

дилось хирургическое лечение с использованием различных остеопластических материалов свидетельствуют о менее выраженной активации Th2-пути иммунного ответа в тканях пародонта после операции с использованием материала "Остим-100". Других отличий цитокинового профиля в группах пациентов, которым проводилось хирургическое лечение с использованием остеопластических материалов "Bio-oss", "Остим-100" и "Остеопласт-К" не отмечено.

Результаты клинических и микробиологических исследований и изучение уровня цитокинов в содержимом пародонтальных карманов позволяют предположить, что использование костно-пластикающих материалов на основе гидроксиапатита, таких как "Остим-100" и "Остеопласт-К" способствует созданию благоприятных условий для эффективного заживления раны после операций на тканях пародонта. Выявление провоспалительного цитокинового сдвига в зубодесневой жидкости является одной из характеристик степени недостаточности иммунорегуляторных процессов на уровне зубодесневого соединения и может быть использовано при оценке тяжести воспалительно-деструктивных

процессов при заболеваниях пародонта и эффективности хирургического лечения пародонтита. Изучение микробного пейзажа полости рта является критерием выбора остеопластического материала: "Остима-100" при наличии в равном количестве микроорганизмов *A. actinomycetemcomitans* и *Porphyromonas gingivalis* и "Остеопласта-К" при преобладании *A. actinomycetemcomitans*.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курякина Н. В., Кутепова Т. Ф. Заболевание пародонта. – М.; Н. Новгород, 2000. – С. 56–61.
2. Лепилин А. В., Райгородский Ю. М., Булкина Н. В. и др. // Стоматология. – 2007. – № 4. – С. 25–27.
3. Лепилин А. В., Ерохина Н. Л., Захарова Н. Б., Бисултанов Х. У. // Рос. иммунол. журн. – 2008. – № 2–3. – С. 177.
4. Пародонтит / Под ред. Л. А. Дмитриевой. – М., 2007.
5. Сивовал С. И. Клинические аспекты пародонтологии. – М., 2001. – С. 60–113.

Поступила 07.03.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.716.4-001.5-08

Ю. А. Медведев, Д. Ю. Милукова, Е. Ю. Дьячкова

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ УГЛА

Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2); Клиника челюстно-лицевой хирургии Университетской клинической больницы № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова (119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1)

Авторы получили хорошие результаты как при консервативном ведении переломов с полностью ретенцированным третьим моляром при отсутствии смещения отломков, так и при удалении прорезавшегося и полуретенцированного третьего моляра из линии перелома с последующим заполнением лунки материалом «Коллост». В связи с этим предлагаемая тактика является методом выбора в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии у пациентов с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда.

Ключевые слова: перелом, нижняя челюсть, остеосинтез, зуб в линии перелома, третий моляр, «Коллост»

THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES WITHIN THE DENTITION

Medvedev Yu.A., Milyukova D.Yu., D'yachkova E.Yu.

The present study has demonstrated the possibility of achieving a favourable outcome of the conservative treatment of both the fractures with the totally retained third molar in the absence of fragment displacement and the cases of extraction of the erupted and semi-retained third molar from the fracture line with the subsequent filling of the alveolar socket with the dental restorative osteoplastic material Kollost. The proposed strategy is considered to be the method of choice in surgical dentistry and maxillofacial surgery for the treatment of the patients with mandibular fractures affecting the dentition.

Key words: fracture, mandible, osteosynthesis, a tooth in the fracture line, third molar, Kollost

Введение

При травмах нижней челюсти линия перелома в 35,6% случаев локализуется в области угла [4]. Наличие третьего моляра на нижней челюсти в 3,8 раза повышает риск повреждения данной области по сравнению с теми случаями, в которых третий моляр отсутствует [7]. Зубы в линии перелома являются потенциальными очагами инфекции, что обуславливает особенности процессов регенерации и характер осложнений. Среди всех переломов нижней челюсти самое большое количество воспалительных осложнений, а также замедление консолидации отломков приходится на область угла [8]. По мнению J. Andreasen [3], при переломе в области полуретенцированных

третьих моляров осложнения возникают чаще, чем в области полностью прорезавшихся или непрорезавшихся вовсе. Более того, B. Rink [9] утверждал, что удаление полуретенцированного третьего моляра однозначно снижает риск осложнений, но непрорезавшийся зуб не должен подвергаться удалению, так как само удаление часто сопровождается техническими сложностями и может причинить дополнительную травму кости. Сохранение зуба предупреждает смещение малого отломка и исключает вопросы, связанные с наличием пустой лунки. Однако на сегодняшний день проблема пустой лунки в клинике челюстно-лицевой хирургии достаточно успешно решается путем применения остеотропных материалов. Мнения врачей по поводу тактики ведения переломов в области третьего моляра весьма противоречивы, и определенной схемы лечения до сих пор не выработано.

Цель работы: повысить эффективность лечения переломов нижней челюсти в области угла при локализации третьего мо-

Милукова Дарья Дмитриевна – асп., асс. каф., тел. 8 (985) 410-09-62, e-mail: dashamil15_11@hotmail.com

ляра в плоскости перелома на основе оптимизации хирургической тактики и применения остеотропных материалов.

Материал и методы

На базе клиники челюстно-лицевой хирургии Университетской клинической больницы № 2 Первого МГМУ им. И. М. Сеченова за 12 мес, с июня 2010 г. по август 2011 г., под наблюдением находился 41 пациент с переломами нижней челюсти в области угла, из них 38 (92,7%) мужчин и 3 (7,3%) женщины, в возрасте от 18 до 55 лет. Из 41 обследованного пациента у 25 (61%) линия перелома проходила изолированно в области третьего моляра, у 12 (29,3%) определялись двусторонние переломы в области третьего моляра и тела нижней челюсти, у 4 (9,7%) – двусторонние переломы в области третьего моляра и мышцелкового отростка. Клиническая диагностика включала традиционные подходы: сбор жалоб, выяснение анамнеза травмы, внешний и внутриротовой осмотр, определение нарушения окклюзии, пальпацию тканей челюстно-лицевой области. Пациентам выполнялись анализы крови и мочи, рентгенография легких, электрокардиография, консультация невролога и терапевта. Проводилось исследование тактильной и болевой чувствительности с помощью ватного тампона и медицинской иглы для выявления степени посттравматических повреждений и системе нижнего альвеолярного нерва. Из дополнительных методов обследования выполнялись обзорные и привильные рентгенограммы, компьютерная томография. Всем пациентам назначались антибактериальные, обезболивающие и антигистаминные препараты.

