

## ФОТО- И РЕНТГЕНОВИЗУАЛИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ КРОНО-РАДИКУЛЯРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ МОЛЯРОВ

**В.И. Семенников, Д.М. Дамдинов, И.А. Канайкин**

Алтайский государственный медицинский университет  
г. Барнаул

Статья посвящена разработке методики диагностики и лечения поперечных короно-радикулярных переломов моляров нижней челюсти по их изображению

**Ключевые слова:** Многокорневые зубы, мостовидный протез, обработка изображения.

**Введение.** Лечение короно-радикулярных переломов многокорневых зубов проводится путем их экстракции (1, 2, 4). Недостатком метода является развитие воспалительных осложнений в виде абсцессов, флегмон, сепсис, появление дефекта в зубном ряду, требующего его замещения путем дорогостоящей имплантации и изготовления съемной или несъемной ортопедической конструкции. Поэтому поиск органосохраняющих методик является актуальным и целесообразным.

**Цель** настоящего исследования – разработка методики лечения поперечных короно-радикулярных переломов моляров нижней челюсти.

**Задачи:** 1) разработать алгоритм методики консервативного лечения поперечных короно-радикулярных переломов моляров нижней челюсти; 2) определить показания и противопоказания к ее использованию.

**Материалы и методы.** В основу методики положена техническая задача создания универсального способа простого и высокоэффективного лечения короно-радикулярных переломов многокорневых зубов нижней челюсти, устранить возможность развития воспалительных осложнений и обеспечить долговременный благоприятный результат лечения.

Согласно методике фиксация сломанных фрагментов не проводится, а при окончательном препарировании кариозной полости и её антисептической обработки алмазным бором проводится расширение щели перелома до 2-3 мм, формируя, таким образом, из одного многокорневого зуба два однокорневых (рисунок 1) с последующим восстановлением коронковых частей разделенного зуба с помощью внутриканальных штифтов и пломбировочных материалов или штифтовых конструкций (рисунок 2) и дальнейшим изготов-

лением и фиксацией мостовидного протеза на оба разделенных фрагмента (рисунок 3).



Рисунок 1 – Разделенные фрагменты второго нижнего моляра пациента М., 40 лет. Диагноз – короно-радикулярный перелом 4.7



Рисунок 2 – Модель нижнего второго моляра со штифтовыми вкладками на обоих фрагментах того же пациента

Методика применена у 17 пациентов в возрасте от 22 до 55 лет с информированным согласием. Критерием исключения явились пациенты, не желающие проводить консервативное лечение и с пародонтитом тяжелой степени. Оценка эффективности методики основана на наличии болевого синдрома по оценке САН и шкалы Хоссли-Бергмана (В.И. Семенников и соавт., 2008), степени подвиж-

ности зубов (методика ВОЗ, 2009), прицельной рентгенографии в сроки до, после лечения через 12 месяцев [3, 5]. Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием программ Microsoft Office «Statistica» v 6.0., Excel-6.0. Достоверность различий между средними значениями отдельных показателей оценивали по критерию t Вилкоксона.



Рисунок 3 – Коронка и мостовидный протез на 4.7 зуб и 4.5 того же пациента

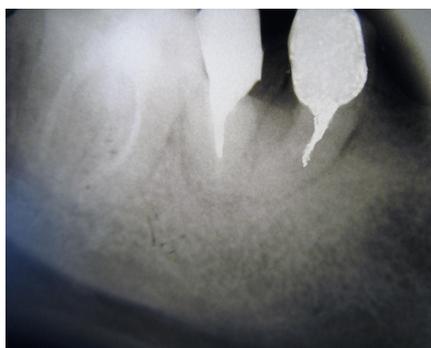


Рисунок 4 – Фоторентгенограмма пациента М., 40 лет, после изготовления штифтовых вкладок в оба разделенных фрагмента

Результаты. Болевой синдром у всех пациентов до лечения соответствовал  $2,0 \pm 0,7$  балла, после лечения на 7 сутки болевой синдром отсутствовал у всех пациентов-0,2 балла, ( $p=0,0001$ ). Подвижность зубов до лечения 2 степени наблюдалась у 14 пациентов, 2-3 степени у 3, после лечения у 14 пациентов на 7 сутки подвижность отсутствовала, у 3-х была 1-2 степени ( $p=0,001$ ), полное отсутствие подвижности наблюдалось на 14-17 сутки после окончания лечения ( $p=0,001$ ). Данные рентгенографии до лечения указывали на расширение периодонтальной щели в области периодонта на всем его протяжении (рисунок 4).

У всех 17 пациентов и наличие резорбции межкорневой перегородки на  $1,5 \pm 0,5$  мм. Через 12 месяцев наблюдалось отсутствие расширения периодонтальной щели у всех пациентов, глубина резорбции межкорневой перегородки не изменилась (рисунок 5) ( $p=0,001$ ).



Рисунок 5 – Фоторентгенограмма пациента М., 40 лет, через 12 месяцев после фиксации мостовидного протеза.

**Вывод.** Разработанная методика эффективна у пациентов без тяжелой степени пародонтита. Визуализация этапов проведения лечения является доказательной базой рациональности предложенного способа.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология / Т.Г.Робустова, А.Л. Григорьянц, Л.А. Рабухина и др. – М. : МИА, 2010. – 475 с.;
2. Афанасьев В.В. Хирургическая стоматология / В.В.Афанасьев, В.В.Бекреев. – М.:ГОЭТАР, 2010. – 760 с.;
3. Паслер, Ф.А. Рентгенодиагностика в практике стоматолога / Фридрих А. Паслер, Хайко Виссер; Пер. с нем.; Под общ. ред. Н.А. Рабухиной. – М. : МЕД-пресс-информ, 2007. – 352 с.
4. Способ лечения продольных переломов многокорневых зубов верхней челюсти. Патент РФ на изобретение № 2376954 от 27.12. 2009. Оpubл. 27.12.2009. Бюл. № 36. //Семенников В.И., Семенникова Н.В.
5. Шакирова, А.Т. Сравнительная оценка лучевых методов диагностики одонтогенных кист верхней челюсти / А.Т. Шакирова // Медицинская визуализация. – 2002. – № 1. – С. 28–33.

**Семенников Владимир Иванович, д.м.н., профессор, тел.: (3852)62-80-22, e-mail: vsem32@mail.ru; Дамдинов Дашисанжи Митупович, Канайкин Иван Александрович.**