

Література

1. Анохина А.В. Система раннего выявления и реабилитации детей с зубочелюстными аномалиями : автореф. дис. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14.00.21 «Стоматология» / А.В. Анохина. - Казань, 2004. - 35 с.
2. Воронин П.А. Стоматологический статус детей подросткового возраста с гастродуоденальной патологией хеликобактерного генеза / П.А. Воронин // Детская гастроэнтерология. - 2001. - № 7. - С. 93-95.
3. Деньга О.В. Интегральная экспресс-оценка уровня функциональных реакций в полости рта у детей / О.В. Деньга, Э.М. Деньга // Вісник стоматології. - 2003. - № 1. - С. 7-18.
4. Образцов Ю.Л. Динамика частоты и структуры зубочелюстных аномалий у детей / Ю.Л. Образцов, Т.Н. Юшманова // Российский стоматологический журнал. - 2001. - № 2. - С. 29-31.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ОРТОДОНТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Сиротченко Т.А., Калініченко Ю.А.

Ортодонтична незнімна апаратура у дітей з хронічною патологією ШКТ, що асоціюється з *Helicobacter pylori*, є істотним негативним чинником, що викликає загострення основного захворювання, є причиною підвищення активності самого мікробного збудника, погіршення гігієни порожнини рота і стану тканин пародонту дітей, що, у свою чергу, може утрудняти процес лікування. Це вимагає розробки і впровадження в стоматологічну практику комплексу лікувально-профілактичних заходів для зниження ризику загострень захворювань ШКТ у дітей на тлі лікування незнімною ортодонтичною апаратурою.

Ключові слова: шлунково-кишковий тракт, діти, ортодонтична патологія.

Стаття надійшла 16.02.2012 р.

FEATURES OF CHRONIC GASTRO-INTESTINAL DISEASES IN CHILDREN WITH ORTHODONTIC PATHOLOGY

Sirotschenko T.A., Kalinichenko Y.A.

Orthodontic unremovable apparatus for children with chronic pathology of GIT, associated with *Helicobacter pylori*, is a substantial negative factor, defiant intensifying of basic disease, by reason of increase of activity of the most microbial causative agent, worsening of hygiene of cavity of mouth and state of fabrics of parodontium of children, that, in turn, can hamper the process of treatment. It requires development and introduction in stomatological practice of complex of medical and preventive measures for the decline of risk of intensifying of diseases of GIT for children on a background treatment an unremovable orthodontic apparatus.

Key words: gastro-intestinal tract, children, orthodontic pathology.

УДК 616.716+616.52

М.Г. Скікєвич, Д.С. Аветіков, В.Н. Соколов

ВІУУ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

К ВОПРОСУ О РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Артерио-венозные коммуникации, пороки развития вен и артерий челюстно-лицевой области относятся к врожденным порокам развития периферических сосудов – ангиодисплазиям (мальформациям). Проблема лечения пациентов с пороками развития сосудов является одним из самых сложных разделов клинической медицины. Проведен анализ историй болезни челюстно-лицевых больных с ангиодисплазиями в ПУОБ за период с 2001 г. по 2011 г.

За шесть лет (с 2001 г. по 2006 г.) в отделении прооперировано 5315 больных, а в последующие пять лет (2007 г. - 2011 г.) - 5064, что свидетельствует об активизации оперативной активности, а процент мальформаций уменьшился. Оказание высокоспециализированной помощи при данной патологии наиболее целесообразно на базе многопрофильного хирургического стационара с хорошей диагностической базой и с использованием принципа мультидисциплинарного подхода. Четко спланированный алгоритм обследования, наблюдения и ухода во многом определяет благоприятный исход лечения даже при тяжелых неотложных состояниях в клинике челюстно-лицевой хирургии.

Ключевые слова: ангиодисплазия, мальформация, аневризма, гемангиомы головы и шеи.

Работа является фрагментом научно – исследовательской темы «Врождённые и приобретенные морфофункциональные нарушения зубо-челюстной системы, органов и тканей головы и шеи, их диагностика, хирургическое и консервативное лечение», № госрегистрации 0111U006301.

