелепних аномалій а також досить інформативним методом вивчення in-vivo морфометрії краніофасціальних і зубощелепних структур. З давніх часів людина намагалась визначити основні принципи та закономірності що би дозволило їй об'єктивно описати такі суб'єктивні поняття, як краса, гармонія, естетика. Власне лице, його пропорційність, профіль та посмішка є основним об'єктом який оцінюється з позицій метричних пропорцій та симетрії. Оскільки зубощелепна система складає третину лица, незначні відхилення від нормального розвитку щелеп та положення зубів одразу стають помітними і викликають бажання щодо корекції, і не лише з погляду функції. Перед лікарем виникає досить складний комплекс завдань. Йому необхідно визначити які саме структури лица та зубощелепного апарату відповідають за існуючу деформацію і провести порівняння існуючих розмірів із еталонними [2].

Аналіз м'яких тканин провести не так складно як вивчити та проаналізувати велику кількість кутових та лінійних характеристик кісток черепа. З введенням в 1934 році Н. Hofrath в Німеччині та В. Holly Broadbent в США рентгенологічної цефалометрії, в руках вчених з'явився клінічний інструмент для дослідження аномалій оклюзії і скелетних диспропорцій [2]. Почали з'являтися різні методики аналізу та тлумачення результатів цефалометричного дослідження. Основними та актуальними на даний час є: 1) Down's Analysis (1948); 2) Steiner Analysis (1953); 3) Tweed's Analysis (1954); 4) Sassouni Analysis (1955); 5) Harvold Analysis (1974); 6) Wits Analysis (1975); 7) Ricketts Analysis (1979); 8) McNamara Analysis (1983); 9) Jaraback Analysis (1972). Не дивлячись на давність цих методик вони використовуються в сучасній медичній практиці і є предметом вивчень та дискусій науковців. Так, аналіз за Стайнером є основною компонентою сучасного цефалометричного аналізу, обов'язкового при веденні ортодонтичного пацієнта з патологією прикусу, і внесений до карти ортодонтичного хворого (Форма первинної облікової документації, № 043-1/о, ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 29 травня 2013 року № 435).

Дослідження проведені у 2008 році визначили що в США ортодонтами найбільш часто використовується аналіз Стайнера (у 33,6 %), і його відносна популярність, в порівнянні з іншими аналізами, залишається приблизно на однаковому рівні з 1986 року [16]. Опитування, проведене серед усіх ортодонтів працюючих в Нідерландах показали аналогічні результати – 58 % лікарів використовують рекомендації Стайнера [15].

На відміну від свого досить відомого попередника Вільяма Доунса (William Downs), який у 1948 році запропонував методику вивчення цефалограмм та нормативну базу яку створив на основі вивчення 20 європейців віком від 17 до 21 років обох статей з ідеальною оклюзією, Цесил Стайнер (Cecil C. Steiner) за еталон у своєму дослідженні взяв ідеали зірок Голлівуда [2]. Цей аналіз вважається першим сучасним аналізом тому що він відображає не тільки вимірювання але і запропонував специфічні правила використання цефалометричних вимірів при плануванні лікування.

Відмінною рисою аналізу Стайнера є те, що замість Франкфуртської горизонталі, яка являється класичною базовою площиною при вимірюванні черепів і використовується з самого початку в цефалометрії (проходить через нижній край очної ямки і верхню точку зовнішнього слухового отвору – Porion), він використовував площину яка проходить через центр турецького сідла (S – sella turcica) та передній край лобно-носового шва (точка N – nasion) [2, 3]. Стайнер в своєму аналізі підкреслив, що неможливо орієнтуватися лише на «сухі» значення цифр – необхідно розглядати комплекс показників і чітко орієнтуватися що є головним, а що похідним [6]. Так, наприклад, на більшість показників визначаючих положення щелеп та зубів в основі яких лежить точка nasion (N) можуть впливати не тільки розташування цих структур, а також і особливості передньо-заднього та вертикального розташування самої базової точки Nasion, ротація щелеп та висота лица.

