

ного трансплантата. Забор данного трансплантата дает возможность получить достаточное количество слизи без развития в последующем рубцовой деформации мягких тканей донорского участка. Однако возможность забора небного трансплантата может быть ограничена особенностями строения твердого неба. Забор щечного трансплантата больших размеров может привести к рубцовой деформации щеки, в связи с этим применение этой методики ограничено. Забор трансплантата с беззубого альвеолярного отростка связан со степенью атрофии кости и количеством слизи, покрывающей альвеолярный отросток. Так при выраженной атрофии альвеолярного отростка при полной потере зубов возникает проблема дефицита слизистой оболочки, что приводит к трудностям забора данного вида трансплантата и, в итоге, к невозможности выполнения данной манипуляции.

Выводы. Вестибулопластические операции с применением свободного мукозного трансплантата являются методом выбора при различных патологических процессах зубочелюстной системы: деформациях зубных рядов и челюстей, атрофии альвеолярных отростков, рубцовых деформациях преддверия, заболеваниях пародонта. Положительные результаты вестибулопластических операций с использованием свободного мукозного трансплантата были достигнуты в 92,1%, что свидетельствует в пользу эффективности данного метода углубления преддверия полости рта, особенно при состояниях, сопровождающихся дефицитом неизменной слизистой оболочки. Преимуществом трансплантации слизистой оболочки при вестибулопластике является отсутствие раневой поверхности в области преддверия полости рта и возможность восстановления глубины преддверия при дефиците неизменной слизистой. Основные недостатки способа заключаются в сложности и травматичности забора трансплантата, ограниченном количестве слизистой оболочки, пригодной для пересадки, сокращение лоскута на этапах его приживления. Кроме того, для выполнения операции необходимо создание дополнительной раневой поверхности в месте забора трансплантата.

Литература

1. Балин В.Н. и др. Практическая периодонтология. – СПб.: Питер, 1995. – 255 с.
2. Быкова И.А. и др. // Лаб. дело. – 1987. – № 1. – С. 33–35.
3. Грудянов А.И., Степанов А.Е. // Пародонтология. – 1998. – №3. – С. 37–39.
4. Прохончуков А.А., Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологической практике. – М.: Медицина, 1980. – 272 с.
5. Ценов Л.М., Николаев А.И. Диагностика и лечение заболеваний пародонта. – М.: МЕДпрессинформ, 2002. – 192 с.
6. Харрис Р. и др. Осложнения трансплантации соединительнотканного лоскута: анализ 500 клинических случаев // Perio IQ. Вып. 1. – 2005. – С. 42–52.
7. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С. Ортодонтия. Комплексное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: ортодонтическое, хирургическое, ортопедическое. – Кн. III. – М.: Ортодент-Инфо, 2001. – 174 с.
8. Wimmer G. et al. // Schweiz Monatsschr Zahnmed. – 2000. – Vol. 110, №5. – P. 484–495.
9. Newman M.G. et al. Carranza's Clinical Periodontology (9th edition). – W.B. Saunders Co., 2001. – 1033 p.
10. Rose Louis F., Mealey Brian L. Periodontics medicine, surgery and implants. Elsevier Mosby, 2004. – 578 p.
11. Radnai M. et al. // Fogorv Sz. – 1993. – Vol. 86, №6. – P. 187.

УДК 616-053.2/5:616.716.1.4

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. СТАВРОПОЛЯ

М.П. ВОДОЛАЦКИЙ, В.М. ВОДОЛАЦКИЙ*

Определение распространенности деформаций зубочелюстной системы среди детей и подростков подчинено практической задаче планирования им необходимого объема ортодонтической помощи [2, 3, 6]. Учитывая различия этого показателя в зависимости от климато-географических особенностей, экологи-

ческого состояния региона, характера питания, национальности и др. его определение в конкретной области является логически обоснованным и необходимым условием [1, 4, 5, 7].

Цель исследования – анализ распространенности деформаций зубочелюстной системы у детей и подростков г. Ставрополя.

Распространенность и характер деформаций зубочелюстной системы определялись по результатам обследования 8 027 дошкольников и школьников г. Ставрополя в возрасте от 2 до 17 лет (3 747 мальчиков и 4 280 девочек). Клинические проявления деформации зубочелюстной системы выявлялись у 4 877 детей, что составляло 60,75±0,69%. Распространенность зубочелюстных аномалий и деформаций у мальчиков (50,54±0,72%) существенно не отличалась ($P>0,05$) от аналогичного показателя среди девочек (49,46±0,72%), что не позволяло связать развитие ортодонтической патологии с половой принадлежностью (табл. 1).