Артерио-венозные коммуникации, пороки развития вен и артерий челюстно-лицевой области относятся к врожденным порокам развития периферических сосудов – ангиодисплазиям (мальформациям). По данным авторов [1, 6, 10] эти мальформации имеют дисэмбриогенетическое происхождение и обусловлены влиянием экзо-эндогенных факторов. До середины 80-х годов все сосудистые образования рассматривали в группе гемангиом. До 78,6 % этих образований локализируются в области головы, лица и шеи, а излюбленной локализацией в области лица являются: приротовая область, губы, нос, реже нижняя или верхняя челюсть [3, 4].

Проблема лечения пациентов с пороками развития сосудов является одним из самых сложных разделов клинической медицины. Сложность заключается в том, что это сравнительно редкая и мало знакомая практическим врачам патология. От общего числа больных в отделениях хирургии сосудов, по данным различных авторов, их число составляет от 2 до 5,5 % [5, 7].

Вариабельность клинических проявлений, сложность диагностики приводит к тому, что больные с ангиодисплазиями могут обращаться к врачам различного профиля. Так при обширных ангиоматозных невусах больные могут наблюдаться у дерматологов, при выраженной гипертрофии костей и мягких тканей - у ортопедов, а при трофических расстройствах - в отделениях гнойной хирургии [8, 9, 11].

Наибольшие сложности при лечении представляет категория пациентов с локализацией мальформаций на лице, шее, что объясняется анатомическими особенностями строения. Такая локализация ангиодисплазий не позволяет использовать возможности стандартных вмешательств, что заставляет искать новые пути решения вопросов, используя принципы реконструктивной хирургии [5, 8].

Ультразвуковые методы исследования предоставляют наиважнейшую информацию о данной сосудистой патологии на догоспитальном этапе лечения [2, 4, 6], а в сочетании с рядом неинвазивных методик (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) они могут быть ведущими в обследовании больных. Главным достоинством КТ и МРТ является возможность изучить фон, на котором формируется патологический процесс, а также как сосуды головы и шеи соотносятся с окружающими органами и тканями [2].

Аневризма сосуда, как один из вариантов мальформаций, это местное расширение просвета артерии вследствие изменения или повреждения её стенки. Приобретенные аневризмы обусловлены патологическими процессами, вызывающими деструкцию сосудистой стенки, а именно, атеросклероз, сифилитический поражения сосудистой стенки, микотические эмболии, инфекционные васкулиты и травма. Аневризмы чаще располагаются в области отхождения ветвей от артерии или в месте изгибов артерии (бифуркации сосудов), т.к. эти участки испытывают наибольшее гемодинамическое воздействие. Размер аневризм различен, их форма обычно овальная или круглая, стенка состоит из гиалинизированной соединительной ткани и утолщенной интимы. Нередко в стенке обнаруживаются очажки обызвествления и в аневризматическом мешке находят пристеночные тромбы. Аневризмы сосудов вызывают различные клинические синдромы: дисциркуляторные нарушения при медленно растущей и расслаивающейся аневризме, геморрагический синдром при её разрыве, псевдо опухоль – при давлении на черепно-мозговые нервы и вещество мозга. Приобретенная аневризма чаще встречается у пациентов старше 50 лет, а у молодых она развивается обычно вследствие травматических повреждений, полученных при авариях или при занятиях экстремальными видами спорта. В специальной литературе описан аневризм с локализацией в челюстно-лицевой области мы не встретили.

Целью работы была оптимизация лечения пациентов с ангиодисплазиями за счет разработки оптимального диагностического алгоритма с учетом использования наиболее эффективных методов обследования, а также оценить распространенность ангиодисплазий в Полтавском регионе на основании проведенного анализа историй болезни в челюстно-лицевом отделении ПОКБ за период с 2001 по 2011 г.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни челюстно-лицевых больных с ангиодисплазиями в ПОКБ за период с 2001 по 2011 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинических наблюдений по данной патологии и проведенным оперативным вмешательствам на базе ПОКБ в челюстно-лицевом отделении крайне мало (табл.1).