Больным с прорезавшимся или полуретенированным третьим моляром в плоскости перелома выполнялось его удаление в условиях операционной с одномоментным металлоостеосинтезом. При наличии полностью ретенированного третьего моляра его удаление осуществлялось только при смещении фрагментов нижней челюсти. После удаления зуба в лунку вводился остеотропный материал «Коллост» – рассасывающийся материал на основе высокочищенного бычьего кожного коллагена I типа, разработанный совместно российскими и итальянскими специалистами и разрешенный к использованию МЗ РФ. «Коллост» полностью сохраняет волокнистое строение и все свойства натурального биополимера, обладает выраженными репаративными и гемостатическими свойствами. В основе его действия лежит регулирование уровня протеолитических ферментов, активация остеокластов в костной ткани, что создает условия для роста, организации и пролиферации клеток. В организме препарат полностью рассасывается. По данным С. В. Сирак [2], биодеградация материала на 2/3 от общего объема отмечается на 90-е сутки. Преимуществом материала является возможность его моделирования соответственно контурам области поражения, что связано с разнообразием существующих форм (порошок, жгуты, шарики, мембранны, гель). Это позволяет оптимизировать использование препарата в качестве основы для роста и организации тканей [1], а также использовать его при заполнении лунки после удаления зуба из линии перелома.

Техника операции (рис. 1 на вклейке).

После асептической обработки операционного поля растворами антисептиков (70% спирт, раствор хлоргексидина) в условиях премедикации и местной анестезии Sol. Ultracain 1,7 · 4 производили Г-образный разрез слизистой оболочки по крылочелюстной складке с переходом на переходную складку альвеолярного отростка длиной 4 см. Отслаивали слизисто-надкостничный лоскут. Скелетировали кость в ретромолярном пространстве с целью визуализации перелома в области угла. Производили удаление третьего моляра. После заполнения лунки остеотропным материалом отломки реponировали, а затем фиксировали в правильном положении титановыми пластинами или скобками из никелида-титана. Рану ушивали с помощью Prolen, Vicril – 4.0. По ходу операции выполнялся гемостаз.

Результаты и обсуждение

Всем пациентам (41 наблюдение) при поступлении проводили иммобилизацию нижней челюсти с помощью назубных шин Тигерштедта (36 наблюдений – 87,8%) и мини-винтов, имплантированных в альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти (5 наблюдений – 12,2%).

На основании клинической и рентгенологической картины, а также в зависимости от положения третьего моляра было выделено 3 типа переломов, проходящих через лунку зуба (рис. 2 на вклейке): 1 – пациенты с ретенированным третьим моляром (12 пациентов – 29,2%), 2 – пациенты с полуретенированным третьим моляром (13 пациентов – 31,7%), 3 – пациенты с прорезавшимся третьим моляром (16 пациентов – 39,0%). В каждом типе определялось по два подтипа в зависимости от наличия или отсутствия смещения отломков (а – есть смещение, б – нет смещения). Соответственно разработанной схеме больным в подгруппе 1а с полностью ретенированным третьим моляром без смещения фрагментов проводилось консервативное лечение (1а – 5 наблюдений – 12,2%). Удаление третьего моляра из линии перелома с остеосинтезом выполнялось больным в подгруппе 1б с полностью ретенированным третьим моляром со смещением фрагментов (1б – 7 наблюдений – 17,0%), а также больным подгрупп 2а, 2б с полуретенированным третьим моляром как без смещения фрагментов (2а – 6 наблюдений – 14,6%), так и со смещением фрагментов (2б – 7 наблюдений – 17,0%), больные группы 3а и 3б с полностью прорезавшимся третьим моляром вне зависимости от наличия или отсутствия смещения отломков (3а – 6 наблюдений – 14,6%; 10 наблюдений – 24,4%). Всего 36 (87,8%) пациентам было выполнено удаление третьего моляра из линии перелома с остеосинтезом, из них 10 (9,1%) пациентам в лунку вводился остеотропный материал «Коллост». Использование данного материала после удаления третьего моляра из линии перелома позволяет исключить проблему, связанную с пустой лункой. Данный материал достаточно пластичен, прост в использовании, создает ряд удобств в обеспечении хирургической технологии при заполнении костных дефектов, возникающих после удаления зубов. Фиксация отломков производилась титановыми пластинами у 33 (91,6%) пациентов, скобками из никелида-титана у 3 (8,3%) пациентов.

У 36 (87,8%) пациентов после хирургического вмешательства металлоостеосинтеза и удаления третьего моляра ранний период протекал гладко, без осложнений. Спустя 1, 3, 6 и 12 мес после травмы осложнений не отмечалось. Консервативное лечение проводили 5 (12,2%) пациентам с переломами без смещения в области полностью ретенированного третьего моляра при отсутствии разрыва слизистой. В данной группе осложнений не отмечали.

Клиническое наблюдение.

Пациент С., 30 лет, обратился в клинику ЧЛХ УКБ № 2 с жалобами на боли в области угла нижней челюсти слева, усиливающиеся при открывании рта. На основании клинико-лабораторного обследования был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области зуба 3.8 без смещения (рис. 3 на вклейке). При поступлении пациенту было выполнено наложение бимаксиллярных шин Тигерштедта с межчелюстной фиксацией (рис. 4 на вклейке). В связи с наличием полуретенированного третьего моляра в плоскости перелома и разрыва слизистой оболочки в условиях местной анестезии пациенту была проведена операция: удаление зуба 3.8, репозиция и металлоостеосинтез в области угла нижней челюсти слева одной титановой мини-пластиной, имплантация материала «Коллост» (3 шарика) в область лунки удаленного зуба 3.8 и линии перелома.