Таблица 1

Распространенность зубочелюстных деформаций у детей

Лет	Обследованные				Всего
	без зубочелюстной деформации		с зубочелюстной деформацией		
2	47	74,44±1,07%	17	25,56±1,07%	64
	M-24 Ж-23		M-7 Ж-10		
3	77	58,34±0,34%	55	41,66±0,66%	132
	M-26Ж-51		M-32Ж-23		
4	143	66,21±0,45%	73	33,79±0,55%	216
	M-61 Ж-82		M-35 Ж-38		
5	173	72,09±0,45%	67	27,91±0,55%	240
	M-77 Ж-96		M-35 Ж-32		
6	151	51,02±0,58%	145	48,98±0,42%	296
	M-70 Ж-81		M-69 Ж-76		
7	377	36,86±0,81%	646	63,14±0,19%	1023
	M-152 Ж-225		M-335 Ж-311		
8	202	24,36±0,83%	627	75,63±0,17%	829
	M-116 Ж-86		M-286 Ж-341		
9	189	26,93±0,80%	513	73,07±0,20%	702
	M-97 Ж-92		M-249 Ж-264		
10	298	37,44±0,73%	498	62,56±0,27%	796
	M-138 Ж-160		M-240 Ж-258		
11	254	37,03±0,77%	432	62,97±0,23%	686
	M-92 Ж-162		M-215 Ж-217		
12	418	48,95±0,76%	436	51,05±0,24%	854
	M-216 Ж-202		M-202 Ж-234		
13	176	28,96±0,79%	447	71,04±0,21%	623
	M-48 Ж-128		M-236 Ж-211		
14	264	43,14±0,73%	348	56,86±0,27%	612
	M-85 Ж-179		M-182 Ж-166		
15	154	32,35±0,74	322	67,65±0,26%	476
	M-63 Ж-91		M-149 Ж-173		
16	196	48,16±0,66%	211	51,84±0,34%	407
	M-64 Ж-132		M-113 Ж-98		
17	31	43,67±0,22%	40	56,33±0,78%	71
	M-9 Ж-22		M-24 Ж-16		
Σ	3150	29,25±0,31%	4877	60,75±0,69%	8027

Распространенность деформаций зубочелюстной системы, определяемая у 25,56±1,16% двухлетних детей, увеличивалась с возрастом и достигала наибольших показателей в группе обследованных 8, 9 и 13 лет, составляя соответственно – 75,63±0,03%, 73,07±0,04% и 71,74±0,05%. Характер деформаций зубочелюстной системы представлен в табл. 2.

Таблица 2

Распространенность деформаций зубочелюстной системы у детей и подростков в зависимости от возраста

Лет	Аномалия						Всего
	положения зубов		зубных рядов		Прикуса		
	абс.	Отн. %	абс.	отн. %	абс.	отн. %	
2	6	35,29±11,59%	3	17,65±9,24%	8	47,06±12,11%	17
3	12	21,82±5,56%	4	7,28±3,50%	39	70,90±6,12%	55
4	15	20,55±4,72%	5	6,85±8,74%	53	72,60±5,22%	73
5	14	20,90±4,96%	5	7,46±3,20%	48	71,64±5,50%	67
6	38	26,22±3,65%	7	4,82±1,77%	100	68,96±3,84%	145
7	211	32,66±1,84%	57	8,82±1,11%	378	58,52±1,93%	646
8	181	28,87±1,80%	92	14,67±1,41%	354	56,46±1,98%	627
9	160	31,19±2,04%	73	14,23±1,54%	280	54,58±2,19%	513
10	128	25,71±1,95%	97	19,47±1,77%	273	54,82±2,23%	498
11	112	25,92±2,11%	94	21,76±1,98%	226	52,32±2,40%	432
12	107	24,54±2,73%	92	21,10±1,95%	237	54,36±2,38%	436
13	132	29,53±2,16%	74	16,55±1,76%	241	53,92±2,36%	447
14	89	25,58±2,33%	68	19,54±2,12%	191	54,88±2,66%	348
15	84	26,08±2,44%	102	31,68±2,59%	136	42,24±2,75%	322
16	47	22,28±2,86%	71	33,65±3,25%	93	44,07±3,41%	211
17	8	20,00±6,32%	13	32,50±7,40%	19	47,50±7,89%	40
Σ	1344	27,56±0,64%	857	17,58±0,54%	2676	54,86±0,71%	4877

Аномалия положения отдельных зубов у детей и подростков 7, 8 и 9 лет встречалась чаще и показатель ее распространенности в этом возрасте увеличивался соответственно до 32,66±1,84%, 28,87±1,80% и 31,19±2,04%. Причиной увеличения частоты аномального положения зубов вероятно служило изме-

* Ставропольская ГМА, каф. челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста

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 неправильном 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