

УДК 616/31-085(048)

А. Г. Гулюк, док. м. н. П. А. Шмідт

Одеський національний медичний університет
Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь»
м. Київ

ІНФОРМАТИВНІ МЕТОДИ РЕНТГЕНОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПЕРІОСТАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Вступ. Рентгенографія – це основний метод оцінки стану кісткової тканини. Він дозволяє уточнити діагноз, провести диференційну діагностику, вивчити ступень розповсюдженості процесу в кістковій тканині, його динаміку, визначити повноцінність кісткового ложа, зв'язкового апарату, вибрати найбільш раціональну ортопедичну конструкцію, контролювати ефективність лікування.

Оцінюючи стан кісткової тканини щелеп більшу інформативність дають 3 D досліджень, але велике значення в повсякденному лікуванні вирішують 2 D дослідження, завдяки їх простоті та зручності в використанні.

Під час проведення аналізу рентгенограм слід звертати увагу на форму, висоту, стан верхівки міжальвеолярної перетинки, ступень мінералізації губчастої речовини, стан кортикального шару тощо. Найбільша частота варіабельності анатомічної будови перетинки відмічається у молодих людей. Ці варіації стосуються форми, висоти і структури верхівок перетинок, стану кортикального шару, а також ступеня мінералізації всієї перетинки.

Основними рентгенологічними симптомами патологічних змін пародонта є деструкція верхівок міжальвеолярної перетинки, остеопороз кісток альвеолярного паростку, розширення періодонтальної щілини, зниження висоти міжальвеолярних перетинок та утворення кісткових кишень. Але зустрічаються публікації, які свідчать про труднощі в диференційованій діагностиці через нечіткі зони в періапикальній частині зубів.

Мета. Підвищити ефективність діагностики періостальних запальних процесів за рахунок вивчення особливостей рентгенологічних ознак та їх систематизації.

Матеріали та методи. Стандартні рентгенологічні дослідження: ФОГК, денціальні знімки причинного зуба, рентгенографія нижньої щелепи в боковій проекції, ортопантограми. У деяких випадках виконували комп'ютерну томографію: досліджено 40 (100,0 %) хворих з діагнозом «одонтогенний періостит щелеп» за період 2013- 2015 рр. Нами були відібрані 34 (85,0 %) рентгенограм, з них 25 (73,5 %) інтраоральних рентгенограм зубів (ІРЗ) і 9 (26,5 %) ортопантограм, якість яких візуально була оцінена як задовільна для проведення даного дослідження.

Результати дослідження. Деструктивні зміни навколо коренів причинних зубів відзначені на 28 (82,3±0,4 %) рентгенограмах. На 21 (61,8±0,7 %) рентгенограмі вогнище кісткового ураження розташовувалося тільки по проекції верхівки кореня (або коренів). У 16 (47,1±0,7 %) випадках виявили резорбцію кістки в області біфуркації коренів або по їх бічній поверхні. У 21 (61,8±0,7 %) випадку ділянки резорбції кісткової тканини були чітко обмежені тонким «обідком» склерозу: навколо коренів зубів нижньої щелепи – у 13 (61,9±0,8 %) випадках, що склало 38, 2 % рентгенограм. Вогнища деструкції неправильної форми, з нерівними краями без чітких і рівних кордонів відзначили у 8 (23,5±0,5 %) випадках: на нижній щелепі – в 2 (25,0 %) спостереженнях, що склало 5,9 % рентгенограм. Періостит щелепи як ускладнення періапикальної інфекції у 5 (14,7 ± 0,4 %) пацієнтів протікав на тлі незначного розширення періодонтальної щілини причинного зуба.

Відсутність вираженої втрати кісткової тканини навколо коренів причинних зубів зазначено в основному на нижній щелепі – у 4 (66,7 %) випадках, що склало 11,8 % проаналізованих рентгенограм.

По даним 2D рентгенологічних методів досліджень, у військовослужбовців Збройних сил України, при хронічних періодонтитах деструктивні зміни навколо коренів причинних зубів діагностовано в 28 (82,3±0,4 %) випадків.

