Литература

1. Енгоянц В. В. Оценка эффективности физико-химических методов в комплексном восстановительном лечении флегмон челюстно-лицевой области: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Ереван, 2009. – 25 с.
2. Тимофеев А.А. Особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей и мягких тканей у больных наркоманией и ВИЧ-инфицированных // Современная стоматол. – 2006. – №2. – С. 88-95.
3. Фомичев Е. В. Современные особенности этиопатогенеза и клиники гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Вестн. ВолГМУ. – 2007. – №2 (22). – С. 17-20.

РЕЗЮМЕ

На основании ретроспективного анализа историй больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области сделан вывод о том, что число пациентов с данной патологией с каждым годом увеличивается, при этом наблюдается сокращение общего количества койко-дней, проведенных больными в стационаре. Также стал больше промежуток времени до госпитализации, что приводит к ухудшению как общего, так и местного статуса больных.

SUMMARY

According to retrospective analysis of patients' medical cards with pyoinflammatory diseases of maxilla – facial region it has been made conclusion that number of patients with this pathology increases from year to year, besides patients spend less time for treatment in hospital. Also, before hospitalization period of time became longer, that leads to becoming worse of patient's general and local status.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 3D КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЙЛОКАЛИЗАЦИИ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ИХ УДАЛЕНИИ

Х.К. Садикова, Д.Б. Сулейманов, О.А. Мукимов
Ташкентская медицинская академия

Этиология, патогенез и лечение ретенированных зубов остается одной из актуальных проблем хирургической стоматологии, так как аномалии положения и нарушения сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области и отражаются на деятельности других органов и систем организма [2,3]. Основными причинами аномалий положения и сроков прорезывания постоянных зубов являются их неправильная закладка, задержка смены и преждевременное удаление молочных зубов, врожденная патология челюстно-лицевой области, наличие сверхкомплектных зубов, воспалительные процессы и травматические повреждения челюстей [2-4].

Наиболее часто среди аномалий сроков прорезывания постоянных зубов встречается односторонняя ретенция медиальных резцов и клыков на верхней и третьих моляров – на нижней челюсти. По данным Г.В. Степанова (2000), А.А. Недбай (2003), Ф.Я. Хорошилкиной (1999), Л.С. Персина (2003), от 4 до 18% пациентов обращаются за хирургической и ортодонтической помощью по поводу данной патологии. Однако систематизированные данные о частоте аномалий сроков прорезывания постоянных зубов с учетом этиологических факторов практически отсутствуют.

Сложность диагностики и прогноза лечения данной патологии зачастую обусловлены неблагоприятными морфологическими условиями

расположения и смещения зуба, что определяет необходимость поиска новых путей решения данной проблемы [1,4-6].

Исследования последних лет показывают, что отсутствие среди врачей единого мнения о лечении ретенированных зубов, а также недостаток знаний о толщине костной ткани вокруг зуба снижают качество стоматологической помощи и приводят к развитию воспалительных осложнений [4,7,8].

Цель исследования

Оценка возможности применения 3D компьютерной томографии для определения анатомо-топографической локализации ретенированных зубов и оптимизация доступов при их удалении.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в 2012-2013 г. в поликлинике хирургической стоматологии ТМА находились 60 больных с диагнозом «ретенция зуба». Распределение больных по полу и возрасту указано в таблице.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по полу и возрасту, абс. (%)

Пол	Возраст больных, лет			Всего
	16-20	21-30	31-40	
Мужчины	12 (44,4)	9 (33,3)	6 (22,2)	27 (100,0)
Женщины	14 (42,4)	11 (33,3)	8 (24,2)	33 (100,0)
Итого	26 (86,9)	20 (66,7)	14 (46,5)	60 (200,0)

