

нение положения прорезывающихся фронтальных зубов и образование между центральными резцами диастемы. Аномалия зубных рядов реже всего определялась у детей 3-7 лет. В этом возрастном периоде частота данной патологии была заметно ниже среднестатистического показателя и колебалась в пределах $4,82 \pm 1,77\%$ - $8,82 \pm 1,11\%$. Наибольшую распространенность подобная деформация зубочелюстной системы имела место у обследованных старшего возраста, достигая у подростков 15-17 лет $31,68 \pm 2,59\%$ - $33,65 \pm 3,25\%$. Среди деформаций зубочелюстной системы у детей и подростков преобладала аномалия прикуса. Ее распространенность колебалась в разные возрастные периоды от $42,24 \pm 2,75\%$ до $72,60 \pm 5,22\%$ и равнялась в среднем $54,86 \pm 0,71\%$. Нарушение соотношения зубных рядов являлось наиболее распространенной формой ортодонтической патологии. Патология прикуса ($54,86\%$) среди детей и подростков г. Ставрополя встречалось в два раза чаще, чем аномалия положения зубов и в три раза чаще по сравнению с деформацией зубных рядов).

Литература

1. Водолаский М.П. и др. // Ортодонтия. – Ставрополь, 2005.
2. Дистель В.А. и др. // Основы ортодонтии. – М., 2001. – 238 с.
3. Зубкова Л.П., Хорошилкина Ф.Я. // Лечебно-профилактические мероприятия в ортодонтии. – Киев, 1993. – 342 с.
4. Малыгин Ю.М. // Клинико-лабораторное обоснование топоко-морфометрической диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий и совершенствование методов их лечения. – М., 1990.
5. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. – М., 1996. – 46 с.
6. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. // Ортодонтия. – М., 1989. – 267 с.
7. Хорошилкина Ф.Я. // Ортодонтия. – М., 2006. – 541 с.

УДК 616.31-089.81

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.С. ДМИТРИЕНКО, Т.С. ЧИЖИКОВА, А.Л. КАСАТКИНА,
М.И. ШПИГУН, Е.А. ОГОНЯН, М.Р. ЗИНУРОВА, Н.М. КОРНЕЕВА*

К основным амбулаторным хирургическим операциям у пациентов с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области относят удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям (комплектных, сверхкомплектных, ретенированных, аномальных), хирургическое лечение аномалий подвижной части слизистой оболочки полости рта, пародонтальную хирургию (нарушение прикрепления десны, воспалительные заболевания тканей пародонта), компактостеотомию, фибротомиию, костную пластику дефекта альвеолярной кости, аутоотрансплантацию, реплантацию, внутрикостную дентальную имплантацию [1-3].

Показания к этому виду лечения противоречивы. К тому же не все виды амбулаторных хирургических операций широко применяются при комплексном лечении детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области [4-6].

Цель исследования – проведение анализа амбулаторной хирургической помощи в Клинике стоматологии детского возраста Волгоградского государственного медицинского университета.

Объектом исследования были пациенты, обратившиеся в хирургический кабинет клиники в течение одного года.

Результаты исследования показали, что за исследуемый период в клинике было удалено 174 постоянных зубов. Ретенированных и сверхкомплектных было 24, что составило 13,8% от числа удаленных зубов. С аномальной формой было 15 зубов (8,6%). По ортодонтическим показаниям было удалено 135 зубов (77,6%). Современное развитие ортодонтической техники позволило ограничить показания к удалению отдельных зубов. Как правило, абсолютными показаниями к удалению зубов у пациентов с аномалиями и деформациями были сверхкомплектные зубы аномальной формы, затрудняющие прорезывание комплектных зубов, либо нарушающих форму зубных дуг. Относительным показанием считали удаление отдельных зубов при индивидуальной макродентии. Последовательное удаление молочных и постоянных зубов проводили при выраженной их скученности и

недостатке места для них более 10 мм. Удаление зубов в запланированной последовательности способствовало уменьшению скученности, позволило постоянным зубам пройти сквозь ороговевающую ткань, прорезаться над альвеолой и избежать смещения в вестибулярно-язычном направлении. Редким показанием к удалению зубов являлся фиброматоз десен (один ребенок).