Таблица 1

Количество прооперированных с гемангиомами и лимфангиомами больных в ЧЛХ ПОКБ

Год	Всего прооперировано в ЧЛХ больных	Количество случаев и % мальформаций	Средний койко-день	Выписано с выздоровлением	С улучшением
2011	1178	20 / 0,59%	7,4	15	4
2010	1029	14 / 0,73%	7,7	10	4
2009	1055	17 / 0,62%	8,1	4	13
2008	992	5 / 1,98%	5,2	1	4
2007	810	11 / 0,74%	6,2	1	10
2007-2011	5064	67 / 0,75%	6,3	31	35

За пять лет (2007-2011) в отделении было прооперировано в отделении 5064 больных: с мальформациями - 67 пациентов, что составляло 0,75% от общего количества больных (табл. 1). За период с 2001 г. по 2006 г. всего было прооперировано в отделении 5315 больных; с мальформациями - 40 пациентов, что составляло 1,3% от общего количества больных (табл. 2). За шесть лет (с 2001 г. по 2006 г.) в отделении прооперировано 5315 больных, а в последующие пять лет (2007 г. - 2011 г.) - 5064, что свидетельствует об активизации оперативной активности, а процент мальформаций уменьшился.

Таблица 2

За период с 2001 г. по 2009 г. было прооперировано с мальформациями в области головы и шеи

Год	Всего прооперировано в ЧЛХ больных	Количество случаев и % мальформаций	Средний койко-день
2001	928	3 / 3%	7,1
2002	893	5 / 1,7%	8,2
2003	851	5 / 1,7%	7,4
2004	887	7 / 1,3%	9,0
2005	881	10 / 0,9%	8,5
2006	875	10 / 0,9%	6,9
2001-2006	5315	40 / 1,3%	7,8

Для иллюстративности вышесказанного приводим клиническое наблюдение. В челюстно-лицевом отделении ПОКБ 27.03.2009 поступил больной Д. 30 лет с диагнозом: абсцесс левого крыловидно-челюстного

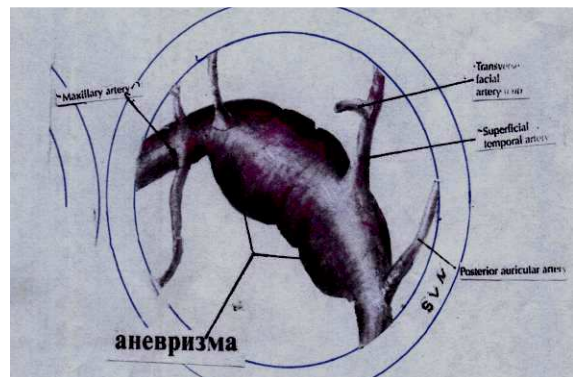
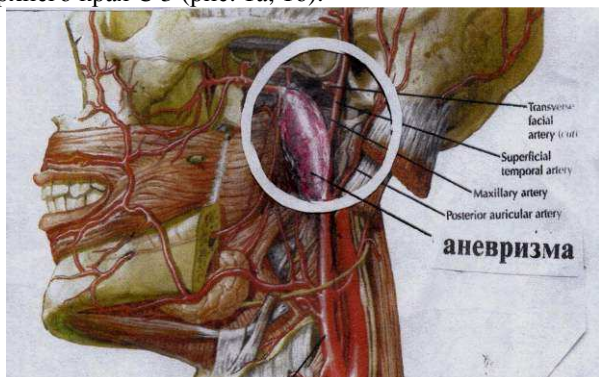
пространства (история болезни № 5266). Жалобы при поступлении: боль при глотании, затруднённое открывание рта, боль в области левого височно-нижнечелюстного сустава при открывании рта, потеря чувствительности кожи в проекции сустава, тяжесть и боль в области шеи слева, недомогание, часто наблюдающаяся локальная головная боль, боль в височной области, головокружение, чувство шума в голове и левом ухе. Анамнез заболевания. Болеет около 4 недель. Начало заболевания связывает с удалением зуба на нижней челюсти. После проведенной анестезии 2% раствором лидокаина отмечал кратковременную потерю сознания. Операция удаления зуба прошла без осложнений. Через несколько дней больной заметил, что плохо начал открываться рот. Был назначен курс антибиотикотерапии. После проведенного пятидневного курса лечения состояние больного не улучшилось. Больной отмечал повышение температуры тела до 37,0 С. Анамнез жизни. В 2003 г. пациент попал в ДТП, в результате чего нарушилась чувствительность в левой половине головы и лица. Лечение пациента с травмой шейного отдела позвоночника и ЧМТ проводилось в отделении травматологии. Эпилептический синдром обнаружен в феврале 2009 г. Общее состояние. Общее состояние больного на момент госпитализации удовлетворительное, температура тела 37,1 С. В анализах крови и мочи существенных изменений не наблюдалось. Объективно. Лицо симметричное, кожные покровы обычного цвета. Открывание рта резко ограничено. Слизистая оболочка в области левой крыловидно-нижнечелюстной складки отёчная, гиперемирована. Пальпация этой зоны вызывает боль. В области лунки удаленного 36 зуба воспалительные явления отсутствуют. Диагноз при госпитализации больного: абсцесс верхнего отдела левого крыловидно-нижнечелюстного пространства.