Больные были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 30 пациентов, в том числе 11 (18,3%) женщин и 19 (31,7%) мужчин, у которых проводились классические методы рентгенодиагностики (по Юсупову и ортопантомография). Во 2-ю группу включены 30 больных, из них 16 (26,7%) женщин и 14 (23,3% мужчин), обследованных методом 3D компьютерной томографии. Ортопантомография проводилась на ортопантомографах «Планмека 2002 EC пролайн» (Финляндия) при условиях: 60-75 кВ, 7 mA, выдержка 10 с. 3D компьютерная томография выполнялась на аппарате «3-DX Accuitoma» (фирма Morita, Япония). Принципиальное отличие его от аналогового томографа состоит, во-первых, в том, что для сканирования вместо тысяч точечных детекторов используется один плоскостной сенсор**, во-вторых,** в том, что генерируемый луч коллимируется в виде конуса объемом 6 $см^3$. Лучевая нагрузка составляет 11-48 мкЗв, что в 6-10 раз ниже, чем на аналоговом томографе. Облучение на 3D компьютерной томографии составляет всего 29 мкЗв (от 11 до 48) , что в 20 раз меньше годовой эффективной дозы медицинского облучения.

Результаты и обсуждение

До сегодняшнего дня рентгенологическое исследование, выполненное по Юсупову (рис. 1.) и ортопантомография (рис. 2.) дает сведения о расположении ретенированных зубов в двух плоскостях, но не позволяет получить полноценную информацию об их анатомо-топографических особенностях, а также параметрах и структуре костной ткани.

Рис. 1. Рентгенограмма по Юсупову, ретенция 8, в горизонтальном положении.

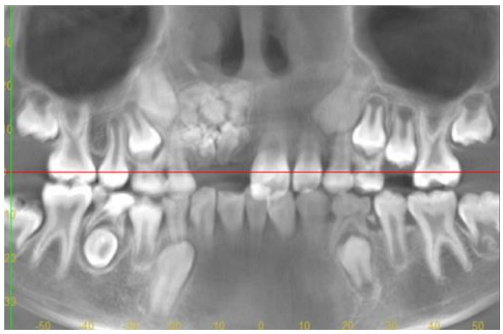

Рис. 2. Ортопантомография, ретенция 1 , причина ретенции зуба - одонтома в области 21.

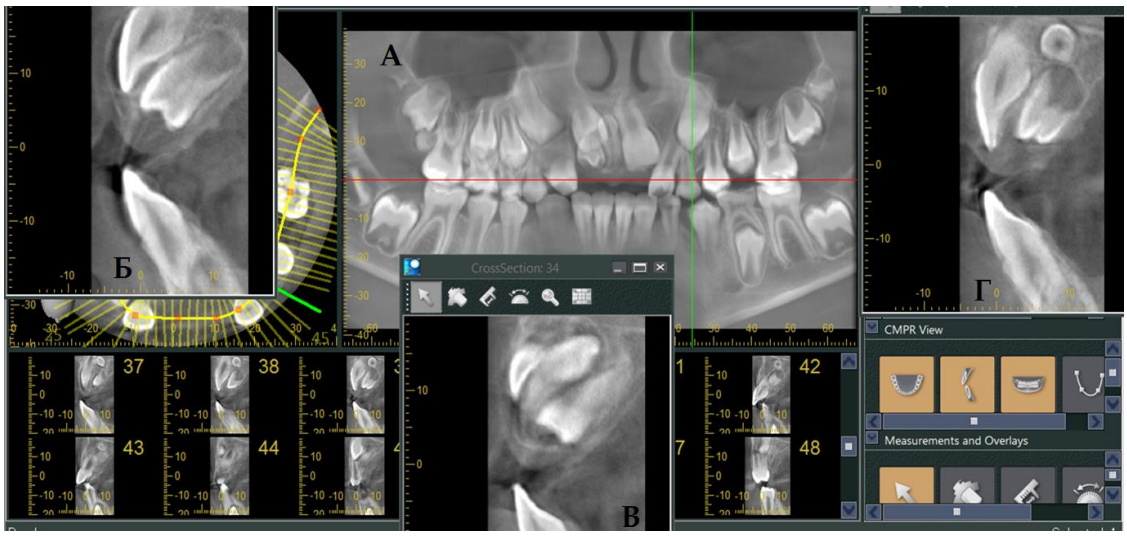

Рис. 3. 3D компьютерная томография в трех проекциях. Ретенция 1 . Причина ретенции зуба – одонтома в области 21.