На контрольной рентгенограмме титановая мини-пластинка фиксирована удовлетворительно, стояние фрагментов правильное (рис. 5 на вклейке).

Послеоперационный период протекал без особенностей. Воспалительных явлений (местных или общих) не отмечалось. Симптомов поражения нижнего альвеолярного нерва

не выявлено. Пациент отмечал умеренную болезненность в области операции в течение 3 сут. Проведен курс антибактериальной, противовоспалительной и антигистаминной терапии. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты через 7 дней. На 10-й день произведено снятие межчелюстной фиксации. Через 2 нед сняты назубные шины.

При контрольном осмотре через 1 мес после операции жалоб пациент не предъявляет, общее состояние удовлетворительное. На контрольной рентгенограмме визуализируется процесс образования новой костной ткани на месте имплантации материала «Коллост» (рис. 6 на вклейке).

При контрольном осмотре через 3 мес после операции жалоб пациент не предъявляет, общее состояние удовлетворительное. На контрольной рентгенограмме отмечается полное восстановление дефекта костной ткани. Линия перелома не визуализируется (рис. 7 на вклейке).

Обсуждение

На основании полученных данных и результатов анализа, клинических особенностей течения переломов нижней челюсти в области угла нами был разработан алгоритм лечения, представленный на рис. 1 на вклейке. Комплекс лечебных мероприятий, необходимый пострадавшим с переломами нижней челюсти в области угла, включал в себя сохранение ретенционированного третьего моляра в плоскости перелома при отсутствии смещения фрагментов. Во всех остальных случаях третий моляр подлежал удалению с одномоментным остеосинтезом. Изучая целесообразность проведения одномоментного остеосинтеза после удаления зуба из линии перелома к аналогичным выводам в своей работе пришел M. Rubin [10], который утверждал, что удаление третьего моляра из линии перелома с одномоментной открытой репозицией и фиксацией отломков дает меньшее количество послеоперационных осложнений. Несмотря на исследования M. Kuriakose [6], в которых были приведены данные по возрастанию количества осложнений в связи с осуществлением внутриротового доступа, в наших наблюдениях подобной взаимосвязи выявлено не было.

При использовании одной скобки из никелид-титана или одной титановой мини-пластины фиксация отломков регистрировалась как удовлетворительная, в связи с чем необходимости в использовании второй конструкции не было. Более того, по данным E. Ellis [5] при проведении внутриоргового остеосинтеза применение одной мини-пластины в

области угла снижает уровень осложнений по сравнению с использованием двух мини-пластин.

Применение материала «Коллост» после удаления третьего моляра из линии перелома позволяет исключить проблему, связанную с пустой лункой. Данный материал достаточно пластичен, прост в использовании, создает ряд удобств в обеспечении хирургической технологии при заполнении костных дефектов, возникающих после удаления зубов.

Заключение

Таким образом, полученные нами данные продемонстрировали хорошие результаты как при консервативном ведении переломов с полностью ретенционированным третьим моляром при отсутствии смещения отломков, так и при удалении прорезавшегося и полурутенированного третьего моляра из линии перелома с последующим заполнением лунки материалом «Коллост». В связи с этим предлагаемая тактика является методом выбора в хирургической стоматологии и челюсто-лицевой хирургии у пациентов с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьянц Л. А. // Стоматология. – 2007. – Спец. вып. – С. 60–64.
2. Сирак С. В., Следов А. А., Алимов А. Ш. // Стоматология. – 2008. – № 2. – С. 34–38.
3. Andreasen J. O., Andreasen F. M., Andersson L. Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth. – 4-th Ed. – Oxford, 2007.
4. Boole J. R. // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111, N 10. – P. 1691–1696.
5. Ellis E. III // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 1999. – Vol. 28. – P. 243–252.
6. Kuriakose M. A., Fardy M., Sirikumara M. // Br. J. Oral Maxillofac. Surg. – 1996. – Vol. 34. – P. 315–321.
7. Lee J. T., Dodson T. B. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2000. – Vol. 58. – P. 394–398.
8. Prein J. A. Manual of Internal Fixation in the Facial Skeleton. – Berlin, 1998.
9. Rink B., Stoehr K. // Stomatol. DDR. – 1978. – Bd 28. – S. 307–310.
10. Rubin M. M., Koll T. J., Sadoff R. S. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1990. – Vol. 48. – P. 1045–1047.

Поступила 23.01.12

© Ю. А. МЕДВЕДЕВ, Р. В. КУЦЕНКО, 2012

УДК 616.716.4-001.5-07:616.314.17

Ю. А. Медведев, Р. В. Куценко

СОСТОЯНИЕ КРАЕВОГО ПАРОДОНТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ ЗУБНОГО РЯДА

ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, (119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2)

Произведен анализ показателей объективных методов исследования пародонта у пациентов с переломами нижней челюсти в пределах зубного ряда. Установлена зависимость проявления патологических процессов полости рта от применяемых методов лечения: доказано негативное влияние иммобилизирующих конструкций на частоту возникновения и тяжесть воспалительно-деструктивных явлений в краевом пародонте.

Ключевые слова: перелом нижней челюсти, шинирование, металлоостеосинтез, воспалительные заболевания пародонта

CONDITIONS OF THE MARGINAL PERIODONTUM AFTER THE MANDIBULAR FRACTURES INVOLVING THE DENTITION

Medvedev Yu.A., Kutsenko R.V.

The analysis of the objective periodontal studies of the patients with mandibular fractures involving the dentition was performed. The manifestations of the pathological processes in oral mucosa were shown to depend on the treatment modality. The negative impact of the intermaxillary fixation on the frequency and severity of the inflammatory and destructive processes in the marginal periodontum affecting the health of the oral cavity has been demonstrated.

К e y w o r d s : *mandibular fracture, intermaxillary fixation, metalloosteosynthesis, splinting, periodontal inflammation*

Травматические повреждения лицевого черепа – актуальная проблема челюстно-лицевой хирургии. Актуальность определяется тенденцией к росту травматизма с преобладанием тяжелых клинических форм и осложнений.

