

**НАСЛІДКИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ, ЯКІ
ДІАГНОСТУЮТЬСЯ ЗА ДОПОМОГОЮ ОРТОПАНТОМОГРАФІЇ ТА
КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ 3-D ТОМОГРАФІЇ**

В.І. Лунгу, В.П. Мазур, Г.О. Мазур

*Кафедра хірургічної стоматології Одеського національного медичного
університету, м. Одеса*

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса

Комунальна установа Міська стоматологічна поліклініка №1, м. Одеса

Резюме. Відсутність приємственості, взаємодії та послідовності в діях спеціалістів – стоматологів та оторінолярінгологів – в лікуванні захворювань та травм суміжних анатомічних утворень, тривалий час було обумовлено відсутністю якісної діагностики щелепно-лицевої ділянки.

В статті ми хочемо звернути увагу, як стоматологів різних спеціальностей, так і оторінолярінгологів, на сучасні види діагностичного обстеження щелепно-лицевої системи – конусно-променеву комп'ютерну 3-D томографію та ортопантомографію і, як слідство, можливість якісно та сумісно вирішувати проблеми.

Ключові слова: конусно-променева комп'ютерна 3-D томографія, ортопантомографія, верхнє щелеповий синус, одонтогенні захворювання верхньощелепової пазухи.

Вступ. Одонтогенні захворювання верхньощелепової пазухи, не дивлячись на їх активне вивчення та обґрунтовану теоретичну сторону питання довгий час не «привертали» увагу практикуючих лікарів-стоматологів і були сегментом роботи тільки оторінолярінгологів. Верхньощелеповий синус розглядався як відокремлена, суто ЛОР-структура. Спеціалісти працювали переважно окремо один від одного та поодинці вирішували проблему. Хворий метушився між цими спеціалістами, спеціалісти сперечались, хворий втрачав час.

Стоматологами, на жаль, часто не враховуються анатомічні особливості розташування коренів зубів при їх ендодонтичному лікуванні, видаленні, проведені резекції верхівок коренів, проведені анестезій, оперативних втручань, не виконання стандартів діагностики (рентгенівський знімок на всіх етапах ендодонтичного лікування), що призводить до формування діагнозу із словом “одонтогенний”.

І тільки після широкого застосування ортопантомографії та конусно-променевої комп'ютерної 3-D томографії відсоток “стоматологічного” в етіології та патогенезі захворювань ЛОР-органів став очевидним.

Матеріали і методи. При плануванні лікування переважно всі пацієнти нашої клініки проходять ортопантомографію та, за показниками, комп'ютерну 3-D томографію. Вік пацієнтів від 15 до 90 років. При читанні отриманих даних, навіть не пов'язаних із ЛОР-патологією, ми стали звертати увагу на наявність змін у верхньощелеповому синусі та змінах в періапикальних тканинах, які могли призвести до патологічних змін у гайморовій пазусі. Хворих ми почали направляти на консультацію до ЛОР-спеціалістів, що дало змогу на ранішніх етапах діагностувати зміни в пазусі. В свою чергу, така взаємодія почала давати позитивні результати.

Без якісної рентгенологічної діагностики тактика лікування зуба із змазаною симптоматикою була класичною: з боку стоматолога-терапевта – ендодонтичне лікування чи переліковування зуба, що могло спровокувати виникнення або загострення запального процесу в гайморовій пазусі; стоматолога-хірурга – видалення причинного зуба із перспективою на вирішення запального процесу.

ЛОР-спеціаліст пропонував медикаментозне лікування чи оперативне втручання на гайморовій пазусі за класичною методикою – радикальна гайморотомія з повним видалення слизової оболонки гайморового синусу та формування співустя великих розмірів з порожниною носа в нижньому носовому ході. Втручання проводилось, за часту, без врахування первинного причинного одонтогенного вогнища, тобто без ендодонтичної підготовки та резекції верхівки коренів і, як слідство, це приводило до виникнення рецидивів.

Причини такої тактики з боку лікарів були змазаність та завуальованість клінічних проявів захворювань синусу, важкість чітко прослідкувати причинно-слідовий зв'язок у часі, недостатня інформативність рентгенівських знімків, стереотипність мислення. В арсеналі діагностики у лікарів були прицільна рентгенографія зубів, рентгенографія біляносових пазух в прямій та боковій проекціях на рентгенівській плівці.