Ретроспективні дослідження передбачуваності цефалометричних індексів Стайнера до та після лікування показали достовірні розбіжності, відсутність впливу статі та відмінностей в залежності від типу лица. Отримані результати вказують на деякі обмеження оцінок вимірів, але подібна ситуація не знецінює клінічне або наукове використання даних індексів, і якщо пам'ятати про його недоліки, автори рекомендують використовувати аналіз Стайнера з деякими обмеженнями [5].

Метою роботи було встановити цефалометричні параметри за Стайнером у юнаків і дівчат Подільського регіону України з ортогнатичним прикусом і порівняти результати з даними, що отримані Цесілом Стайнером.

Матеріали та методи дослідження. За допомогою пристрою Veraviewerocs 3D, Моріта (Японія) у 38 юнаків (віком від 17 до 21 року) та 55 дівчат (віком від 16 до 20 років) з ортогнатичним прикусом були отримані та проаналізовані бокові телерентгенограми.

Цефалометричні точки та вимірювання проводили згідно рекомендацій С. С. Steiner [14], а анатомічні – за Basavaraj Subhashchandra Phulari [4] та С.І. Дорошенко і Є.А. Кульгинским [1].

Визначали наступні показники (рис. 1): **кут SNA** – утворюється лініями **S-N** (передній краніальний базис) та **N-A** (вказує на передньозаднє розташування верхньої щелепи до переднього краніального базису); **кут SNB** – утворюється лініями **S-N** (передній краніальний базис) та **N-B** (вказує на передньозаднє розташування нижньої щелепи до переднього краніального базису); **кут ANB** – утворюється лініями **A-N** та **N-B** (вказує на міжщелепне співвідношення у передньозадньому напрямку); **кут SND** – утворюється лініями **S-N** та **N-D** (вказує на передньозаднє розташування симфіза (D – центр симфізу) нижньої щелепи до переднього краніального базису); **міжрізцевий кут II** – утворюється центральними осями верхнього центрального (**Ap1u-Is1u**) та нижнього центрального (**Ap1L-Is1L**) різців; **кут SN_OcP** – утворюється лініями **apOcP-ppOcP** та **S-N** (нахил змикальної площини до основи черепа за Стайнером); **кут SN_GoGn** – утворюється лініями **Go-Gn** та **S-N** (кут нахилу мандибулярної площини за А. М. Шварцем, до передньої краніальної основи); **кут Max1_NA** – утворюється лініями **Ap1u-Is1u** (нахил центральної вісі верхнього центрального різця) та **N-A**; **кут Max1_SN** – утворюється лініями **Ap1u-Is1u** (нахил центральної вісі верхнього центрального різця) та **S-N**; **кут Mand1_NB** – утворюється лініями **Ap1L-Is1L** (нахил центральної вісі нижнього центрального різця) та **N-B**; **відстань Iu_NA** – від точки **Is1u** до лінії **N-A** (визначає передньозаднє розташування коронкової частини верхнього центрального різця до лінії N-A); **відстань II_NB** – від точки **Li1L** до лінії **N-B** (визначає передньозаднє розташування коронкової частини нижнього центрального різця до лінії N-B); **відстань Pog_NB** – від точки **Pog** до лінії **N-B** (характеризує положення кісткового підборіддя до лінії N-B); **Holdaway ratio** – пропорція Холдавея, різниця між відстанями точок **Li1L** та **Pog** до лінії **N-B** (характеризує передньозаднє положення коронкової

частини нижнього центрального різця по відношенню до розміру кісткового підборіддя); **відстань S_L** – від точки **S** до конструктивної точки **L**, яка утворюється на перетині перпендикуляру проведеного з точки **Pog** до лінії **Se-N**; **відстань S_E** – від точки **S** до конструктивної точки **E**, яка розташовується на перехресті перпендикуляру проведеного з точки **ppCond** до лінії **Se-N**.

