

Исмаилов Э.

АНАЛИЗ ДАННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Шевела Т.Л.

Кафедра хирургической стоматологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Важное практическое значение имеет знание топографического расположения и строения нижнечелюстного канала с целью профилактики его повреждений при хирургических операциях, эндодонтическом лечении зубов, проведении проводниковой анестезии. Для планирования и проведения дентальной имплантации и реконструктивных операций на нижней челюсти важно учитывать, что после потери зубов топография нижнечелюстного канала может меняться. По мнению Н.В. Татурханова (2015), причинами хирургических травм нижнеальвеолярного нерва являются анатомо-топографические особенности строения нижней челюсти, нижнечелюстного канала и недостаточное рентгенологическое обследование пациента в предоперационном периоде перед дентальной имплантацией. Точная визуализация стенок нижнечелюстного канала на этапе планирования дентальной имплантации позволит избежать перфорации стенки канала и повреждение сосудисто-нервного пучка.

Цель: определить варианты анатомического строения стенок нижнечелюстного канала по данным конусно-лучевой компьютерной томографии у женщин старше 50 лет.

Материалы и методы. В исследовании проводился анализ данных конусно-лучевой компьютерной томографии 211 пациентов (женщины после 50 лет) с частичной вторичной адентией. У всех пациентов по оценке конусно-лучевой компьютерной томографии определялся дефицит костной ткани. Измерение размера толщины стенок нижнечелюстного канала проводилось стандартной программой «линейка», плотность стенок канала измерялась стандартной компьютерной программой в единицах Хаунсфилда (HU).

Результаты и их обсуждение. На основании лучевого метода исследования 211 сканов КЛКТ женщин в возрасте старше 50 лет установлено, что плотность кортикальной кости нижней челюсти достоверно снижалась и составляла в среднем 445,9 единиц Хаунсфилда. Выявлено снижение толщины кортикальной пластинки верхней стенки нижнечелюстного канала $\pm 0,6$ мм (в норме 2,0-2,2) мм, нижней стенки канала $\pm 0,8$ мм (в норме 1,0-2,0 мм) (рис.3), толщина канала составила $\pm 2,5$ мм (в норме 2,0-4,0 мм).

По данным КЛКТ канал находится в губчатом веществе между наружной (вестибулярной) и внутренней (язычной) костными компактными пластинками нижней челюсти, на разной глубине от них: в области моляров - ближе к внутренней пластинке, в сегменте премоляров - к наружной. Практически важно также расположение канала относительно дна лунок зубов. В 50% наблюдений он проходит строго над ними (в остальных случаях чаще смещен в язычную сторону), отделяясь губчатым веществом от верхушек корней: третьего моляра - толщиной 2-3 мм, второго - 5 мм, первого - 6 мм; второго премоляра - 8 мм. В таблице 1 представлены среднестатистические количественные и качественные показатели нижнечелюстного канала по данным конусно-лучевой компьютерной томографии [2].

Выводы. В результате исследования установлено, что у женщин старше 50 лет наблюдается снижение плотности костной ткани нижней челюсти и выраженное истончение стенок нижнечелюстного канала. Наиболее выраженные атрофические изменения выявлены в области верхней стенки нижнечелюстного канала, толщина которой в большинстве случаев составляла менее 0,60 мм. Проведение анализа топографии и строения стенок нижнечелюстного канала перед операцией дентальной имплантации целесообразно и важно для профилактики послеоперационных осложнений и правильного выбора метода хирургического лечения.