27.03.2009 г. на фоне премедикации под местным инфильтрационным обезболиванием 2% раствором лидокаина в области крылочелюстной складки в сочетании с проводниковой анестезией по Берше-Дубову проведена операция ревизии левого крыловидно-челюстного пространства внутриротовым доступом. Получен геморрагический экссудат. Осложнений во время операции не наблюдалось. Назначено комплексное медикаментозное лечение: дексалгин 2.0 в/м на ночь, линкомицина гидрохлорид 30% -2.0в/м-2р в день (7 дней); аэрозоль «Гивалекс»; диазолин 0,05 по 1 др. 3 раза в день.

28.03.2009 состояние больного не улучшилось. Температура тела 37,0 С, жалобы на усиление головной боли, боль в области левого уха и левого ВНЧС, АД повысилось до 145/105 мм. рт. ст. Со стороны местного статуса (операционной раны) - отрицательной динамики не наблюдалось.

29.03.2009 больной осмотрен нейрохирургом. Признаков патологии, которая требовала бы нейрохирургического лечения, не выявлена, рекомендована консультация невропатолога. Заключение невропатолога: вторичный левосторонний шейный гинглионит до уровня С3 на фоне постинъекционной гематомы в области левого крылочелюстного пространства. Рекомендовано: продолжить антибиотикотерапию; ксифокам 8мг в/в капельно и 8 мг в/м (7 дней); раствор магнезии 25%- 5,0 в/в 2 раза в день (5 дней); нейрамин 300мг (3 дня), затем по 2 раза в день (3дня) и до уменьшения болевого синдрома. Назначена консультация офтальмолога, ЭЭГ и КТ головного мозга. Заключение офтальмолога: синдром Горнера слева, ангиодистония по гипертоническому типу. Больной осмотрен ЛОР-врачом в связи с жалобами на сильную боль, которая носит постоянный характер в левом ухе. Данных связанных с патологией ЛОР- органов не выявлено.