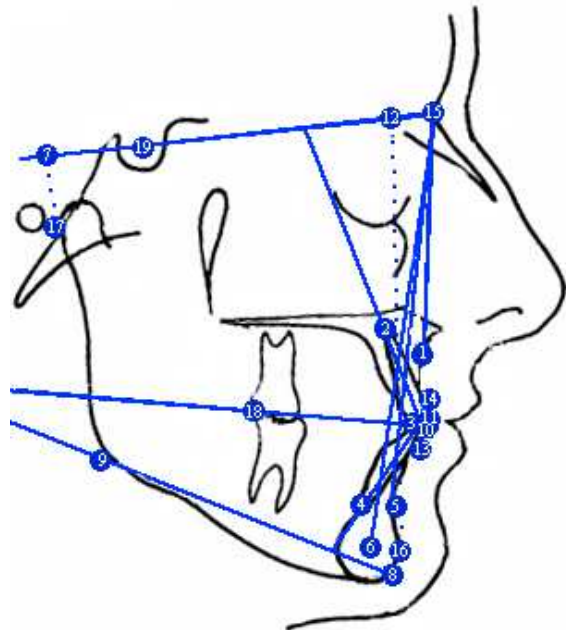


Рис. 1. Основні точки та лінії які використовуються в цефалометричному аналізі Стайнера: **1** – A (subspinale – точка A за Downs) – найбільш постеріально розміщена на передньому контурі апікального базису верхньої щелепи; **2** – Ap1u (apex first upper incisor) – точка верхівки кореня першого центрального верхнього різця; **3** – arOcP (anterior point of occlusal plane – передня точка змикальної площини за Твідом) – середина лінії що з'єднує різальні краї найбільш виступаючих центральних різців верхньої та нижньої щелеп; **4** – Ap1L (apex first inferior incisor) – точка верхівки кореня першого центрального нижнього різця; **5** – B (submentale – точка B за Downs) – найбільш глибока точка на передньому контурі апікального базису нижньої щелепи; **6** – D – центр симфізу нижньої щелепи; **7** – E – конструктивна точка розташовується на перехресті перпендикуляра з точки ppCond до лінії Se-N; **8** – Gn (gnation) – точка з'єднання нижнього краю нижньої щелепи і зовнішнього контуру симфізу; передня точка на нижньому контурі тіла нижньої щелепи; **9** – Go (gonion) – на зовнішньому краї нижньої щелепи при перетині його з бісектрисою кута, утвореного дотичною до нижнього краю тіла і заднього краю тіла щелепи; задня точка на нижньому контурі тіла нижньої щелепи; **10** – Is1L (incision inferior) – точка розташована на різальному краю нижнього центрального різця; **11** – Is1u (incision superior) – точка розташована на різальному краю верхнього центрального різця; **12** – L – конструктивна точка, утворюється на перетині перпендикуляра до Se-N крізь точку Pog; **13** – Li1L – найбільш присінково розташована точка на губній поверхні коронкової частини нижнього центрального різця;

14 – Ls1u – найбільш присінково розташована точка на губній поверхні коронкової частини верхнього центрального різця; **15** – N (nasion) – найбільш передня точка лобно-носового шва, з'єднання лобної і носової кісток у серединно-сагітальній площині; **16** – Pog (pogonion) – найбільш передня точка кісткового підборіддя; **17** – ppCond (Condylion posterior point) – найбільш дорсально розташована точка суглобового відростка нижньої щелепи; **18** – prOcP (posterior point of occlusal plane) – задня точка змикальної площини за Твідом, розташовується в місці найбільш заднього контакту перших великих кутніх зубів; **19** – S (sella) – конструктивна точка в центрі турецького сідла.

Статистична обробка отриманих результатів проведена в ліцензійному пакеті "Statistica 6,0" з використанням непараметричних методів оцінки отриманих результатів. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали за допомогою U-критерія Мана-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення. Цефалометричні параметри за Стайнером (середня з стандартним відхиленням та процентильний розмах) у юнаків і дівчат Подільського регіону України з ортогнатичним прикусом представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Цефалометричні параметри за Стайнером у юнаків і дівчат Подільського регіону України з ортогнатичним прикусом