В клинике проведена 121 операция при аномалиях подвижной части слизистой оболочки полости рта. Аномалии подвижной части слизистой оболочки полости рта встречались в различные возрастные периоды и определялись в виде гипертрофированных щечных тяжей, мелкого преддверия полости рта, выраженных уздечек губ и языка. Данные аномалии способствовали развитию патологических изменений тканей пародонта. Уздечка представляет собой слизистую оболочку верхней или нижней губы, разделяющую свод преддверия полости рта. Неадекватное прикрепление уздечки к десне определяли как ее аномалию. Рассечение уздечки языка в возрасте до одного года провели у 15 детей. У детей старше одного года проведено 29 операций. В целом выполнено 44 операции по поводу уздечки языка, что составило 36,4% от числа всех операций.

Пластика уздечек губ была проведена у 45 детей (37,2%). При лечении данной аномалии применялись методы френулоэктомии и френулотомии. При френулотомии рассечение периодонтальных волокон производили в области прикрепления уздечки с возможным ее подшиванием к надкостнице у основания преддверия, что вызывало меньший постоперационный дискомфорт, чем френулоэктомию. В тоже время френулоэктомию была показана при наличии широкой и толстой уздечки. При френулоэктомии клиновидный участок уздечки иссекали, включая ткань между медиальными резцами и в области резцового сощочка. Нередко применялась пластика преддверия полости рта у детей 8-9 лет, которая сочеталась с френулотомией. Аутоотрансплантацию свободной десны проводили при вестибулярном положении зубов, осложненным недостаточно выраженным альвеолярным базисом и прикреплением десны, при мелком своде преддверия и неправильно прикреплении уздечки.

Показанием к аутоотрансплантации было обнажение корней зубов, отсутствие маргинальной ткани с вестибулярной стороны в области нескольких зубов. Для лечения аномалий подвижной части слизистой оболочки полости рта применялись хирургические методы лечения. Показана эффективность применения CO₂-лазера, позволяющего сохранить стерильность раневой поверхности, снизить болевой барьер, обеспечить гемостаз и лимфостаз, создать условия для ускоренной регенерации тканей [3].

Хорошо зарекомендовала себя методика использования ультразвукового скальпеля, применяемого в нашей клинике. Перед ортодонтическим лечением считали необходимым обеспечить нормальное прикрепление десны для ее способности противостоять давлению при ортодонтическом перемещении зубов. При тяжелых формах гиперпластического гингивита, не поддающихся местному и системному лечению, была показана гингивопластика. Рекомендуем удалять гиперплазированную ткань при фиброматозе десен, но при этом отмечали рецидив через несколько месяцев после операции.

Нами замечено, что при ранней потере первых постоянных моляров, особенно на нижней челюсти, происходила резорбция альвеолярного края в беззубом участке, форма альвеолярной части становилась заостренной и уменьшенной в вестибулярно-язычном направлении. При попытке переместить второй моляр кпереди (в сторону дефекта с целью его закрытия), нередко отмечалось обнажение медиальной, вестибулярной и язычной поверхностей корня, из-за того, что широкий корень входит в узкую часть альвеолярной кости. Предпочтительнее считали проводить протетическое лечение с предвартельным выравниванием положения корней опорных зубов. В случае потери костной ткани абсолютная величина ортодонтической нагрузки была уменьшенной. Чем больше потеря костной ткани, тем меньше опора корня и центр вращения зуба смещается к апексу корня. В местах адентии и в области дефектов зубных рядов, незамещенных протетическими конструкциями, возникали трудности при перемещении зубов. Эта ситуация была обусловлена внутренней перестройкой костной ткани и связана с постоянным обновлением костной ткани в течение жизнедеятельности организма. Части гаверсовых систем, расположенные далеко от гаверсовых каналов, страдали от недостаточности питания, что приводило к гибели остецитов. Резорбции костной ткани в этих участках не про-

* Волгоградский ГМУ, Кафедра стоматологии детского возраста

исходило потому, что к ним не было доступа остеокластов. Только после остеотомии возможно проникновение остеокластов и резорбция обызвествленной кости. Полость резорбции заполняется последовательными слоями костной ткани и может быть использована для структурной перестройки в ходе ортодонтического лечения. В клинике по ортодонтическим показаниям было проведено 32 компактостеотомии.