В общей структуре травм челюстно-лицевой области часто встречаются повреждения нижней челюсти, которые, по данным различных авторов, составляют до 70% [2, 3].

Наиболее динамично развивались методы остеосинтеза при лечении повреждений костей лицевого скелета, и в частности нижней челюсти, чего нельзя сказать об ортопедических методах. Вместе с тем на долю ортопедических методов лечения переломов верхней и нижней челюстей, по мнению многих авторов, приходится до 87% случаев [1, 4].

Единичные предложения, касающиеся вариантов ортопедического лечения переломов нижней челюсти, в основном сводятся к фиксируемым назубным конструкциям. Однако использование последних не всегда возможно из-за недостаточного количества зубов и трем, а их конструктивные элементы, лигатуры для фиксации, резиновые кольца являются ретенционными пунктами, где задерживаются остатки пищи. Тем самым ухудшается состояние гигиены полости рта и создаются благоприятные условия для развития воспалительных явлений в области краевого пародонта.

Общепринятые лечебные и профилактические способы воздействия на воспалительный процесс в пародонте, особенно в сложных условиях межчелюстной фиксации при переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда, до сих пор не могут решить проблемы возникновения и прогрессирования гингивита и пародонтита, в связи с чем разработка соответствующих для этой цели более эффективных средств и методов остается актуальной и требует дальнейшего решения.

Целью настоящего исследования является улучшение системы лечения и реабилитации больных с переломами нижней челюсти.

Материал и методы

Работа выполнялась в клинике челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова за период с сентября 2007 г. по май 2010 г. Проводилось лечение и наблюдение за больными с переломами нижней челюсти различной локализации. За указанный период были обследованы 132 пациента.

В рамках обследования пациентов применяли общеклинические методы: выясняли жалобы, анамнез, оценивали общее состояние пациентов по органам и системам и местный статус, выполняли клинические анализы крови и мочи (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), определяли группу крови, резус-фактор; проводили анализы на наличие антигенов к ВИЧ, вирусам гепатита В, гепатита С, реакцию Вассермана. Кроме перечисленных выше методик применяли специализированные способы оценки состояния краевого пародонта: индекс РМА, модифицированный C. Parma, пародонтальный индекс по Russel, индекс гигиены полости рта по J. C. Green и J. R. Vermillion.

Обследование производилось в трех периодах: до наложения шины или оперативного лечения, сразу после снятия шин или через 20–30 сут после металлоosteосинтеза и спустя 3–6 мес.

Куценко Роман – e-mail:kutsenko.roman@gmail.com

В ходе лечения применялись оперативные, консервативные (ортопедические) методы и их сочетание.

В качестве оперативных способов лечения использовали методы металлоosteосинтеза с применением стандартных титановых мини-пластин и сверхэластичных конструкций из никеля титана с памятью формы. Ортопедический метод подразумевал безоперативное лечение переломов нижней челюсти с применением иммобилизации при помощи индивидуальных бимаксиллярных шин Тигерштедта. К способу иммобилизации нижней челюсти отнесен также метод полужесткой фиксации, при котором неподвижность обеспечивалась за счет системы установленных ортодонтических винтов и резиновых тяг.

Курс ортопедического лечения получили 54 (40,9%) пациента, 44 (33,3%) человека пролечены с применением шинирования и металлоosteосинтеза, 18 (13,6%) пациентам произведен металлоosteосинтез без дополнительной иммобилизации нижней челюсти, 9 (6,8%) пациентам выполнена иммобилизация нижней челюсти при помощи полужесткой фиксации и 7 (5,4%) пациентам выполнен металлоosteосинтез в сочетании с полужесткой фиксацией.

С учетом степени травмирования краевого пародонта в ходе манипуляций при лечении переломов нижней челюсти для проведения сравнительного анализа нами были выделены три клинические группы (см. таблицу).

Результаты и обсуждение

Анализ клинических исследований в динамике во всех группах показал значительную разницу в степени поражения пародонта во время лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда.

Особое внимание было обращено на гигиеническое состояние полости рта. В 1-й группе, где всем пациентам выполнен комплекс процедур, обязательным компонентом которого было шинирование круглыми шинами, отмечалось значительное ухудшение показателя индекса гигиены по Green-Vermilion на период иммобилизации. После снятия бимаксиллярных шин данный показатель снижался и на момент контрольного осмотра через 6 мес только в 26,53% случаев приходил в норму.

Также следует отметить, что число пациентов с удовлетворительным уровнем гигиены за весь период наблюдения

Распределение обследованных пациентов по клиническим группам

Виды проведенного оперативного лечения	Под-группа	Группа	Число пациентов
Шинирование при помощи круглых шин Тигерштедта	1а		
Металлоosteосинтез нижней челюсти + Шинирование при помощи круглых шин Тигерштедта	1б	1	98
Металлоosteосинтез нижней челюсти	–	2	18
Металлоosteосинтез нижней челюсти + Полужесткая иммобилизация	3а	3	16
Полужесткая иммобилизация	3б		

возрастало с 35,72 до 66,33%; с неудовлетворительным уровнем гигиены – с 3,06 до 7,14%, т. е. почти в 2 раза. Данный факт доказывает, что больные не в состоянии самостоятельно восстановить гигиеническое состояние полости рта и очевидна необходимость проведения мер профессиональной гигиены пациентам данной группы как во время иммобилизации, так и после ее снятия (рис. 1 на вклейке).

Ухудшение состояния гигиены связано с несколькими факторами. Основным из них является формирование множества ретенционных пунктов в полости рта, способствующих появлению и накоплению зубных бляшек. Неэффективность традиционных способов чистки зубов по отношению к шинам и лигатурам, которые их фиксируют, влечет за собой прогрессирование структуризации над- и поддесневых зубных камней.

Описанные выше тенденции и травматизация краевого пародонта во время процедуры шинирования приводят к возникновению или прогрессированию уже имеющихся воспалительных процессов. Такой вывод исходит из анализа показателей пародонтального и РМА индексов в динамике.