Наслідком такого вузькоспеціалізованого підходу до лікування хворих із одонтогенними захворюваннями верхньощелепних пазух є хронізація процесу, схильність до рецидивів, складність лікування такої патології, тому що більшості випадків клініко-рентгенологічна картина не дозволяла провести вичерпану диференціальну діагностику с риногенним генезом процесу.

Проривом у зміні стереотипів мислення, в першу чергу стоматологів, та об'єднанням спеціальностей на шляху одного підходу до однієї проблеми стала цифрова ортопантомографія і, невдовзі, – комп'ютерна томографія з подальшою 3D реконструкцією твердих і м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Завдяки високій якості та інформативності методів, стало можливо діагностувати наступні патологічні зміни зі сторони верхньощелепової пазухи майже у 100% навіть при відсутності зкарг з боку пацієнта: пристіночне

потовщення слизової оболонки; поліпозні розростання слизової оболони в пазусі; солітарні кісти пазух; множинні (2–3) кистовидні утворення в області дна верхньощелепової пазухи; кистовидні утворення верхньої щелепи, відтісняючі кісткову пластинку дна верхньощелепової пазухи; періапикальні кісти і кістогранульоми зубів верхньої щелепи, що руйнують стінку гайморової пазухи і/чи проростають в них (рис. 1,3); наявність рідинного вмісту в гайморовій пазусі; рентгеноанатомічні особливості розташування корені премолярів і молярів в просвіті верхньощелепових пазух (рис. 1), розташування дентальних імплантатів (рис. 2), наявність сторонніх тіл в пазусі (пломбувальний матеріал, фрагменти коронок і корнів зубів, відломки металевих інструментів, дентальних імплантатів тощо) (рис. 2), перфорації та співусття дна верхньощелепової пазухи і, головне, проводити чіткий причинно-слідствинний взаємозв'язок генезу захворювання, планування та вибір тактики лікування.

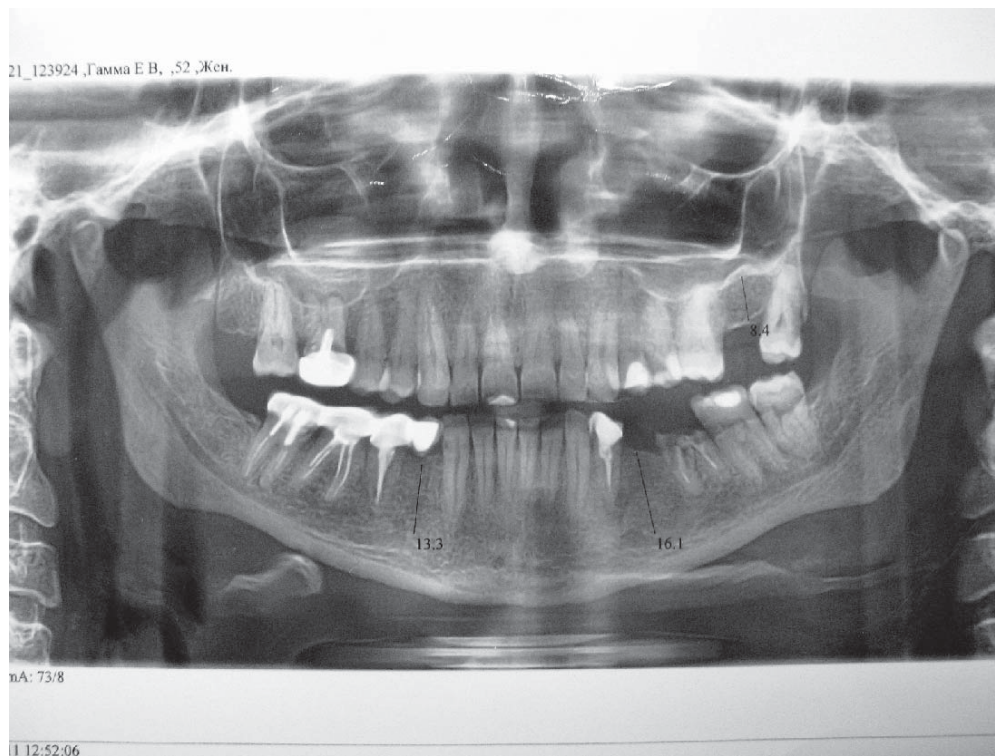


Рис.1. Ортопантомограма хворого Г. від 19.04.2011. Визначається радикулярна кіста гайморової пазухи зправа. Корені 16 зуба в порожнині синуса

