

УДК 616.314-007

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА ПРИ АТИПИЧНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ КОМПЛЕКТНОГО РЕТЕНИРОВАННОГО КЛЫКА, ОСЛОЖНЕННОМ РЕЗОРБЦИЕЙ КОРНЕЙ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

Гинали Н.В., Калужская С.М., Дружинина С.Н., Салех Джамиль
ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS IN CASE OF ATYPICAL LOCATION OF RETENTIONED CANINE THAT IS COMPLICATED WITH RESORPTION OF THE PERMANENT TEETH ROOTS

Ginaly N.V., Kaluzhskaya S.M., Druzhinina S.N., Salech Dzhamil
The Smolensk State Medical Academy

Среди аномалий положения и нарушений сроков прорезывания постоянных зубов наиболее часто наблюдается ретенция верхних клыков. Ретенция зуба может служить причиной развития фолликулярной кисты, резорбции корней рядом стоящих зубов и требует комплексного ортодонтического и хирургического лечения.

Among abnormalities of position and impairment of permanent teeth cutting time retention of upper canines is observed. Tooth retention can be the cause of follicular cyst development. It can result in resorption of the nearest teeth roots. It requires complex orthodontal and surgical management.

Аномалии положения и нарушение сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям ЧЛО [1, 3] и колеблются в широких пределах от 4 до 18% [2, 4]. Наиболее часто в клинике встречается ретенция клыков – 51% [4].

Ретенция фронтальных зубов (в частности, клыков) нарушает эстетику лица, может способствовать одностороннему смещению зубного ряда. Описаны случаи прорезывания ретенированных зубов в полость носа, глаза, гайморову пазуху, что свидетельствует о различных причинах нарушения локализации закладки зубов.

Ретенция зуба может служить причиной развития фолликулярной кисты, рассасывания корней рядом стоящих зубов, о чем может свидетельствовать данное клиническое наблюдение.

В клинику кафедры детской стоматологии СГМА обратился пациент А., 20 лет, с жалобами на болезненность при накусывании на 1.1 зуб, которая появилась около 5 дней назад. Из анамнеза выяснено, что родился седьмым ребенком у здоровых родителей. Рос и развивался нормально. В 12 лет заметил нарушение зрения, обследованием выявлена амблиопия высокой степени левого глаза. Лечение не проводилось.

При внешнем осмотре: лицо симметрично, кожные покровы чистые, дыхание свободное, через нос.

При осмотре полости рта: зубная формула:
7654321 | 124567
765431 | 134567

Центральная линия между 1.1 и 2.1 смещена влево на 3 мм, между 2.2 и 2.4 имеется трема 3 мм. Зубной ряд нижней челюсти симметричен (рис. 1). Зуб 1.1 интактный, перкуссия слабо болезненна.

На компьютерной томограмме (рис. 2, 3) выявлено: за пределами альвеолярного отростка над 2.1 расположена коронка зуба 2.3, корень 2.1 выражен на 1/2 длины.



Рис. 1. Зубные ряды пациента А



Рис. 2. Компьютерная томограмма (3D-моделирование)

Отсутствуют зачатки 3.2 и 4.2 зубов. Коронка левого верхнего клыка расположена на месте отсутствующей верхушечной части корня 2.1 зуба и частично внедряется в резорбированный участок верхушки корня 1.1.



Рис. 3. Компьютерная томограмма (срез фрагмента в прямой проекции)

На сагитальном срезе томограммы (рис. 4) 2.3 зуб расположен горизонтально в переднезаднем направлении. Коронка ретенного клыка находится вестибулярно, его корень – в кости подглазничной области. Вокруг коронки 2.3 на расстоянии до 1,5 мм отсутствует костная ткань, очаг имеет четкие границы. Между вышеописанным очагом деструкции и имеющейся частью корня 2.1 зуба имеется костная пластинка толщиной до 1 мм с четкими контурами в виде мостика.



Рис. 4. Компьютерная томограмма (сагиттальный срез)

Коронка 2.3 зуба упирается в верхушечный отдел корня 1.1 зуба. На аксиальном срезе томограммы корень 2.3 зуба расположен в кости верхней челюсти на уровне медиального угла глазницы и стенки носа, коронка – в верхнем отделе альвеолярного отростка.



Рис. 5. Компьютерная томограмма (аксиальный срез)

Изучение микроподвижности зубов проводили с помощью прибора «Периотест» фирмы «Siemens». Выносливость опорных тканей исследуемых зубов у пациента к горизонтальной нагрузке показала, что она снижена только у 2.1 зуба (индекс составил +12 при физиологической норме до +9).

