



Рис. 13. Рентгенограмма 23-го зуба через 6 мес. после лечения



Рис. 14. Рентгенограмма 23-го зуба через 12 мес. после лечения

Таким образом, клиническое применение комплексной методики лечения опорных зубов с хроническими воспалительными периапикальными процессами ЭИ с резекцией верхушки корня и заполнением костной полости пористой гидроксиапатитной керамикой показывает высокую клиническую эффективность и подтверждается объективными методами исследования рентгенографией, радиовизиографией, гнатодинамометрией и окклюдозографией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клинические исследования показали высокую эффективность лечения ХВПП опорных зубов разработанной комплексной методикой ЭИ с применением пористой гидроксиапатитной керамики на этапе протезирования, положительные результаты достигнуты в

85,3±2,04 %, в сравнении с традиционной методикой – 62,3±1,96 %, что подтверждается клинико-функциональными методами исследования (рентгенография, радиовизиография, гнатодинамометрия, окклюдозография) и позволяет рекомендовать ее для практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорова И.П. Эндодонто-эндооссальная имплантация при поражении опорного аппарата передних зубов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1989. – 18 с.
2. Робустова Т.Г., Митронин А.В. ЭИ // Клинич. стоматология. – 1998. – № 2. – С. 20–24.
3. Сузов О.Н. Зубное протезирование на имплантатах. – М., Медицина, 1993. – 205 с.

УДК 616.716.8–002.2–075.73

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

Ю.В. Ефимов, Х.Х. Мухаев, М.В. Кирпичников, И.В. Долгова

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолГМУ

Деструктивные изменения в периапикальной зоне, являющиеся проявлением осложнений кариозного процесса, часто встречаются в клинической практике стома-

толога. Их рентгенологическая картина неспецифична и не может служить основанием для выделения морфологических форм периодонтитов [1, 9, 10].

Данные литературы свидетельствуют также о том, что рентгенологически невозможно отличить периапикальную гранулему от околокорневой кисты, хотя для последней наиболее характерны диаметр очага резорбции более 1,5 см и наличие ободка склероза по его периферии [2, 6].

Результаты экспериментальных исследований, выполненных J. Bender et S. Seltzer (1961) и A. Ramadan et D. Mitchell (1962) на скелетированных костях, показали, что деструктивные изменения рентгенологически выявляются только с момента вовлечения в патологический процесс переходной зоны и кортикальной пластинки, при этом изолированные повреждения губчатого вещества кости не выявляются [3].

Таким образом, по рентгеновским снимкам, основываясь на четкости контуров очага деструкции и характере трабекулярного рисунка, возможно судить лишь о стадии воспалительного процесса и его распространенности [5].

Исходя из вышеизложенного, мы поставили перед собой задачу проанализировать клинико-рентгенологические данные у больных, оперированных по поводу хронических периапикальных воспалительных процессов, и сравнить их с результатами патоморфологических исследований.

Всего мы наблюдали 93 пациента в возрасте от 17 до 56 лет. Мужчин было 37 (39,8%), женщин – 56 (60,2%). Преобладали лица 25–45 лет (72 человека – 77,4%). У большинства больных (67 человек – 72%) деструктивные изменения были выявлены случайно, при обращении в стоматологическую поликлинику по поводу санации полости рта. 26 (28%) пациентов были направлены после рентгенологического исследования, проведенного по ортопедическим показаниям.

Наиболее часто (72–77,4% испытуемых) нами использовалась цифровая рентгенография, которую вы-

полняли на радиовизиографе фирмы «Trophі», Франция. У 21 (22,6%) больного для выявления патологического очага применялась внутриротовая рентгенография в изометрической проекции.

Хирургическое лечение не отличалось от традиционного у 62 (66,7%) пациентов. У 31 (33,3%) больного использовалась усовершенствованная методика с сохранением анатомической формы корней зубов (Ефимов Ю.В., 1994).

У 79 (84,9%) пациентов клинических проявлений периапикального патологического очага мы не выявили. У 14 (15,1%) больных наблюдалась деформация альвеолярного отростка в виде вздутия с вестибулярной стороны и истончение кортикальной пластинки (симптом Дюпоитрена). Подвижность зубов различной степени отмечена у 12 (12,9%) человек. Во всех случаях был выявлен «причинный» зуб, электровозбудимость пульпы отсутствовала.

При анализе первичных рентгеновских и радиовизиографических снимков у 54 (58,1%) пациентов была диагностирована околокорневая киста и у 39 (41,9%) больных – околокорневая гранулема.

При этом наиболее часто контуры гранулемы выглядели как продолжение расширенной периодонтальной щели, а контуры околокорневой кисты были округлой формы.

Нами также было отмечено, что периодонтальные щели, кортикальные пластинки лунок и верхушки корней зубов наиболее отчетливо визуализируются на внутриротовых рентгенограммах.

В то же время использование радиовизиографа позволяет не только редуцировать лучевую нагрузку и проводить денситометрическую оценку снимков, но и увеличить контрастность и вместе с этим распознаваемость периапикальных повреждений (рис. 1, 2).



