

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 ретеннированного 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 М. 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 М. 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 Е. Ellis [5] при проведении внутричелюстного 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 ретеннированным третьим моляром при отсутствии смещения отломков, так и при удалении прорезавшегося и полуретеннированного 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьянц Л. А. // Стоматология. – 2007. – Спец. вып. – С. 60–64.
2. Сирак С. В., Слетов 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.

Key words: 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 методов применяли специализированные способы оценки состояния краевого пародонта: индекс РМА, модифицированный С. Рагма, 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 металлоостеосинтеза и спустя 3–6 мес.

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

В качестве оперативных способов лечения использовали методы металлоостеосинтеза с применением стандартных титановых мини-пластин и сверхэластичных конструкций из никелида 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 металлоостеосинтеза, 18 (13,6%) пациентам произведен металлоостеосинтез без дополнительной иммобилизации нижней челюсти, 9 (6,8%) пациентам выполнена иммобилизация нижней челюсти при помощи полужесткой фиксации и 7 (5,4%) пациентам выполнен металлоостеосинтез 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–Vermillion 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		
Металлоостеосинтез нижней челюсти + Шинирование при помощи круглых шин Тигерштедта	1б	1	98
Металлоостеосинтез нижней челюсти	–	2	18
Металлоостеосинтез 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 прогрессирующее структурирование 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 неизменным 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 крайевой 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 краево пародонте, которые развиваются только в случае непосредственного и длительного воздействия иммобилизирующих 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.

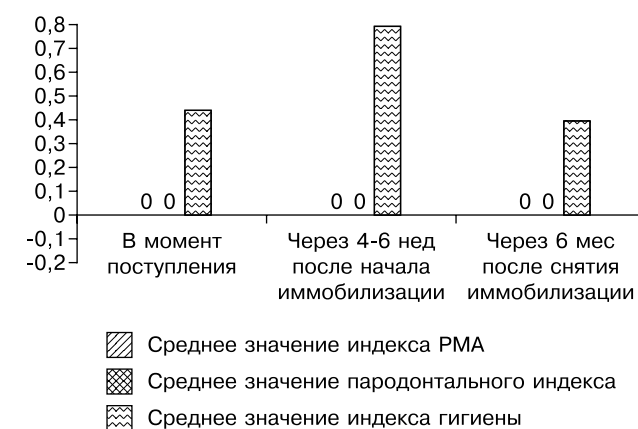


Рис. 3. Корреляция средних показателей объективного исследования пародонта у пациентов 2-й группы.

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 с мягкими тканями.

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

Выводы

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 поврежденных лица у пострадавших с множественной и сочетанной травмой. – Л., 1986. – С. 19–22.
4. *Сысолятин 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

*А. М. Сипкин, А. А. Никитин, М. А. Амхадова, В. П. Лапшин, Е. О. Кекух, В. В. 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.

*Key words:***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 обуславливают 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, врач-стоматологи часто недооценивают причинно-следственную связь верхнечелюстного синуса с заболеваниями и аномалиями развития зубов, что приводит к диагностическим ошибкам и нередко рецидивам заболевания.

Методы закрытия оро-антрального соустья постоянно совершенствуются, наиболее распространенными из них являются пластика трапециевидным лоскутом с переходной складки ВЧ, языкообразным лоскутом с твердого неба и слизистой оболочки щеки и их модификации. Операции с применением перечисленных выше методик 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-

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