30.03.2009 г. во время перевязки резко усилилась боль в области затылка, виска, шеи, появился холодный обильный пот, бледность кожных покровов, кратковременная потеря сознания и слабовыраженный судорожный синдром. АД упало до 70/40 мм. рт. ст. По показаниям был введен в/м кордиамин 1мл, дексаметазон 4 мг, кофеина 1 мл. Через 10 мин АД достигло показателя 150/100 мм. рт. ст. Боль в левой половине головы и лица не уменьшилась и носила рвущий характер. Произведена КТ шеи, черепа и головного мозга до и после в/в усиления. На томограммах в области левой крылонёбной ямки медиальнее от шиловидного отростка и стенкой глотки наблюдалось образование овальной формы частично обезвествлённое по периферии. Вокруг него наблюдалась инфильтрация окружающих тканей с разрушением передней поверхности С1, затылочной и базальной частями пирамиды височной кости. После внутривенного усиления отмечено неравномерное накопление контрастного вещества в вышеописанном образовании. В области левого крылочелюстного пространства, в проекции латеральной и медиальной крылочелюстных мышц, определяется увеличение объёма мягких тканей в форме конгломерата размерами 33x19x70 мм, а плотность до 51 Н с неравномерным обызвествлением по окружности до 22 мм в диаметре, а также с распространением книзу до верхнего края С 3 (рис. 1а, 1б).



Заключение: не исключена объёмная опухоль костей черепа с негативной динамикой. Признаки инфильтрации левого крылочелюстного пространства (возможно воспалительного характера), с наличием быстрее всего частично обызвествленной по периферии гематомы.

1.04.2009 Проведена ЭЭГ. Регистрируются диффузные изменения биопотенциалов мозга с очагами высокоамплитудных высокочастотных β -активности в правой гемисфере, дисфункция срединных стволовых структур мозга. При доплерографии сосудов головного мозга и шеи 1.04.2009 г. была обнаружена аневризма наружной сонной артерии слева. Больной в ургентном порядке был направлен на лечение в НИИ им.А.А. Шалимова в г. Киев для перевязки наружной сонной артерии и иссечения аневризматического мешка. Осложнений во время операции не наблюдалось. После проведенного лечения больной явился на контрольный осмотр в челюстно-лицевое отделение. Со стороны зубочелюстной системы нарушений не выявлено. Таким образом, для установления диагноза ангиодисплазии в челюстно-лицевой области необходимо не только собрать и интерпретировать клинико-анамнестические данные, а также провести комплексное обследование больного.

В Полтавской областной клинической больнице в челюстно-лицевом отделении проводятся этапные хирургические вмешательства, а именно, иссечение сосудистых образований в сочетании со склеротерапией при наличии артериальных и венозных дисплазий в области головы и шеи.

Для планирования объема оперативных вмешательств и отчетливой визуализации зоны поражения необходимо проводить магнитно-резонансную ангиографию. В нашей больнице данное исследование возможно с 2011 года, что значительно сокращает время обследования пациентов с мальформациями.

Невозможность применения лазерной и криодеструктивной терапии не позволяет устранять косметический дефект при капиллярных мальформациях. В нашем отделении невозможно применение эмболизации сосудов, но, как показывает опыт, ни один, даже самый эффективный способ лечения не может устранить все проблемы и опасности, возникающие в результате развития сосудистых аномалий.

Для контроля эффективности хирургического лечения пациентов с различными формами ангиодисплазий в послеоперационном периоде мы используем ультразвуковые методы и магнитно-резонансную томографию.

Выводы

1. Результат исследования показывает, что увеличение давления в тканях крыловидно-челюстного пространства происходит за счёт воспалительной инфильтрации (абсцесса) и давления на аневризму. В свою очередь это приводит к ухудшению кровоснабжения головного мозга и увеличению при этом вероятности разрыва аневризмы.
2. Приведенный случай подтверждает тот факт, что в практике челюстно-лицевого хирурга могут возникать серьёзные трудности в плане постановки диагноза. Поэтому мы уделяем особое внимание тактике врача в нестандартных ситуациях. Оказание высокоспециализированной помощи при данной патологии наиболее целесообразно на базе многопрофильного хирургического стационара с хорошей диагностической базой и с использованием принципа мультидисциплинарного подхода.
3. Чётко спланированный алгоритм обследования, наблюдения и ухода во многом определяет благоприятный исход лечения даже при тяжелых неотложных состояниях в клинике челюстно-лицевой хирургии. Несмотря на наличие общих тактических установок по лечению данного контингента больных, наиболее предпочтительным в каждом конкретном случае является дифференцированный подход. Результаты данного исследования могут быть применены в практике медицинских учреждений, что должно способствовать уменьшению ошибок, улучшению результатов лечения и снижению числа осложнений.