Назва показника	Значення за Стайнером	Юнаки		Дівчата		p
		M±δ	25p-1, 75p-1	M±δ	25p-1, 75p-1	
SNA	80 – 89°	82,32±3,98	79,45 – 84,22	81,48±3,36	79,17 – 83,35	>0,05
SNB	75 – 82°	80,16±3,89	76,89 – 83,12	79,66±3,05	77,10 – 81,89	>0,05
ANB	2 – 4°	2,167±1,965	0,658 – 3,913	1,816±1,991	0,684 – 3,185	>0,05
SND	76 – 77°	77,80±3,88	74,76 – 80,71	77,24±2,93	74,61 – 78,94	>0,05
II	130 – 150°	130,6±7,1	126,0 – 134,9	130,5±8,0	125,4 – 135,5	>0,05
SN-OcP	14°	13,06±4,80	9,275 – 16,11	15,39±3,71	12,46 – 18,42	<0,05
SN-GoGn	30°	28,65±6,09	22,48 – 31,23	28,03±4,90	23,97 – 31,07	>0,05
Max1-NA	22°	22,51±5,84	19,56 – 26,92	23,51±5,72	20,34 – 26,62	>0,05
Max1-SN	108°	104,8±7,8	99,40 – 109,6	105,0±6,0	100,9 – 109,2	>0,05
Mand1-NB	25°	24,77±5,51	20,70 – 28,90	24,20±6,26	20,43 – 27,92	>0,05
Iu-NA	4mm	5,403±1,647	4,297 – 6,422	5,197±1,757	4,131 – 6,595	>0,05
II-NB	4mm	4,891±1,453	3,685 – 6,013	4,223±1,693	3,090 – 5,443	<0,05
Pog-NB		2,901±1,680	1,718 – 3,772	2,367±1,418	1,320 – 3,366	>0,05
Holdaway ratio	0 – 2mm	1,989±2,402	0,663 – 3,282	1,855±2,667	0,465 – 3,637	>0,05
S-L	51mm	54,89±9,46	48,25 – 60,85	50,21±6,42	45,31 – 54,96	<0,05
S-E	22mm	19,97±2,90	17,53 – 22,50	18,69±2,68	17,30 – 20,53	=0,061

Примітки: M±δ – середня ± стандартне відхилення; 25p-1, 75p-1 – процентильний розмах.

При порівнянні цефалометричних параметрів які використовуються в аналізі Стайнера між юнаками та дівчатами Поділля з ортогнатичним прикусом у юнаків встановлені достовірно більші

($p < 0,05$), або тенденція до більших значень ($p = 0,061$) **відстані II_NB** (визначає передньозаднє розташування коронкової частини нижнього центрального різця до лінії N-B), а також **відстаней S_L і S_E**; а у дівчат – достовірно більше ($p < 0,05$) значення **кута SN_ОсР** (нахил змикальної площини до основи черепа за Стайнером) (див. табл. 1).

Необхідно відмітити, що для більш гнучкого аналізу Ц. Стайнер запропонував декілька моделей різних комбінацій кутів, що зустрічається в нормі. Але нормативні значення запропоновані автором постійно корегуються. Так у підручнику Проффита наданні нормативні значення для білих та темношкірих американців, ізраїльтян, китайців, японців [2]. А дослідження мешканців Мексики [9], Кореї [8] та населення Саудівської Аравії [12] вказують на існування етнічних відмінностей цефалометричних показників від запропонованих Стайнером в своїх дослідженнях.

Існуюча ситуація спонукала дослідників до визначення та створення нормативної бази вимірювань за Стайнером з урахуванням віку, статі та етнічної належності. Так були розроблені нормативи для індійських дітей [7], мешканців Палестини [10], Малайзії [11], Непала [13]. Існуюча ситуація спонукала нас на проведення подібного дослідження і визначення ступеня достовірності метода Цесіла Стайнера для українців.

Порівнюючи цефалометричні параметри отримані Ц. Стайнером з показниками даних параметрів, що отримані в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом встановлені виражені відмінності лише для **кута ANB** у дівчат (вказує на міжщелепне співвідношення у передньозадньому напрямку), **міжрізцевого кута II** (утворюється центральними осями верхнього центрального та нижнього центрального різців), **пропорції Холдавея** (характеризує передньозаднє положення коронкової частини нижнього центрального різця по відношенню до розміру кісткового підборіддя) та **відстані S_E** (див. табл. 1).

Таким чином більшість цефалометричних параметрів отриманих в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом практично не мають відмінностей з величиною даних параметрів отриманих Ц. Стайнером.