На основании проведенных исследований был выставлен диагноз: ретенция 2.3 зуба, фолликулярная киста; адентия 3.2 и 4.2; ортогнатический прикус.

Было рассмотрено 2 возможных плана лечения. Первый вариант включал:

- а) фиксацию брекет-системой зубов верхней челюсти;
- б) удаление 2.1 зуба;
- в) обнажение коронки 2.3 и его ортодонтическую экструзию;
- г) после установки клыка на место 2.1 зуба в соответствии с анатомической формой коронки 1.1 моделирование коронки 2.3.

Второй вариант включал:

- а) фиксацию брекет-системой всех зубов верхней челюсти;
- б) удаление ретенного клыка;
- в) после полной оссификации дефекта и ортодонтической коррекции прикуса, введение эндодонто-эндооссального имплантата в канал 2.1 зуба.

По согласованию с пациентом был выбран второй вариант. Предпочтение связано с более коротким сроком и меньшим нарушением эстетики в период и после лечения.

После фиксации зубов верхней челюсти брекет-системой было проведено хирургическое вмешательство: после антисептической обработки кожи лица 70% спиртом и полости рта 0,06% раствором хлоргексидина под инфильтрационной и подглазничной анестезией Sol. Ultracaini 4% – 2,4 мл произведен дугообразный разрез со стороны преддверия полости рта. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут

и обнажена коронка ретеннированного зуба путем трепанации податливой кости долотом без применения молотка. Фиссурным бором зуб был распилен на две части, и каждая отдельно удалена элеватором. Костная рана антисептически обработана, удалены остатки фолликулярной ткани. Полость заполнена остеопластическим материалом (колапаном) и гемостатической губкой. На рану наложены кетгутовые швы, оставлен тонкий резиновый выпускник, который был удален спустя сутки. В послеоперационном периоде рекомендован холод, кетонал при болях и антисептические полоскания гексоралом.

В течение первых трех дней после операции общее состояние пациента удовлетворительное, температура тела в норме, отек мягких тканей не выражен, болевой симптом умеренный. Перкуссия 1.1 и 2.1 зубов безболезненна.

После полной оссификации полученного дефекта и ортодонтической коррекции прикуса для более надежной (устойчивой) фиксации зуба 2.1 предполагается установить эндодонто-эндооссальный имплант.

ЛИТЕРАТУРА

1. Будкова Т.С., Жигурт Ю.И., Хорошилкина Ф.Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения //Новое в стоматологии. – 1997. – Вып.1 (51). – С. 46-53.
2. Галенко В.В. Диагностика и лечение аномалий со сверхкомплектными и ретеннированными зубами // Ортодонтия. Методы профилактики, диагностики и лечения: Тр. ЦНИИС. – М., 1990. – С. 90-93.
3. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1994. – 23 с.
4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое: Кн.3. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 172с.

УДК 616.716.8+617.52+617.53

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОНТАКТНОГО ОДОНТОГЕННОГО МЕДИАСТИНИТА

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Громов А.Л.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко»

MODERN MEDICAL TECHNOLOGIES IN CONTACT ODONTOGENIC MEDIASTINITIS DIAGNOSTICS

Gubin M.A., Haritonov Ju.M., Gromov A.L.

The Burdenko Voronezh State Medical Academy

К тяжелым гнойным осложнениям челюстно-лицевой области и шеи относится контактный одонтогенный медиастинит (КОМ). Высокая летальность при данной форме заболевания, трудности в топической диагностике определили **цель исследования** – совершенствование методов диагностики у больных КОМ. Даже в условиях всестороннего комплексного клиничко-лабораторного обследования ранняя диагностика КОМ представляет значительные трудности [1, 2].

К числу признаков, условно специфичных для контактного одонтогенного медиастинита, многие

авторы относят самопроизвольные боли, усиление загридинных болей при запрокидывании головы назад [2, 3, 4], резкая болезненность и усиление загридинных болей при пальпации инфильтрата вдоль проекции сосудисто-нервного пучка шеи [1, 2, 3]. Наличие клинических проявлений в виде отека надключичной области, расширения подкожных вен лица и шеи, отека лица, охриплости голоса, гипотензии наблюдается непостоянно, и чаще они выражены недостаточно отчетливо.

Такие симптомы, как смещение трахеи, симптом Д.М. Братенбурга (1946); ригидность мышц спины