После ротации зубов рассечение десневых волокон над альвеолярным отростком является рекомендуемой процедурой, поскольку сокращает вероятность рецидива аномалии положения зубов, вызываемого эластичностью волокон. В клинике было выполнено всего три фибротомии за год. Лечение с применением внутрикостных имплантатов является современным, эффективным методом реабилитации стоматологических больных. Дентальная имплантация является распространенным способом восстановления зубных рядов. Использование имплантатов вызывает интерес и привлекает все большее количество пациентов. Для имплантации между зубами, ограничивающими дефект, создавали адекватное расстояние. Диаметр имплантата подбирали с таким расчетом, чтобы между имплантатом и корнями рядом расположенных зубов, расстояние составляло не менее 1 мм.

Имплантация, проведенная в ранние сроки после потери зубов позволяла избежать атрофии альвеолярной кости. В клинике за год было проведено 87 операций детям в периоде прикуса постоянных зубов. Реплантация зубов осуществлялась, как правило, при травматических повреждениях. Реплантировано 14 постоянных зубов с последующим ортодонтическим лечением.

Анализ амбулаторной хирургической помощи в клинике стоматологии детского возраста показал, что наибольшее количество операций касается удаления постоянных зубов по ортодонтическим показаниям и при аномалиях подвижной части слизистой оболочки полости рта. Учитывая особенности современного этапа развития ортодонтии, необходимо шире использовать амбулаторные хирургические операции в комплексном лечении детей с аномалиями и деформациями челюстно-лицевой области.

Литература

1. Безруков В.М., Робустова Т.Г. Руководство по хирург. и чел-лицевой хирургии. – М. Медицина, 2000 г. – 487 с.
2. Александров М.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. – М.: Медицина, 2000.
3. Профит У.Р. Современная ортодонтия / Пер. с англ.; Под ред. Л.С. Персина. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 506 с.: ил.
4. Стоматология детей и подростков: Пер. с англ. / Под ред. Ральфа Е. Мак-Доналда, Дейвида Р. Эйвери; – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 766 с.: ил.
5. Харьков Л.В. и др. Хирург. стом. и чел-лиц. хирургия детского возраста М. – 2005. – 472 с.
6. Рисованная О.Н., Рисованный С.И. // Дентал Юг. – 2006. – № 2 (37). – С. 26–28.

УДК 616.31

СОСТОЯНИЕ ПРО-АНТИОКСИДАНТНОГО БАЛАНСА В РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

А.Р. АНТОНОВ, А.В. ИВАНОВА, Т.Г. ПЕТРОВА, И.Д. САФРОНОВ*

Одной из актуальных задач современной стоматологии является восстановление утраченных анатомических образований полости рта и их функций. При потере зубов эффективным решением данной задачи может являться протезирование, которое сегодня время осуществляется в основном съемными пластиночными протезами. Однако, данный вид протезов имеет большую площадь соприкосновения со слизистой оболочкой полости рта, что может являться фактором риска ее повреждения и развития протезных стоматопатий [1–3, 5, 9]. Поэтому разработка новых диагностических и прогностических критериев оценки патологических изменений в ротовой полости при протезировании является важным вопросом ортопедической стоматологии.

В качестве универсального неспецифического критерия, имеющего место при патологии, можно рассмотреть т.н. окисли-

тельный стресс, возникающий при нарушении равновесия между прооксидантами и компонентами системы антиоксидантной защиты [4]. Он сопровождается деструкцией клеточных мембран в организме, и его выраженность сопряжена со степенью тяжести патологического процесса тканей ротовой полости [12–13].