Висновки

1. Статеві розбіжності цефалометричних параметрів які використовуються в аналізі Стайнера між юнаками та дівчатами Поділля з ортогнатичним прикусом встановлені встановленні лише для відстаней II_NB, S_L і S_E (більші значення в юнаків) та кута SN_ОсР (більші значення у дівчат).
2. Відмінності цефалометричних параметрів, що отримані Ц. Стайнером від показників, що отримані в юнаків і дівчат Поділля з ортогнатичним прикусом встановлені лише для кута ANB у дівчат, а також незалежно від статі для міжрізцевого кута II, пропорції Холдавея та відстані S_E.

В подальших дослідженнях планується визначення нормативної бази вимірювань за методиками Шварца, Макнамара, Доунса, Холдавея, Шмута та Твіда.

Література

1. Дорошенко С.И. Основы телерентгенографии / С.И. Дорошенко, Е.А. Кульгинский. – К.: Здоров'я, 2007. – 72 с.
2. Proffit R. William. Современная ортодонтия / W. R. Proffit, H. W. Fields, D. M. Sarver; Пер. с англ. / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
3. Фліс П. С. Ортодонтия. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / П. С. Фліс. – Вінниця: Нова Книга, 2007. – 312 с.
4. An Atlas on Cephalometric Landmarks. 1st Edition / Basavaraj Subhashchandra Phulari. – Jaypee Brothers Medical Publishers, 2013. – 213 p.
5. Assessing the predictability of ANB, I-NB, P-NB and I-NA measurements on Steiner cephalometric analysis / A. C. Navarro, L. S. Carreiro, C. Rossato [et al.] // Dental Press J. Orthod. – 2013. – Vol. 18, № 2. – P. 125-132.
6. Azar P. Nicholas. The consistency of orthodontic diagnosis and treatment planning / Nicholas P. Azar. – Saint Louis University, 2012. – 80 p.
7. Cephalometric Norms for Mewari Children using Steiner's Analysis / A. Singh Rathore, V. Dhar, R. Arora, A. Diwanji // Int. J. Clin. Pediatr. Dent. – 2012. – Vol. 5, № 3. – P. 173-177.
8. Che F. Z. Cephalometric study with Steiner analysis on normal occlusion of Korean adults in Yanbian China / F. Z. Che, Y. Z. Xuan, Z. H. Jin // Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. – 2008. – Vol. 26, № 2. – P. 156-158.
9. Establishing cephalometric norms for a Mexican population using Ricketts, Steiner, Tweed and Arnett analyses / M. B. Gonzalez, J. M. Caruso, R. M. Sugiyama, W. L. Schlenker // APOS Trends Orthod. – 2013. – № 3. – P. 171-177.
10. Hussien E. Palestinians norms of Steiner cephalometric analysis / E. Hussien, S. Al-Khateeb, M. A. Mowais // World J. Orthod. – 2010. – Vol. 11, № 4. – P. 5-9.
11. Mohammad H. A. Academic Journals Cephalometric evaluation for Malaysian Malay by Steiner analysis / H. A. Mohammad, M. I. Abu Hassan, S. F. Hussain // Scientific Research and Essays. – 2011. – Vol. 6, № 3. – P. 627-634. ISSN 1992-2248.
12. Nasser M. Al-Jasser. Cephalometric evaluation of craniofacial variation in normal Saudi population according to Steiner analysis / Al-Jasser M. Nasser // Saudi Medical Journal. – 2000. – Vol. 21, № 8. – P. 746-750.

13. Sharma J. N. Steiner's cephalometric norms for the Nepalese population / J. N. Sharma // J. Orthod. – 2011. – Vol. 38, № 1. – P. 21-31.
14. Steiner C. C. Cephalometrics in clinical practice / C. C. Steiner // Angle Orthod. – 1959. – № 29. – P. 8-29.
15. Steiner cephalometric analysis: predicted and actual treatment outcome compared / R. T. Abdullah, M. A. Kuijpers, S. J. Bergé, C. Katsaros // Orthod. Craniofac. Res. – 2006. – Vol. 9, № 2. – P. 77-83.
16. 2008 JCO study of orthodontic diagnosis and treatment procedures, part 1: results and trends / R. G. Keim, E. L. Gottlieb, A. H. Nelson, D. S. Vogels // J. Clin. Orthod. – 2008. – Vol. 42, № 11. – P. 625-640.