Рис. 1. Внутриротовая рентгенограмма (в области верхушек корней 21, 22, 23-го зубов определяется дефект с четким контуром, корни зубов выстоят в дефект до уровня $\frac{1}{3}$ своей длины, корневые каналы запломбированы до верхушки, периодонтальные щели визуализируются четко)

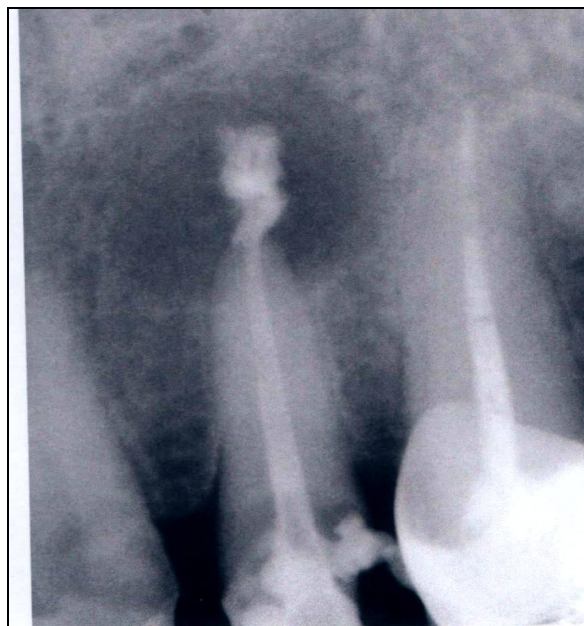


Рис. 2. Цифровая рентгенограмма (в области верхушки корня 22-го зуба определяется дефект, контуры расплывчатые, по периферии нечетко выраженный ободок склероза, периодонтальные щели визуализируются не четко)

При сопоставлении клинико-рентгенологических и патоморфологических данных совпадение диагнозов было отмечено у 36 (38,7%) пациентов.

Таким образом, полученные нами результаты согласуются с литературными, свидетельствуют о том, что дифференцировку клинических форм периапикальных деструктивных процессов необходимо проводить по результатам патоморфологических исследований. По рентгеновским снимкам, основываясь на четкости контуров очага деструкции и характере трабекулярного рисунка, возможно судить лишь о стадии воспалительного процесса и его распространенности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанцев А.П., Рабухина Н.А. // Мед. техника. – 1977. – № 5. – С. 18–21.
2. Бадалян В.А., Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А. // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 12–16.

3. Бризено Б. // Клинич. стоматология. – 2000. – № 1. – С. 9–13.

4. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с математическим моделированием действительных размеров остаточной костной полости: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 126 с.

5. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области: руководство для врачей / Под ред. Н.А. Рабухиной, Н.М. Чупрыниной. – М.: Медицина, 1991. – 368 с.

6. Солнцев М.А., Колесов В.С. Кисты челюстно-лицевой области. – Киев, 1982. – 96 с.

7. Bender I.B., Seltzer S. // J. Amer Dent Assoc. – 1961. – № 62. – P. 708–716.

8. Ramadan E.A-B., Mitchell D.F. // Oral Surg. – 1962. – № 15. – P. 934–934.

9. Shora R.R., Dowson J., Richards A.G. // Oral Surg. – 1974. – № 38. – P. 294.

10. Wood N.K., Goag P.W. // The C.V. mosby Company. St Louis Totonto. – London, 1980. – С. 32.

УДК 616–089.843:615.46:546.821/.824:546.185/.41:616.71–018

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Ю.Э. Питкевич, Д.А. Маланин, Л.Л. Черезов, О.Г. Тетерин

*Лаборатория экспериментальной и клинической ортопедии ВНЦ РАМН
и Администрации Волгоградской области*

До настоящего времени лечение внутрисуставных переломов проксимального метаэпифиза большеберцовой кости (ПМББК) остается актуальной проблемой в травматологии и ортопедии. Указанные переломы относятся к группе наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата и, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляют 1,5–12 % от числа переломов костей, 10–15 % от всех переломов большеберцовой кости и занимают второе место по частоте встречаемости среди переломов в коленном суставе [1, 2, 13].

Медицинская и социальная значимости рассматриваемой проблемы определяются также значительной частотой неблагоприятных функциональных исходов лечения, наблюдающихся у 2,8–11,9 % пострадавших, и высокими показателями инвалидизации – 6,1–34,9 % [1, 12].

К дискуссионным вопросам, основывающимся, в конечном итоге, на неполном удовлетворении исходами лечения как со стороны врача, так и пациентов, относятся: полноценность диагностики, выбор метода лечения (консервативный или оперативный) и способов его осуществления, сроки проведения хирургического вмешательства, выбор адекватных хирургических доступов, а также выполнение закрытой, открытой или артроскопически контролируемой репозиции и фиксации переломов [1, 2, 5, 10, 13, 17].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить результаты лечения больных с внутрисуставными переломами ПМББК путем оптимизации диагностики, хирургической тактики и программы послеоперационной реабилитации.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для исследования послужил анализ результатов лечения 89 из 253 больных с переломами ПМББК в 253 коленных суставах, наблюдавшихся в травматологических отделениях клинических больниц № 12 и 25 г. Волгограда за период с 1991 по 2004 г. Среди пролеченных больных было 138 мужчин и 115 женщин, средний возраст которых на момент травмы составлял 49,3 (от 15 до 86 лет).

Обследование проводили путем приглашения пациентов в клинику (81), активного патронажа на дому (2), опроса по телефону (6).

При поступлении в стационар больным проводили физикальный осмотр, в ходе которого устанавливали локализацию повреждения, выявляли гемартроз, деформацию, исключали нарушение целостности магистральных сосудов, периферических нервов, острый футлярный синдром. Затем назначали стандартное рентгенографическое исследование коленного сустава, нижней трети бедра и верхней трети большеберцовой кости в переднезадней и боковой проекциях, которое дополняли снимками в положении ротации конечности на 15° кнутри и кнару-