Исследования ресурсов антиоксидантной защиты ротовой полости свидетельствуют о наличии широкого спектра ее компонентов, тем более что по выраженности кровоснабжения пародонт занимает ведущее место среди органов и тканей, а также отличается высоким уровнем инфильтрации нейтрофилами – потенциальными продуцентами свободных радикалов кислорода [15, 7]. Ведущим звеном в защите клеток ротовой полости от действия высокотоксичных агентов и в поддержании редокс-потенциала внутриклеточной среды выступает глутатионовая система, в которую помимо глутатиона входят глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза и глутатион-S-трансфераза [16, 8, 10].

Цель исследования – изучение баланса свободно-радикальных реакций и глутатионовой системы в ротовой полости при протезировании съемными зубочелюстными пластиночными протезами.

Материалы и методы. Критерием отбора пациентов для решения поставленной цели исследования служило наличие у обследуемых лиц полных съемных пластиночных протезов. В обследуемую группу вошли 40 пациентов (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 65 до 95 лет, у которых в анамнезе имелось полное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей; первичное или вторичное протезирование полными съемными протезами; истекший срок использования старых полных съемных протезов. Проводимые исследования сравнивались с контрольной группой, которая состояла из 16 пациентов 16 (8 мужчин и 8 женщин), в возрасте от 68 до 83 лет, имеющих фиксированную межальвеолярную высоту и не менее 3-х пар антагонистов [6].

Период исследования был разделен на три этапа: I – до протезирования полными съемными протезами; II – через 7 дней после протезирования; III – через 6 месяцев после протезирования. Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции слюноотделением в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания рта. Затем ротовая жидкость центрифугировалась 10 минут при 3000 об/мин. Надосадочную часть ротовой жидкости отсасывали в пластиковые пробирки и хранили при –30°C. Интенсивность свободно-радикального окисления оценивали спектрофотометрическим методом при 532 нм [17], по накоплению продуктов, реагирующих с тиобарбитуровой кислотой (ТБК-РП). Состояние глутатионовой системы характеризовали уровнем ферментативных и неферментативных компонентов. Содержание неферментного антиоксиданта (глутатиона) определяли спектрофотометрически при длине волны 412 нм по цветной реакции тиоловых (-SH) групп с 5,5-дигидро-2-нитробензойной кислотой [14], активность ферментативного антиоксиданта (глутатионредуктазы КФ 1.6.4.2) оценивали по методу Н. Hogn, F. Bruns [11] по реакции восстановления окисленного глутатиона NADP-H₂-зависимой глутатионредуктазой, регистрируемой при 340 нм.

Результаты исследований статистически обрабатывали, вычисляя среднюю арифметическую величину (М), ошибку репрезентативности средней величины (m) и уровень значимости различий средних величин (p) на основании t-критерия Стьюдента с поправкой Бонферони для уровня достоверности 95% (p < 0,05).

Результаты. Проведенные исследования по анализу уровня продуктов свободно-радикального окисления у пациентов с полным отсутствием зубов в разные сроки использования съемных пластиночных протезов показали, что содержание ТБК-РП в ротовой жидкости у них имеет разнонаправленный характер изменений (табл.). Так, у пациентов при первичном обращении (I этап) концентрация ТБК-РП в ротовой жидкости была в 1,6 раз выше таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования (II этап) уровень ТБК-РП был в 1,7 раза выше контрольных величин. Через 6 месяцев после протезирования (III этап) уровень ТБК-РП приблизился к контрольным данным. При этом он стал ниже в 1,6 раз, чем в группе первичного обращения (p < 0,05) и в 1,8 раз группы протезирования через 7 дней (p < 0,05).

Подобная векторная направленность сдвигов была характерна и для параметров глутатионовой антиоксидантной системы (табл.). При первичном обращении активность глутатионредуктазы в ротовой жидкости была на 67% ниже таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования уровень глутатионредук-

* Новосибирский ГМУ, г. Новосибирск, 630091, Красный проспект, 52/Фрунзе, 6. Тел. 222-32-04, www.medn.nsc.ru