Так число пациентов, не имеющих пародонтита, за весь период наблюдения снизилось с 79 (80,61%) до 52 (53,06%) человек. Число больных без явлений гингивита снизилось с 57 (58,16%) до 14 (14,29%). Прогресс воспалительных явлений как в количественном отношении, так и в качественном наблюдался среди 85,17% испытуемых 1-й группы. В ходе исследования отмечено, что тенденции возникновения изменений в пародонте имели место как среди пациентов 1а группы, так и среди пациентов 1б группы, что доказывает непричастность выполненного остеосинтеза к развитию патологии краевого пародонта (рис. 2, 3).

Наше исследование показало, что шины с межчелюстным закреплением на протяжении всего периода ношения вызывают значительные затруднения в питании, гигиене и артикуляции. 32% пациентов в течение первой недели иммобилизации предъявляли жалобы на затруднение дыхания, которые носили исключительно субъективный характер и были связаны с эмоциональной лабильностью больных на фоне перенесенного стресса вследствие получения травмы. 35% предъявляли жалобы, связанные с гиперсаливацией и затруднением акта глотания.

Проведенный нами анализ клинической картины и объективных показателей, описывающих состояние краевого пародонта во 2-й группе, пациентам которой не производилась иммобилизация, позволяет сделать следующее заключение. Состояние краевого пародонта испытуемых было интактным при поступлении и оставалось неизмененным в течение всего периода исследования. Колебания индекса гигиены по Green–Vermilion связаны со щадящим режимом повседневного ухода за состоянием полости рта ввиду возникновения посттравматического и послеоперационного отеков. Транзиторные изменения данного показателя не оказывают значительного влияния на краевой пародонт и не вызывают воспалительных явлений, что доказано при анализе объективных показателей.

Изложенное выше позволяет сделать вывод, что травма костной ткани нижней челюсти не способствует возникновению воспалительных явлений в краевом пародонте, которые развиваются только в случае непосредственного и длительного воздействия иммобилизующих конструкций.

Анализ данных, полученных в ходе исследования испытуемых 3-й группы, показал схожую картину по сравнению с таковой во 2-й группе. Краевой пародонт пациентов оставался интактным во все периоды контрольных измерений и не зависел от незначительных колебаний уровня гигиены во время лечения.

Несмотря на положительные результаты лечения данным способом, хотелось бы отметить следующие негативные факторы, являющиеся прямым следствием имплантации титановых мини-винтов.

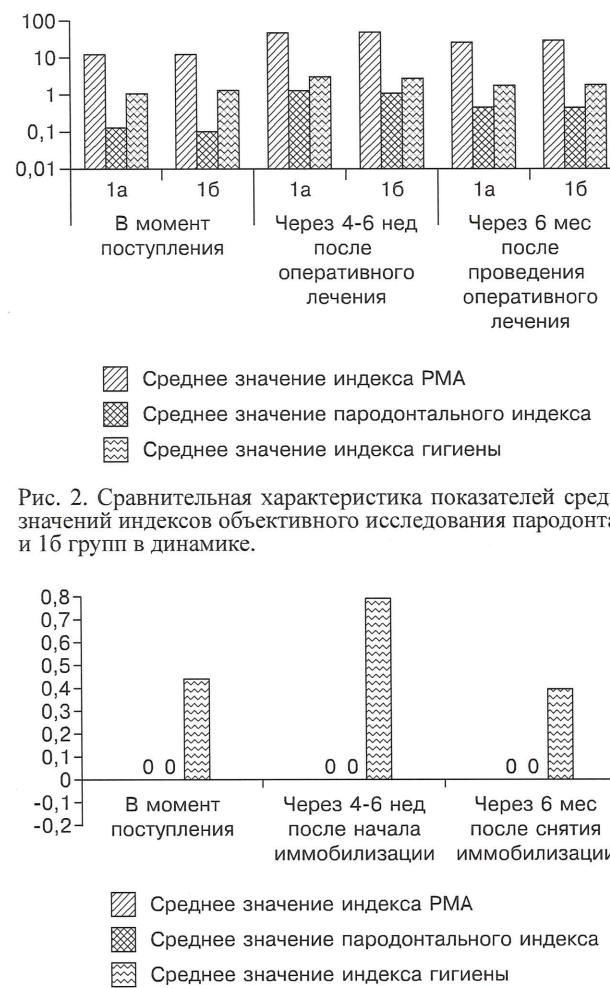


Рис. 2. Сравнительная характеристика показателей средних значений индексов объективного исследования пародонта 1а и 1б групп в динамике.

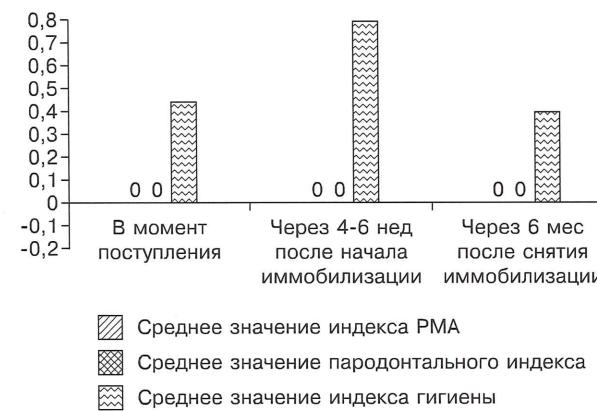


Рис. 3. Корреляция средних показателей объективного исследования пародонта у пациентов 2-й группы.

Во-первых, процедура имплантации винтов связана с риском нанесения травмы корневым частям зубов, находящихся в непосредственной близости от имплантата. Подобные травмы приводили к возникновению явлений периодонтита, которые носили транзиторный характер, в редких случаях требовали эндодонтического лечения в связи с возникающим острым ретроградным пульпитом.

Во-вторых, местные осложнения, связанные непосредственно с травмой слизистой оболочки полости рта, вызывают возникновение травматических пиогенных гранулем и пролежней на месте соприкосновения резиновой тяги смягкими тканями.

Хотя подобные ограниченные изменения краевого пародонта носят полностью обратимый характер, они являются причиной жалоб пациентов на дискомфорт и боли в данных локализациях.

