

3. Павликов, Д.С. Структурная характеристика, пути профилактики и устранения клинических ошибок и осложнений при восстановлении дефектов коронковой части различных групп зубов штифтовыми конструкциями / Д.С. Павликов // Мат. IX городской научно-практической

конференции молодых ученых. – Барнаул, 2008. – С. 164–166.

4. Скрыль, А.В. Культовые штифтовые вкладки, стандартные штифты или дентальные имплантаты? / А.В. Скрыль // Дентал Юг. – 2009. – № 5 (65). – С. 30–31.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А. В. СКРЫЛЬ, М. Р. МРИКАЕВА,
Е. А. ПЕЧЕРСКИХ

THE ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT RESTORATION OF DEFECTS OF A TOOTH CROWN WITH PIN CONSTRUCTIONS OF DENTURES

SKRYL A. V., MRIKAEVA M. R.,
PECHERSKICH E. A.

Ключевые слова: дефекты коронки, штифтовые конструкции зубных протезов, ошибки лечения

Key words: crown defects, pin constructions of dentures, treatment errors

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.314:616-007.272-08

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, С.М. Туманян
Ставропольская государственная медицинская академия

Мезиальная окклюзия зубных рядов, представляющая один из наиболее тяжелых вариантов зубочелюстной деформации, приводит к заметному изменению внешнего вида лица больного и формированию у него выраженных функциональных нарушений. Устранение подобной деформации, обусловленной аномалией формы и размера нижней челюсти, не может быть достигнуто врачебными усилиями только врача ортодонта и требует проведения хирургического вмешательства с участием челюстно-лицевого хирурга [1, 2, 3, 5].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 85 больных в возрасте 14–19 лет. Обследование пациентов включало клинические, антропометрические, морфометрические и рентгенологические методы.

Результаты и обсуждение. В процессе обследования у 85 пациентов были установлены сочетанные формы аномальной окклюзии зубных рядов в двух (47) 55,29±5,39 % и трех плоскостях (38) – 44,71±5,39 %. Результаты обследования установили у всех пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов, наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса, увеличение размеров нижнечелюстной дуги (нижней ма-

крогнатии).

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении эдждайс-техники на основе брекет-систем отечественных и зарубежных фирм-производителей. Коррекция зубных рядов осуществлялась техникой прямой дуги (straight-wire technique) системы Roth.

Контролируемые на гипсовых моделях результаты аппаратной коррекции определяли возможность завершить процесс устранения аномалии окклюзии зубных рядов и сформировать ортогнатический прикус в процессе костнопластической операции на нижней челюсти.

На этапе хирургического лечения осуществлялась остеотомия нижней челюсти в области угла и ветви. У подростков в процессе операции удалялись непрозревшие нижние зубы мудрости [4]. Проведение в процессе хирургического лечения внутриротовым доступом двусторонней плоскостной остеотомии позволяло свободно перемещать расщепленные фрагменты челюсти вперед, вверх и вниз, сохраняя при этом контакт на больших участках костной раны. Достигнутая в процессе операции подвижность тела челюсти с нижним зубным рядом обеспечивала возможность восстановления окклюзионного контакта между зубными рядами.

Применяемые для устранения деформации зубных рядов ортодонтические аппараты в ряде случаев использовались после костнопластической операции с целью достижения межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей неподвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов.

Применение на этапе ортодонтического лечения несъемной эдждайс-техники включало в качестве обязательного компонента лечебной программы тщательный гигиенический уход за полостью рта с

Водолацкий Михаил Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)265276; e-mail: MPV.st@yandex.ru

Водолацкий Виктор Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)265276; e-mail: Viking-66@yandex.ru

Туманян Сергей Месропович ассистент кафедры стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89286387075; e-mail: armania.84@mail.ru

применением фторсодержащих зубных паст и аппликаций зубов фторлаком.