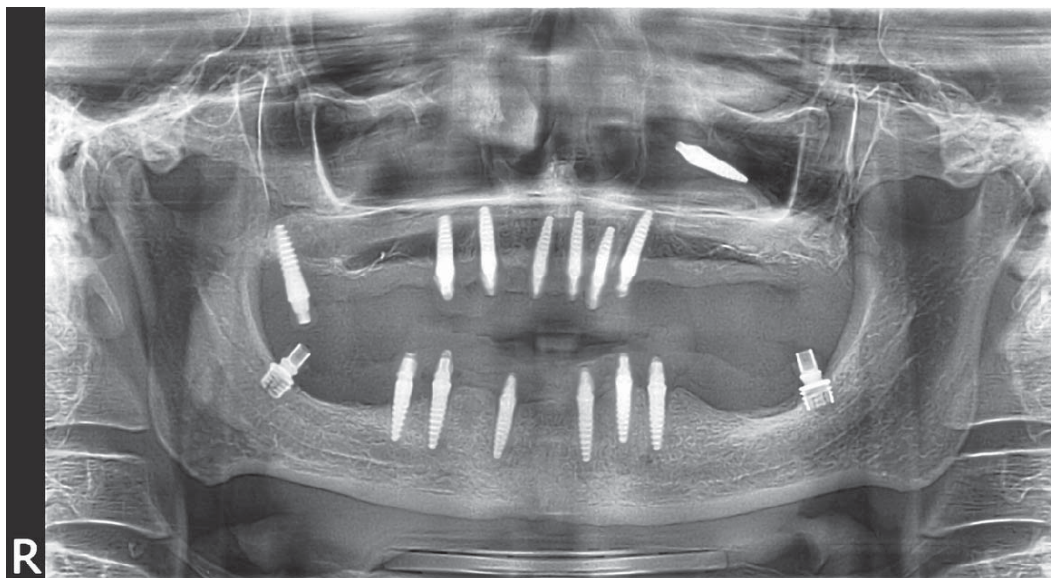


Рис.2. Ортопантомограма хворого Б. від 12.02.2012. Визначається дентальний імплантат в лівій гайморівій пазусі