Выходы

1. Инициализация воспаления в пародонте в результате нахождения в полости рта шин при переломах нижней челюсти является фактом, подтвержденным объективными методами исследования. Данная ситуация требует особого внимания со стороны врача и разработки новых подходов к лечению пациентов.

2. В результате проведенного сравнительного анализа состояния краевого пародонта трех выделенных групп пациентов нами выявлено преимущество хирургического метода в лечении переломов нижней челюсти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич А. С. Сравнительная оценка оперативных способов лечения переломов нижней челюсти с позиций кровообращения, функции, биомеханики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 1995.
2. Зотов В. М. // Актуальные вопросы стоматологии. – М., 1992. – С. 81–85.

3. Иващенко Н. И. // Лечение повреждений лица у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. – Л., 1986. – С. 19–22.
4. Сысолягин П. Г. // Актуальные вопросы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М., 1990. – С. 221–228.

Поступила 23.01.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.216-002-089

A. M. Сипкин, A. A. Никитин, M. A. Амхадова, V. P. Лапшин, E. O. Кекух, B. B. Ежов

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРО-АНТРАЛЬНЫМ СОУСТЬЕМ

Отделение челюстно-лицевой хирургии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского, (129110, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корп. 2)

Предложен способ лечения, который позволяет восстановить целостность слизистой оболочки дистальных отделов альвеолярного отростка неподвижной прикрепленной десной при наличии оро-антрального соустья, что позволяет провести полноценную реабилитацию зубных рядов с помощью ортопедических конструкций, сократить сроки реабилитации и пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: оро-антральное соустье, лоскут, прикрепленная десна

A METHOD FOR THE SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH THE ORO-ANTRAL FISTULA

Sipkin A.M., Nikitin A.A., Amkhadova M.A., Lapshin V.P., Kekukh E.O., Ezhov E.E.

The method is proposed allowing to restore the integrity of the mucous membrane in the distal portion of the alveolar process by means of gum fixation given the presence of the oro-antral fistula makes possible realization of this approach. The method makes it possible to achieve complete rehabilitation of the dentition with the use of orthopedic structures, reduce both the duration of this procedure and the hospital stay of the patients.

Keywords:

Введение

Одной из причин значительного количества одонтогенных верхнечелюстных синуситов является перфорация верхнечелюстного синуса при удалении премоляров и моляров верхней челюсти (ВЧ), цистэктомии, резекции верхушек корней зубов. Особенности анатомического строения верхнечелюстного синуса и травматическое удаление зубов ВЧ следует рассматривать не как причину, а как предрасполагающий фактор, поэтому верхнечелюстной синусит, являясь сегодня одним из самых распространенных заболеваний, представляет собой серьезную общемедицинскую и экономическую проблему, так как большинство больных – люди молодого и среднего возраста, т. е. трудоспособное население [1, 3].

Сложное анатомо-физиологическое строение этой области и близость жизненно важных органов обусловливают особенности течения воспалительного процесса и возможность возникновения тяжелых осложнений [2, 4, 6]. В среднем около 30% всех верхнечелюстных синуситов составляют его одонтогенные формы [4, 7], являющиеся, в основном, следствием длительного существования хронического очага периапикальной инфекции в области зубов ВЧ [1, 3, 5] или ошибок стоматологов в процессе лечения и удаления этих зубов. 41,2–77,2% одонтогенных верхнечелюстных синуситов – его перфоративные формы [3]. К сожалению, врачи-стоматологи часто недооценивают причинно-следственную связь верхнечелюстного синуса с заболеваниями и аномалиями развития зубов, что приводит к диагностическим ошибкам и нередко рецидивам заболевания.

Амхадова Малкан Абдрашидовна – д-р мед. наук, проф.,
e-mail:amchadova@mail.ru

Методы закрытия оро-антрального соустья постоянно совершенствуются, наиболее распространенными из них являются пластика трапециевидным лоскутом с переходной складкой ВЧ, языкообразным лоскутом с твердого неба и слизистой оболочки щеки и их модификации. Операции с применением перечисленных выше методов в большинстве случаев отвечают современным требованиям клиницистов, так как при соблюдении правил пластической хирургии (без натяжения, правильное сопоставление краев раневых поверхностей, наложение швов без перетяжки краев раны) рецидивы оро-антрального соустья практически отсутствуют. Но при современном развитии стоматологии необходимо учитывать качество реабилитации пациентов не только с точки зрения рецидивов заболевания и работы верхнечелюстного синуса, но и с точки зрения качества и функциональности ортопедической конструкции в области проведенной операции. С этой позиции используемые методы при перфоративных синуситах имеют недостаток – невозможно рационально восстановить зубной ряд с помощью традиционного протезирования или протезирования на дентальных имплантатах, так как при перемещении трапециевидного или языкообразного лоскута со щеки подтягивается переходная складка и смещается линия прикрепленной десны в небную сторону. При таком расположении десневого края невозможно добиться хорошего прилегания слизистой оболочки к ортопедической конструкции, и создаются условия для появления пищевого налета и, как следствие, воспалительного процесса. При перемещении языкообразного лоскута с твердого неба образуется большая раневая поверхность и складка слизистой оболочки в области соустья, требующая дополнительных хирургических манипуляций.

В клинике челюстно-лицевой хирургии МОНИКИ разработан метод, при применении которого отсутствуют пере-



Рис. 1. Этапы операции.



Рис. 3. Ортопантомограмма после травмы.



Рис. 4. Ортопантомограмма после шинирования.

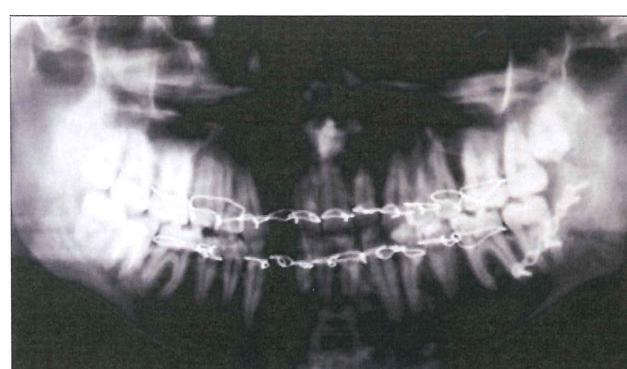


Рис. 6. Ортопантомограмма через 1 мес после оперативного вмешательства.