Литература

1. Агапов В. С. Гемангиомы лица, шеи и полости рта у взрослых : автореф. дис. д.мед.н. : спец. 14.01.22 „Стоматология” / В. С. Агапов. – М., 1990. – 39 с.
2. Архангельский В. А. Роль магнитно-резонансной томографии в медицинской практике / В. А. Архангельский // Новости лучевой диагностики. – 2000. – № 1, – С. 28–29.
3. Грузовский Ю. А. Диффузные артерио-венозные гемангиомы головы: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Ю. А. Грузовский. – М., 1977. – 278 с.
4. Дан В. Н. Диагностика и лечение ангиодисплазий головы и шеи / В. Н. Дан, Б. Н. Варавва, В. Ф. Гордеев // Хирургия. – 1986. – № 8, – С. 127–131.
5. Дан В. Н. Хирургическая тактика при артериовенозных ангиодисплазиях в зависимости от локализации и величины поражения / В. Н. Дан, Ю. Д. Волынский, Г. И. Кунцевич // Кардиология. – 1990. – № 12, – С. 43–46.
6. Евдокимов Г. В. Диагностика венозных дисплазий челюстно-лицевой области у детей / Г. В. Евдокимов, С. В. Дьякова, А. В. Иванов, В. О. Панов // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 4, – С. 18–22.
7. Зозуля І.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні. / І.С. Зозуля, А.І. Зозуля //Український медичний часопис. – 2011. – №5. – С. 38–41.
8. Исаков Ю. Ф. Новые подходы к лечению обширных и глубоких гемангиом сложных анатомических локализации / Ю. Ф. Исаков, Шафранов В. В., Ю. А. Поляков // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 18-21.
9. Петрухин А. Г. Криотерапия капиллярных гемангиом жидким азотом / А. Г. Петрухин, Т. С. Чижикова, Е. В. Маслянинова // Стоматология. – 2005. – № 4, – С. 24–25.
10. Фомин А. А. Лечение крупных и обширных гемангиом головы, лица и шеи у детей: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / А. А. Фомин. – М., 1988. – 217 с.

11. Shoemaker W.C. Noninvasive monitoring of high risk surgical patients / W.C. Shoemaker, M.H. Bishop, J.A. Asensio [et al.] // Arch Surg. – 1996. – №131. – P. 732–737.

Реферати

**ДО ПИТАННЯ ПРО РІДКУ ПАТОЛОГІЮ СУДИН
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Скікевич М.Г., Аветіков Д.С., Соколов В.М.

Артеріо – венозні комунікації, вади розвитку вен та артерій щелепно-лицевої ділянки відносяться до вроджених вад розвитку периферичних судин – ангіодисплазіям (мальформаціям). Проблема лікування пацієнтів з вадами розвитку судин є одним із найскладніших розділів клінічної медицини. Був проведений аналіз історій хвороби щелепно-лицевих хворих з ангіодисплазіями у ПОКЛ за період з 2001 по 2011 р. За шість років (з 2001 по 2006 р) у відділенні було прооперовано 5315 хворих, а у наступні п'ять років (2007 – 2011 р.) – 5064, що свідчить про активізацію оперативної активності, а відсоток мальформацій зменшився. Надання високоспеціалізованої допомоги при даній патології більш доцільно проводити на базі багатопрофільного хірургічного стаціонару з гарною діагностичною базою та застосуванням принципу мультидисциплінарного підходу. Чітко спланований алгоритм обстеження, спостереження та догляду визначає благоприємний кінець лікування навіть при таких невідкладних станах у клініці щелепно-лицевої хірургії.

Ключові слова: ангіодисплазія, мальформація, аневризма, гемангіоми голови та шиї.