Удержание результата, достигнутого в процессе ортодонтического и хирургического лечения, являлось завершающим и самым длительным этапом комплексного лечения. Продолжительность ретенционного периода после устранения деформации челюстных костей составляла 12–18 месяцев. Наряду с использованием для удержания достигнутого результата подбородочной прачи с резиновой тягой, функцию ретенционного аппарата выполняли ортодонтические лечебные аппараты в инактивированном состоянии.

Заключение. Результаты исследования подтверждают эффективность разработанной программы комплексного лечения у 83 ($97,65 \pm 1,64$ %) больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Подтверждением успешного исхода лечебных мероприятий являлось формирование у пациентов нейтрального соотношения первых моляров по I классу Энгля, не менее 6–8 окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубами-антогонистами, совпадение центральной линии между верхними и нижними зубами, формирование межрезцового угла в пределах 130° и перекрытие верхними резцами не более $1/3$ высоты нижних резцов. Восстановление размера и формы челюстных костей в ходе реконструктивной операции способствовало устранению типичных косметических нарушений, составляющих до начала лечения предмет жалоб у основной части пациентов. Разработанная программа комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов, включающая до- и послеоперационную ортодонтическую аппаратную коррекцию, костную пластику нижней челюсти, а также профи-

лактику кариеса зубов, предусматривает участие в ее реализации врача-ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Результаты лечения подтверждают эффективность разработанных программных мероприятий у $97,65 \pm 1,64$ % больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Завершает выполнение лечебной программы самый продолжительный по времени период ретенции достигнутого результата.

Литература

1. Анурина, О.В. Зависимость степени трудности ортодонтического лечения от выраженности морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной системы / О.В. Анурина, Г.В. Кузнецова, И.В. Попова // Сб. матер. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 368–369.
2. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М., 1999. – 444 с.
3. Бимбас, Е.С. Результаты лечения мезиального прикуса / Е.С. Бимбас, Б.Я. Булатовская // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения : тр. ЦНИИС. – М., 1990. – С. 85–87.
4. Водолацкий, М.П. Устранение мезиального прикуса у подростков / М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, В.С. Вартанян // Достижения ортодонтии, ортопедической и общей стоматологии по специальности и ее преподаванию. – М., 2005. – С. 283–284.
5. Baccetti, T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclusion with maxillary expansion and face-mask therapy / T. Baccetti, J.S. McGill, L. Franchi // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 1998. – Vol. 113. – P. 333–343.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М. П. ВОДОЛАЦКИЙ, В. М. ВОДОЛАЦКИЙ, С. М. ТУМАНЯН

Ключевые слова: нижняя макрогнатия, комплексное лечение, плоскостная остеотомия, эджуайс-техника, брекет-система

TREATMENT OF PATIENTS WITH PROTRUSIVE OCCLUSION OF DENTITIONS

VODOLATSKIY M. P., VODOLATSKIY V. M., TUMANJAN S. M.

Key words: lower makrognathia, integrated management, osteotomies, edgewise-technique, bracket-systems

© Коллектив авторов, 2012
УДК 618.3-06:616.8-009.24

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. Андросова, А. А. Дубовой, В. А. Аксененко
Ставропольская государственная медицинская академия

Андросова Ольга Валерьевна, соискатель кафедры акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283066003; e-mail: olganay@yandex.ru

Дубовой Александр Александрович, аспирант кафедры акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89288100109; e-mail: alexanderdubovoy@gmail.com

Аксененко Виктор Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)716323

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности по-прежнему продолжает занимать лидирующие позиции в структуре материнской смертности. В развивающихся странах на долю преэклампсии (ПЭ), гестоза приходится 16,1–25,7 % всех смертей женщин во время беременности [4]. В России ПЭ осложняет практически каждую четвертую беременность, при этом тяжелая форма развивается в каждом десятом случае [2]. При развитии эклампсии частота смертельного исхода составляет 1,8 %, и еще у 35 % женщин отмечаются серьезные