

Секція «СТОМАТОЛОГІЯ»

КОНУСНО-ПРОМЕНЕВА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА

Алфьоров А., Абдельмаджид А.

Наукові керівники: професор Скрипников П.М., асистент Хавалкіна Л.М.
Кафедра післядипломної освіти лікарів-стоматологів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Значна кількість наукових робіт присвячена питанням ранньої діагностики захворювань тканин пародонту у хворих молодого віку. Для цього існує велика кількість клінічних досліджень, але є методика, що дає можливість бачити тканини у тривимірному зображенні, області яка досліджується, при цьому доза опромінення є мінімальною – це конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ).

Метод заснований на комп'ютерній обробці даних отриманих рентгенологічно і нерівномірного поглинання тканин при застосуванні скануючої методики. Переваги КТ – денситометричне визначення стану пародонтальних тканин (кісток щелеп), об'ємне зображення, а також можливість вивчення показників щільності тканини на вивчаємій ділянці (гістографічне дослідження). Томографія дає можливість визначити ізольовано щільність кісткової речовини (кортикальної пластини). На результати дослідження не впливають оточуючі тканини.

Резорбція альвеолярного відростка щелеп є одним із показників для визначення ступеня патологічних змін у пародонті. Але на панорамному або внутрішньоротовому прицільному знімку виявити зміни у вестибуло-оральному напрямку ускладнено за рахунок того, що відбувається перекривання тінню зубів, що не дає змоги провести точну діагностику змін у тканинах пародонту.

Мета. Рання оцінка резорбції альвеолярного відростку опорного зуба у пацієнтів молодого віку, що користуються конструкціями з металокераміки за даними КПКТ у порівнянні з ортопантомографією.

Методи дослідження. Нами використовувалась програма

EzD2009 і базовий інтерфейс, для роботи в опції MPR (multiplanar reformation) – мультипланарна візуалізація трьохплощинного зображення. Для детального вивчення об'єкту ми застосовували функцію ТН-регулювання товщини виділеного шару 0.01 мм-5.0 см. У результаті отримали зонографічне зображення опорних зубів.

У роботі проаналізовано резорбцію в ділянці 60 зубів, на яких тримались металокерамічні протези. Пацієнти користувались конструкціями 3-5 роки, вік досліджуваних становив 35-40 років.

Основні результати. Значення обстежуваного показника з медіальної сторони складало мінімально 0,9 мм та максимумно 9,3 мм, з дистальної – 0,7 та 7,1 мм, з вестибулярної – 0,3 та 7,7 мм, з оральної – 0,6 та 9,2 мм відповідно.

Середнє значення резорбції кісткової тканини альвеолярного відростка з медіальної сторони складало $1,84 \pm 0,23$ мм, дистальної – $1,49 \pm 0,17$ мм, з вестибулярної – $2,87 \pm 0,20$ мм, з оральної $2,88 \pm 0,22$ мм.

Результати які ми отримали використовуючи КПКТ вказують на суттєву резорбцію кісткової тканини альвеолярного відростка щелепи із різницею показників з медіальної, дистальної та вестибуло-оральної сторін. Подальше детальне вивчення цього показника є достовірним фактором в діагностиці змін у пародонті у пацієнтів із незнімними металокерамічними конструкціями, що дозволяє нам виявити більш виражені зміни на різних поверхнях навколо зуба.

Порівняння даних комп'ютерної томографії (КТ) і ортопантомографії (ОПТГ) показало, що об'ємне зображення значно візуалізує рентгенологічне зображення при захворюваннях пародонту за рахунок визначення стану альвеолярних паростків в будь-якому відділі щелеп. Тільки за даними КТ можлива об'єктивне визначення стану кісткової тканини у всіх ділянках і напрямках.

Висновки. Результати, які ми отримали використовуючи КПКТ, вказують на суттєву резорбцію кісткової тканини альвеолярного відростка щелепи із різницею показників із медіальної, дистальної та вестибуло-оральної сторін. Подальше детальне вивчення цього показника є достовірним фактором у діагностиці змін у пародонті у пацієнтів із незнімними металокерамічними конструкціями, що дозволяє нам виявити більш виражені зміни на різних поверхнях навколо зуба.