Реферати

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НОРМАТИВНЫХ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПО МЕТОДУ СТАЙНЕРА ДЛЯ УКРАИНСКИХ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК Дмитриев Н. А.

В статье приведены цефалометрические параметры используемые в анализе Стайнера у юношей и девушек Подольского региона Украины с ортогнатическим прикусом, оценка половых различий данных параметров и проведено сравнение полученных результатов с данными полученными Ц. Стайнером. Показано, что большинство цефалометрических параметров установленных у юношей и девушек Подолья с ортогнатическим прикусом практически не имеют отличий в сравнении с величиной данных параметров полученных Ц. Стайнером.

Ключевые слова: боковые телерентгенограммы головы, цефалометрия, юноши, девушки, анализ Стайнера.

Стаття надійшла 5.06.2016 р.

DEFINITION OF NORMATIVE CEPHALOMETRIC PARAMETERS BY STEINER METHOD FOR UKRAINIAN YOUNG MEN AND WOMEN Dmitriev M. O.

In the article the cephalometric parameters used in the analysis of Steiner for boys and girls Podilskiy region of Ukraine with orthognathic bite, assessment of sexual differences of these parameters and the comparison of the results with data obtained by C. Steiner. It is shown that the majority of cephalometric parameters derived from boys and girls with of Podillya orthognathic bite have virtually no differences with the value of these parameters obtained by C. Steiner.

Key words: side teleroentgenogram of the head, cephalometry, boys, girls, analysis by Steiner.

Рецензент Гунас І.В.

УДК 616.317-008.1-036.12-08:616.716.8-003.8-073.75

Н. О. Жданова
Харківський національний медичний університет, м. Харків

ВИВЧЕННЯ ВІДНОСНОЇ ОПТИЧНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ГРАНУЛЕМАТОЗНОГО ПЕРІОДОНТИТУ

Вивчення показників оптичної щільності кісткової тканини дозволяє об'єктивно оцінити успішність лікування хронічного гранулематозного періодонтиту на різних етапах. Включення до протоколу лікування гідроксиду кальцію пришвидшує редукцію вогнища деструкції.

Ключові слова: відносна оптична щільність, реперна точка, показник деструкції.

Робота є фрагментом НДР «Діагностика і лікування захворювань органів і тканин щелепно-лицевої ділянки» (номер державної реєстрації 0113U002274).

Хронічний періодонтит залишається основною причиною видалення зубів і здатний привести до розвитку таких серйозних ускладнень як періостит, флегмона, остеомієліт [3]. Частота захворювань пульпи і періодонту в дітей і дорослих не має тенденції до зниження. При лікуванні хронічного періодонтиту спостерігається великий відсоток невдач, як у найближчі, так і у віддалені терміни. Завершене ендодонтичне лікування часто помилково приймають за успіх [7]. У той час як, навіть при технічно бездоганному пломбуванні кореневого каналу, патологічний осередок у періапікальних тканинах зберігається тривалий час, створюючи небезпеку рецидивів та ускладнень. Потреба у повторному лікуванні каналів зубів перевищує потребу в їх первинному лікуванні Головною у диференціальній діагностиці гранулематозного періодонтиту є типова рентгенологічна картина з чітко обмеженим періапікальним просвітленням, що підтверджує діагноз [1, 4]. Рентгенографія є важливою складовою частиною ендодонтичної діагностики, а високоякісний рентгеновський знімок, виконаний, по можливості, способом Langtubus, володіє високою інформативністю [6]. Але діагностичні дані одного знімка обмежені, оскільки трьохмірний об'єкт зображений у двомірній площині. Вивчення відносної оптичної щільності остеоденситометричним методом у періапікальній тканині дає можливість оцінити динаміку мінеральної насиченості кістки на різних етапах лікування хронічного періодонтиту [2, 5].

Метою роботи було вивчити показник відносної оптичної щільності кісткової тканини на різних етапах лікування хронічного гранулематозного періодонтиту.

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено та проліковано 37 осіб, яким був діагностований хронічний хронічний гранулематозний періодонтит віком 25-40 років.