

Баран А.В., Пономарёва А.Д.

**ОБОСНОВАНИЕ СОВМЕСТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛКТ
И ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ СНИМКОВ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ
ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Научный руководитель: асист. Литвинчук Я.О.

Кафедра консервативной стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Рентгенологическое исследование в терапевтической стоматологии необходимо проводить при эндодонтическом лечении с целью диагностики и планирования, в процессе лечения, а также при динамическом наблюдении. В настоящее время периапикальная рентгенография является основным рентгенографическим исследованием, но имеет некоторые ограничения, такие как геометрическое сжатие, наложение анатомических структур, которые могут скрыть интересующую область и др. Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) позволяет детально оценить зубы и окружающие альвеолярные анатомические структуры. КЛКТ позволяет получить высококачественное цифровое рентгеновское изображение челюстно-лицевой области в трех взаимно перпендикулярных плоскостях - фронтальной, сагиттальной и аксиальной.

Метод исследования КЛКТ является более чувствительным в отношении периапикальной патологии, что не раз было уже представлено в исследованиях. Например, Американская Ассоциация Эндодонтистов рекомендует проводить исследования КЛКТ во всех противоречивых ситуациях или при наличии неспецифических клинических признаков таких, как лечение зубов с потенциальными дополнительными каналами и предполагаемой сложной морфологией (резцы нижней челюсти, верхнечелюстные и нижнечелюстные премоляры и моляры, зубочелюстные аномалии). Согласно исследованию De Paula-Silva F.W., Wu M.K. et al. (2009), деструкция костной ткани на периапикальных снимках обнаружена в 20% случаев, когда на КЛКТ срезах в 48% случаев. КЛКТ показала более высокие средние значения специфичности и чувствительности по сравнению с внутриротовой периапикальной рентгенографией при выявлении канала MB2 у моляров верхней челюсти.

Однако, как любое исследование, КЛКТ имеет в себе некоторые недостатки. В первую очередь, помимо более высокой рентгенологической нагрузки, к ним относятся артефакты, которые представляют собой искажения или ошибки в изображении, не связанные с объектом исследования. Увеличение жесткости излучения при резком изменении плотности объектов исследования или артефакт частичного объема, возникающий в случае, если размер вокселя превышает контрастное разрешение объекта сканирования, артефакты «движения» (двойные контуры объекта), артефакты от высокоплотных объектов (не только ослабляют проходящие сквозь них лучи, но и поглощают, отражают и перенаправляют их). При этом данные недостатки отсутствуют у периапикальных снимков.

Исходя из вышесказанного, при первичном обследовании по поводу лечения эндодонтической патологии рекомендуется рассмотреть оба рентгенологических метода исследования вместе – КЛКТ и внутриротовой периапикальный.