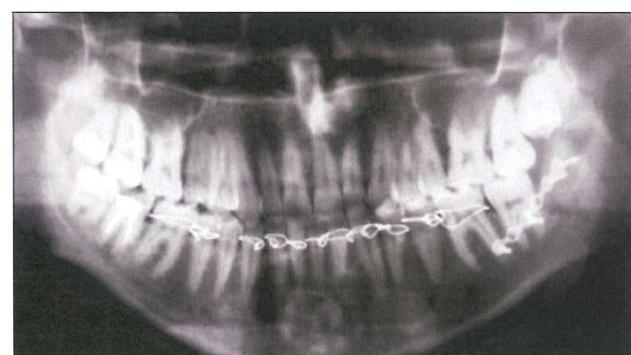


Рис. 5. Ортопантомограмма после оперативного вмешательства.



Рис. 7. Ортопантомограмма через 3 мес после оперативного вмешательства.



К ст. Ю. А. Медведева и соавт.
«Состояние краевого пародонта...»

Рис. 1. Состояние полости рта пациента после снятия шин.

К ст. А. М. Сипкина и соавт.

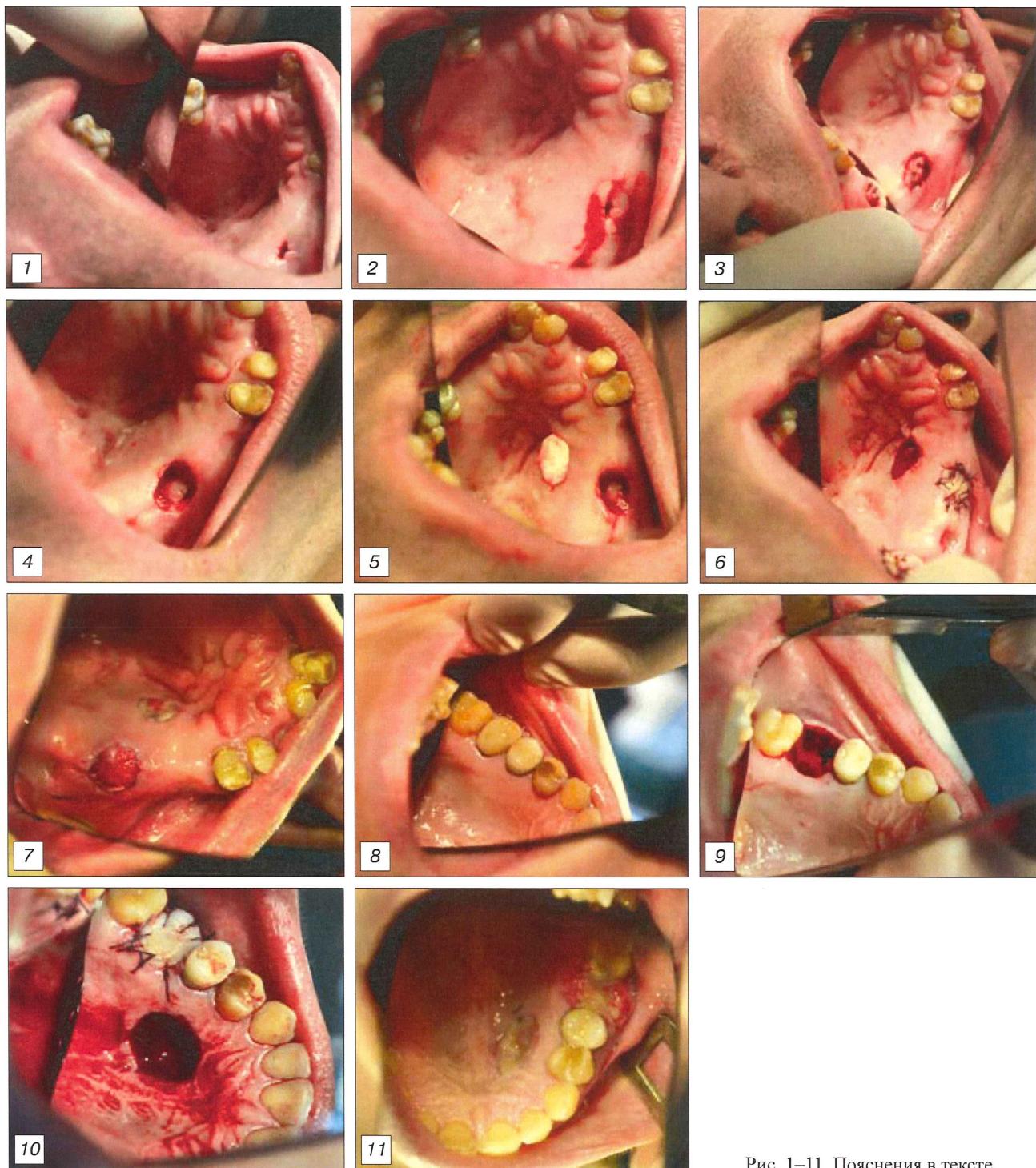


Рис. 1–11. Пояснения в тексте.