Стаття надійшла 11.04.2012 р.

**TO QUESTION ABOUT RARE PATHOLOGY OF VESSELS
OF MAXILLO-FACIAL AREA**

Skikevych M.G., Avetikov D.S., Sokolov V. M.

Arterial and venous communications, developmental anomalies of veins and arteries of maxillofacial area concern to congenital developmental anomalies of peripheral vessels - malformations. The problem of treatment of patients with developmental anomalies of vessels is one of the most difficult sections of clinical medicine. The analysis of case records of maxillofacial patients with malformations for the period 2001 till 2011 is carried out with leading information. For six years (with 2001 on 2006) in branch it is made operations of 5315 patients, and the next five years (2007-2011)-5064, that testifies to activation of operative activity, and the percent (interest) of vascular malformations and anomalies has decreased. Rendering of high specialization the help at the given pathology is expedient on the basis of a versatile surgical hospital with good diagnostic base and with use of a principle of the multidisciplinary approach. Precisely planned algorithm of examination, supervision and care in many respects defines a favorable outcome of treatment even at heavy urgent conditions in maxillofacial surgery.

Key words: angiodysplasia, malformations, aneurism, hemangioma of the head and neck.

УДК 616.314.18-002-073.48

В.К. Югов, Т.П. Скрипнічкова, Т.Д. Бубай

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**РЕНТГЕНО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПРИ ПУЛЬПІТАХ, ЩО
СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ РЕЗОРБЦІЄЮ ЩІЛЬНИХ ТКАНИН ЗУБА**

Рентгенологічні прояви пульпіту на рентгенограмах відображаються прямими ознаками – ділянки прояснення на тлі щільніших тканин – внутрішня резорбція у вигляді внутрішньої гранули в порожнині зуба або дентині; внутрішнього карієсу; зовнішньої резорбції кореня. До непрямих ознак пульпіту відносяться: глибока каріозна порожнина і розширення щілини періодонту.

Ключові слова: пульпіт, рентгенологічні ознаки, морфологічні ознаки.

Дослідження є фрагментом дослідницької НДР Української медичної стоматологічної академії «Патогенетичні підходи до методів лікування основних стоматологічних захворювань на основі вивчення механізмів пошкодження твердих тканин зубів, тканин ендодонту, пародонту та слизової оболонки порожнини рота» №0104U004411.

Запалення пульпи зуба серед інших стоматологічних захворювань займає друге місце після карієсу і є його основним ускладненням. Хворі з різними формами пульпіту зубів складають від 14 до 20% від числа хворих стоматологічного профілю [9, 10]. А у віковій групі 40-50 років в структурі стоматологічної захворюваності пульпіту і періодонтиту належить 40-50% [1]. Частіше зустрічаються хронічні запальні процеси в пульпі, які в 18-42% супроводжуються різними реактивними змінами в твердих тканинах зуба [8, 9]. Проблема діагностики пульпіту має певні труднощі. Як правило, пацієнт не завжди вказує на причинний зуб, а ЕОД в деяких випадках провести не можливо, тому що зуб знаходиться під коронкою. В таких випадках на допомогу приходить рентгенологічне дослідження. Разом з тим в доступній нам літературі не завжди повною мірою представлений характер рентгенологічних змін, що розвиваються при пульпіті, і можливості рентгенологічних методик дослідження зубів в їх виявленні. [3, 21, 28].

Метою роботи було визначення рентгенологічних змін, що розвиваються при пульпіті та зіставлення рентгенологічних ознак пульпіту при різних його формах з морфологічними змінами в пульпі.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом для дослідження слугували літературні публікації, переважно за останні десять років, та матеріали власних клінічних спостережень щодо рентгенологічних ознак пульпіту і зіставлення їх з морфологічними змінами при пульпіті, що опубліковані в літературі [2, 5, 6, 9, 13, 17, 18, 20, 21, 22, 27]. В стоматології налічується кілька десятків систематизацій захворювань пульпи [7, 12, 23].