

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

рефлекторного характера, симптом Равич-Щербо и Штейнберга (1933), далеко не постоянно наблюдаются у больных КОМ.

Оценка симптомов у больных КОМ неоднозначна. Так, Н.Г. Попов (1969), А.Г. Шаргородский (1985–1986) [7] и др. наблюдали симптом Равич-Щербо. Другие, М.А. Губин (1987), Л.В. Мальчикова (1985), этот симптом не наблюдали. Г.И. Осипов (1977) и другие считают, что оценка симптомов А.Я. Иванова и А.А. Герке не всегда достоверна из-за сложности обследования зон шеи, ригидности мышц затылка, наложения симптомов, характерных для разлитых флегмон с локализацией в области лица и шеи. Существенные затруднения в оценке этих симптомов возникают у больных КОМ [2] с глубокими расстройствами психики.

Важное место в диагностике КОМ занимает рентгенологическое обследование больных [4]. Установлено [1, 2, 3, 6], что компьютерная томография является достоверным и достаточно информативным методом диагностики заболеваний средостения, в том числе и воспалительного генеза.

Диагностическая ценность рентгенологических методов исследования повышается при многопроекционных обследованиях (компьютерная томография), особенно в динамике заболевания [2, 3, 5, 8, 9].

Наряду с рентгенологическими в диагностике КОМ используются и электрофизиологические методы обследования: ультразвуковая биолокация и теплофизиография средостения [5, 6]. Однако эти методы еще не получили распространения в диагностике КОМ. Ранняя диагностика КОМ и дифференциальная диагностика с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи представляет значительные трудности. Не так уж редко КОМ диагностируется только на аутопсии [5].

Невысокие результаты лечения, особенно у больных с далеко зашедшим КОМ, также свидетельствуют о его поздней диагностике даже в условиях стационара [2, 4]. Различные схемы дифференциальной диагностики медиастинита были предложены А.Я. Ивановым, Б.В. Петровским (1960). Однако они не исчерпывают всех методов клинического исследования.

В отделении челюстно-лицевой хирургии №1 ГУЗ «ВОКБ № 1» в период с 2000 по 2009 год находилось на лечении 46 больных с осложненным течением острой одонтогенной инфекции. Длительность заболевания до поступления в стационар составляла от 5 до 10 суток. Основной причиной заболевания были прогрессирующие одонтогенные гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта, окологлоточных пространств и переднебоковой поверхности шеи с вовлечением в процесс паратрахеальной клетчатки. КОМ был диагностирован только в специализированном стационаре.

В связи с этим нами разработана программа ранней дифференциальной диагностики КОМ и флегмон челюстно-лицевой области и шеи, являющихся источником распространения острого воспалительного процесса в средостение.

Изучаемые симптомы заболеваний представлены ниже.

1. Общая тяжесть состояния, положение в постели.
2. Психические нарушения.
3. Симптом «ложной кривошеи» с наклоном головы вниз.
4. Осиплость голоса, судорожный кашель, перхивание при глотании.
5. Одышка.
6. Форма гнойной инфекции.
7. Самопроизвольные загридинные боли.
8. Припухлость в области яремной вырезки.
9. Изменения показателей гомеостаза.
10. Изолированная припухлость в надключичной области.
11. Отек лица, наличие вздутых и расширенных вен шеи (синдром СВГВ).
12. Боль при перкуссии грудины.
13. Боль при пальпации в надключичной области.
14. Наличие крепитации в надключичной и супрастеральной областях.
15. Симптом А.А. Герке, симптом А.Я. Иванова.
16. Расширение границ средостения (рентгенологически).
17. Патологические сигналы при ультразвуковой биолокации средостения.
18. Клинический эффект после проведенного оперативного вмешательства (вскрытие и дренирование флегмоны шеи).

Симптомы заболевания оценивались по балльной системе. Максимальное количество баллов соответствовало 106; количество баллов в диапазоне 0–50 соответствовало флегмонам челюстно-лицевой области и шеи; количество баллов 51–80 – риску развития контактного одонтогенного медиастинита; количество баллов более 81 свидетельствовало о развитии медиастинита.

Выводы

Наши наблюдения показали, что распространение воспалительного процесса в средостение характеризуется значительным ухудшением общего состояния, появлением загридинных болей, перхиванием, затруднением дыхания, нарушением нервно-психической деятельности, выраженной отечностью и инфильтрацией околочелюстных тканей, распространяющихся на переднюю, боковую поверхности шеи, надключичную области и (у части больных) верхние отделы грудной клетки.

Диагноз медиастинита подтверждается типичными рентгенологическими данными в виде расширения границ средостения, а также появлением патологи-

ческих дополнительных сигналов при ультразвуковой биолокации средостения. Совершенствование диагностических критериев позволило нам повысить

раннюю диагностику КОМ. Так, в течение первых 2–3 суток госпитализации КОМ был диагностирован у 85% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский Ю.И. Гнойная челюстно-лицевая хирургия /Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский, Г.П. Бернадская. – Киев: Здоровье, 1993. – 242 с.
2. Губин М.А. Прогрессирующие флегмоны лица и шеи: Дисс. д-ра мед наук, 1987. – 356с.
3. Гирко Е.И. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастинита: Автореф. дисс. к.м.н. – 1994. – 18 с.
4. Козлов В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь. – Л.: Медицина, 1998. – 156с.
5. Попов Н.Г. Контактный одонтогенный медиастинит. Дисс. д-ра мед. наук. – 1972. – 365 с.
6. Харитонов Ю.М. Ранняя диагностика, прогнозирование и лечение одонтогенного сепсиса: Дисс. д-ра мед. наук. – 1999. – 256с.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. – М., 1985. – 185 с.
8. Popkirow S., Fitschev G., Aidemirska A. Klinische probleme der chirurgische Sepsis //Aktuel. Traumat. – 1984. – Bd. 14. – P. 200-205.
9. Wilson R. F. Special problems in the diagnosis and treatment of surgical sepsis //Surg. Clin. N. Amer. – 1985. – № 4. – P. 965-990.

УДК 616.716.8+617.52

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Губин М.А., Харитонов Ю.М., Киков Р.Н.
ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н.Бурденко»

TREATMENT OF PATIENTS WITH CONGENITAL AND ACQUIRED JAWS DEFORMATIONS

Gubin M.A., Haritonov Ju.M., Kikov R.N.
The Burdenko Voronezh State Medical Academy

Успешное лечение больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей во многом зависит от комплекса диагностических и лечебных мероприятий. Одним из основных этапов лечения является послеоперационное ведение больных.

Ключевые слова: деформации челюстей.

Successful treatment of patients with congenital and acquired jaws deformations mainly depends on complex diagnostic and medical actions measures. One of the basic stages of treatment is postoperative care of patients.

Key words: jaws deformations.

Проблема медицинской реабилитации больных с врожденными и приобретенными деформациями челюстей за последние десятилетия стала привлекать внимание челюстно-лицевых хирургов, что объясняется большой частотой зубочелюстных деформаций у детей, подростков и взрослых, создающих косме-

тические неудобства и сопровождающихся функциональными расстройствами органов челюстно-лицевой области. Особенности проведения реконструктивных операций на лицевом скелете связаны с различными аномалиями развития челюстей, а имеющаяся специальная литература, представ-