ISSN 1728-2802



9 771728 280005

Российский

стоматологический журнал

Russian Journal
of Dentistry



3.2012

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСТВО
«МЕДИЦИНА»



СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Гурин А. Н., Петрович Ю. А., Комлев В. С., Фадеева И. В., Баринов С. М. Октакальций фосфат. Метастабильная фаза минерализации биологических апатитов 4
Доменюк Д. А., Зеленский И. В., Иванчева Е. Н. Исследование гидролитической сопротивляемости базисных пластмасс для ортопедических аппаратов 9
Едранов С. С. Характеристика апоптоза и NO-синтазы вслизистой оболочке гайморовой пазухи человека при травме и хроническом воспалении 13
Коротких Н. Г., Бугримов Д. Ю., Ларина О. Е., Степанов И. В., Станислав И. Н. Применение титановых конструкций с наноструктурным биопокрытием в комплексном лечении переломов нижней челюсти 16

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Афанасьев В. В., Васильев А. Ю., Смысленова М. В., Шориков А. Ю., Красникова Т. В. Оценка эффективности лечения больных с неопухоловой патологией слюнных желез после использования препарата "Траумель С" с помощью ультразвукового исследования высокого разрешения 18
Асташина Н. Б., Рогожников Г. И., Горовиц Э. С., Карпунина Т. И. Микробный пейзаж ротовой полости у больных с дефектами челюстей и местная антимикробная терапия 20
Дурново Е. А., Высельцева Ю. В., Мишина Н. В., Хомутинникова Н. Е., Марочкина М. С. Особенности клинико-иммунологической диагностики распространенных воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области и их осложнений 22
Зорян Е. В., Матавкина М. В. Применение комплексного гомеопатического препарата "Траумель С" при лечении хронической рецидивирующей трещины губы 26
Лепилин А. В., Ерокина Н. Л., Бисултанов Х. У., Булкин В. А., Ноздрачев В. Г. Сравнительный анализ применения отечественных гидроксиапатитсодержащих костнопластических материалов при лечении пародонтита 31
Медведев Ю. А., Милюкова Д. Ю., Дьячкова Е. Ю. Лечение переломов нижней челюсти в области угла 34
Медведев Ю. А., Куценко Р. В. Состояние краевого пародонта при переломах нижней челюсти в пределах зубного ряда 37
Сипкин А. М., Никитин А. А., Амхадова М. А., Лапшин В. П., Кекух Е. О., Ежов В. В. Способ хирургического лечения больных с оро-антральным соустьем 39
Чжан Лэй, Гринин В. М., Царёв В. Н. Многофакторный анализ определения уровня стоматологического здоровья у курильщиков табака 41

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЯ

- Петров П. И., Еникеев Д. А., Мингазов Г. Г. Исследование психоэмоционального статуса на стоматологическом приеме 44
Стрелков Н. Н., Набатчикова Л. П. Определение психологической реабилитации пациентов с повышенным уровнем рвотного рефлекса на стоматологическом приеме 46

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Гончарова Е. И. Растительные средства в профилактике и лечении заболеваний пародонта 48

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Гринин В. М., Авдеев Д. А. Особенности оказания терапевтической стоматологической помощи летчикам военной авиации в условиях специализированного ЛПУ 52
Лукьяненко В. Б., Цветкова Н. В., Давиденко А. Н. Формирование культуры здоровья нации 54

CONTENTS

EXPERIMENTAL AND FUNDAMENTAL INVESTIGATIONS

- Gurin A.N., Petrovich Yu.A., Komlev V.S., Fadeeva I.V., Barinov S.M. Octacalcium phosphate. The metastable phase of mineralization of organic apatites 4
Domenyuk D.A., Zelensky I.V., Ivancheva E.N. The investigation into the hydrolytic resistance of base resins for the orthopedic devices 9
Edranov S.S. Characteristics of apoptosis and NO synthase in the mucous membrane of the human the maxillary sinus in case of an injury and chronic inflammation 13
Korotikh N.G., Bugrimov D.Yu., Larina O.E., Stepanov I.V., Stanislav I.N. The application of titanium devices coated with nanostructured biomaterials for the combined treatment of mandible fractures 16

CLINICAL INVESTIGATIONS

- Afanasiev V.V., Vasiliyev A.Yu., Smyslenova M.V., Shorikov A.Yu., Krasnikova T.V. Estimation of the efficacy of treatment of the patients presenting with non-tumorous pathology of the salivary glands after the application of Traumeel S in the high-resolution ultrasound study 18
Astashina N.B., Rogozhnikov G.I., Gorovits E.S., Karpunina T.I. The microbial landscape of the oral cavity in the patients presenting with gnathic defects and local antibiotic therapy 20
Durnovo E.A., Vyseiltseva Yu.V., Mishina N.V., Khomutinnikova N.E., Marochkina M.S. Peculiarities of clinico-immunological diagnostics of common inflammatory disease of the soft tissues in the maxillofacial region and their complications 22
Zoryan E.V., Matavkina M.V. The application of the composite homeopathic medicine Traumeel S for the treatment of chronic recurrent labial fissure 26
Lepilin A.V., Erokina N. L., Bisultanov H. U., Bulkin V. A., Nozdrachov V. G. A comparative analysis of domestic gidroksiapatisoderzhaschih osteoplastic materials in the treatment of periodontitis 31
Medvedev Yu.A., Milyukova D.Yu., D'yachkova E.Yu. The treatment of mandibular fractures within dentition 34
Medvedev Yu.A., Kutsenko R.V. Conditions of the marginal periodontium after the mandibular fractures involving the dentition 37
Sipkin A.M., Nikitin A.A., Amkhadova M.A., Lapshin V.P., Kekukh E.O., Ezhov E.E. A method for the surgical treatment of the patients with the oro-antral fistula 39
Chzan Ley, Grinin V.M., Tsarev V.N. Multifactor analysis of the results of estimation of the level of dental health in the smokers 41

NEUROSTOMATOLOGY

- Petrov P.I., Enikeev D.A., Mingazov G.G. Investigation of the psychoemotional status at the dentist's office 44
Strelkov N.N., Nabatchikova L.P. The estimation of psychological rehabilitation in the patients presenting with the exaggerated vomiting reflex at the dentist's office 46

GUIDELINES FOR PRACTITIONERS

- Goncharova E.I. The use of the herbal medicinal products for the prevention and treatment of periodontal diseases 48

ORGANIZATION OF HEALTHCARE SERVICES

- Grinin V.M., Avdeev D.A. Peculiarities of provision of the medical aid to military pilots under conditions of a specialized therapeutic and prophylactic facility 52
Luk'yanenko V.B., Tsvetkova N.V., Davidenko A.N. Formation of the culture of health on the nationwide scale 54