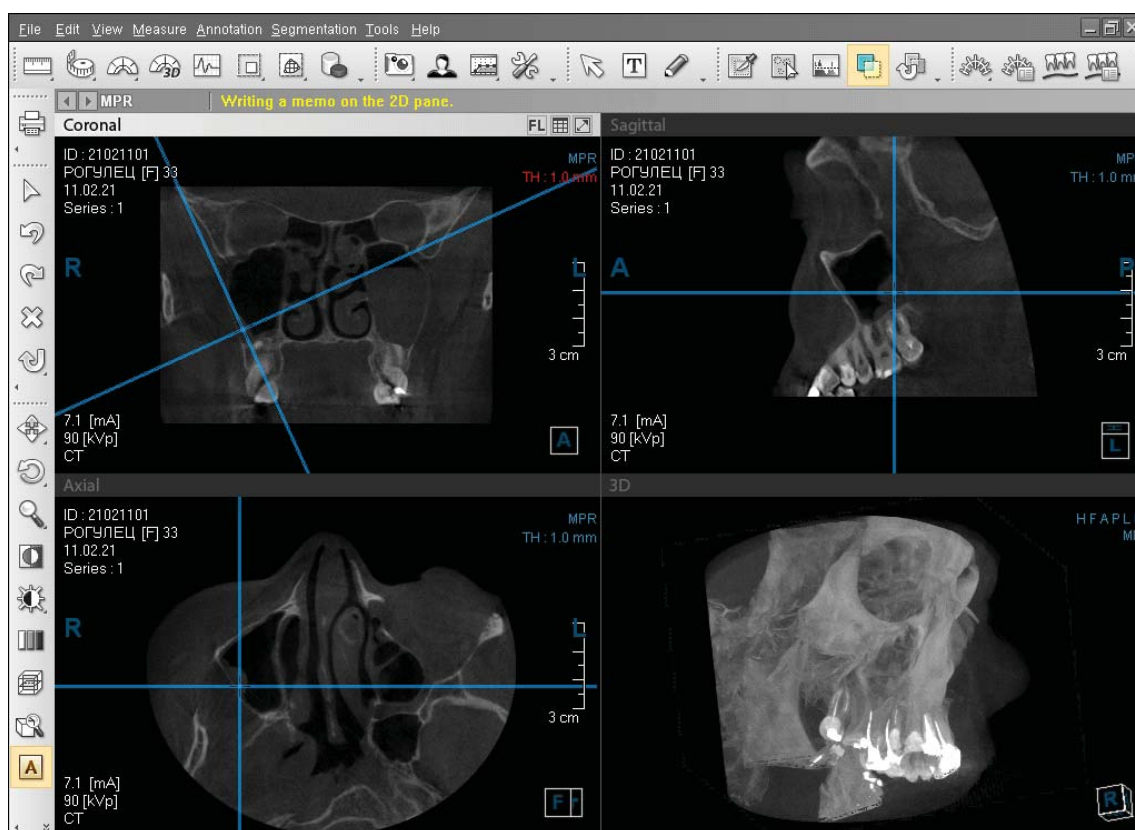


Рис.3. Ортопантомограма хворого Р. від 21.02.2011. Визначається радикалярна кіста гайморівій пазухи зліва

Висновки

Широке застосування сучасних методів діагностики дозволило нам:

- отримувати інформацію про усю зубощелепову систему (окрім зубів, також видно верхню і нижню щелепи, верхньощелепові пазухи, скронево-нижньощелепові суглоби)

- чітко діагностувати патологію з якою звернувся пацієнт (одонтогенного чи неодонтогенного генезу);

- виявлення патологічних процесів при відсутності скарг та клінічних проявів;

Оцінені нами переваги: точна діагностика, висока інформативність дослідження, променева безпека, швидкість дослідження, збереження результатів дослідження на електронних носіях.

Сфери застосування:

- щелепно-лицева і стоматологічна діагностика;

- дентальна імплантація

- реконструктивна стоматологія, пародонтологія, ендодонтія

- ортодонтія, ортопедія

- щелепно-лицева реконструктивна хірургія

- травматологія щелепно-лищевої області

- оторіноларінгологія

- оперативна і консервативна неврологія

- онкологія

Література

1. Н. А. Рабухина, Г. И. Голубева, С. А. Перфильев. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области 2006.

2. Н. А. Рабухина, А. П. Аржанцев. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм 2002.

3. А. Ю. Васильев, Д. А. Лежнев. Лучевая диагностика поврежденной челюстно-лицевой области 2010.

4. А. Ю. Васильев, Ю. И. Воробьев, В. П. Трутень. Лучевая диагностика в стоматологии 2007.

Резюме. *Отсутствие приемственности, взаимодействия и последовательности в действиях специалистов - стоматологов и оториноларингологов - в лечении заболеваний и травм смежных анатомических образований, длительное время было обусловлено отсутствием качественной диагностики челюстно-лицевой области.*

В статье мы хотим обратить внимание, как стоматологов разных специальностей, так и оториноларингологов, на современные виды диагностического обследования челюстно-лицевой системы - конусно-

лучевую компьютерную 3 - D томографию и ортопантомографию и, как следствие, возможность качественно и совместно разрешать проблемы.

Ключевые слова: конусно-лучевая компьютерная 3 - D томография, ортопантомография, верхнечелюстной синус, одонтогенные заболевания верхнечелюстной пазухи.

Summary. *Absence of successor, cooperations and sequences, is in the actions of specialists - stomatologies and otolaryngologist - in treatment of diseases and traumas of contiguous anatomic educations, long time was conditioned absence of quality diagnostics maxillufacial to the area.*

In the article we want to pay attention, both stomatologies of different specialities and otolaryngologist, on the modern types of diagnostic inspection of the maxillufacial system - cone-radial computer 3-D tomography and orthopantomography and, as a result, possibility qualitatively and compatible to settle problems.

Keywords: *cone-radial computer 3 - D tomography, orthopantomography, supramaxillary sine, odontogenic diseases of genyantrum.*

УДК 616.833-001.4: 616-001.39: 616-08-06

ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ТРАВМЕ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТОМ

В.П. Мазур, В.И. Лунгу

Клиника челюстно-лицевой хирургии и стоматологи

Военно-медицинского клинического центра Южного региона, г.Одесса

Кафедра хирургической стоматологи

Одесского национального медицинского университета, г. Одесса

Резюме. *В статье проведен анализ результатов лечения 19 пациентов, которые в послеоперационном периоде жаловались на нарушение чувствительности в коже подбородочной области, нижней губе и фронтальной группе зубов после проведения операции по установке винтовых дентальных внутрикостных имплантатов.*

Ключевые слова: *дентальный имплантат, травма, нижнечелюстной нерв.*

Актуальность проблемы. *В настоящее время дентальная имплантация по праву заняла одно из ведущих мест в комплексе методов лечения различных зубо-челюстных аномалий. Велика ее роль в восстановлении качества жизни*