По данным 3D компьютерной томографии показал, у 17 пациентов наблюдалась ретенция зуба на верхней челюсти, из них у 7 – во фронтальном и у 10 – в боковом отделе зубного ряда. Из 7 пациентов с ретенцией во фронтальном отделе верхней челюсти у 3 выявлена ретенция резцов. У одного из этих больных причиной ретенции была одонтома в области центральных резцов (рис. 3), у второго – сверхкомплектные зубы (рис. 4), у третьего зуб находился в ретроградном направлении, у остальных 4 пациентов имела место ретенция клыков.

У одного из 10 пациентов с ретенцией в боковом отделе верхней челюсти выявлен ретенированный премоляр, у остальных 9 больных верхний третий моляр был в ретенированном положении. У 2 из этих больных зуб находился в ретроградном положении, у 2 зуб имел связь с гайморовой пазухой (рис. 5), у одного больного коронковая часть ретенированного зуба была направлена в сторону гайморовой пазухи, а у одного – в вестибулярную сторону, строго в горизонтальном положении.

У остальных 13 пациентов выявлена ретенция третьего моляра на нижней

челюсти. У 4 из них зуб находился ближе к язычной кортикальной пластинке (рис. 6), у 3 – ближе к вестибулярной кортикальной пластинке, у остальных 6 зуб находился примерно в середине толщи кости челюсти. У 3 пациентов коронковая часть ретенированного зуба была направлена к корням второго моляра, ниже по отношению к горизонтальной плоскости.

Таким образом, 3D компьютерная томография позволило оценить:

- расположение зуба по отношению к вестибуло-оральному, медио-дистальному и вертикальному направлениям;
- толщину костной ткани вокруг ретенированного зуба;
- положение ретенированного зуба по отношению к анатомическим структурам.

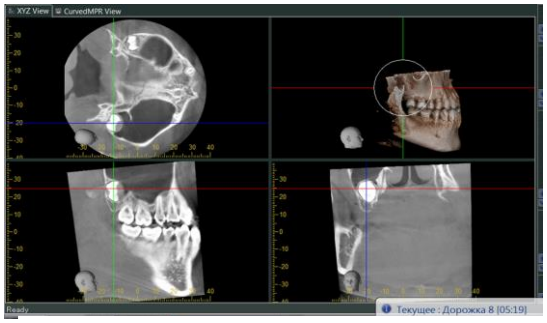

Рис. 5. 3D компьютерная томография в трех проекциях. Ретенция 8.

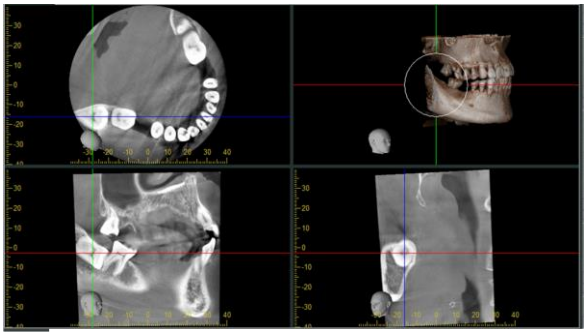

Рис. 6. 3D компьютерная томография в трех проекциях. Ретенция 8

С учетом полученных результатов 3D компьютерной томографии нами при хирургических вмешательствах были использованы следующие доступы: при удалении одонтомы в области 21 (рис. 3.) – доступ с вестибулярной стороны; при удалении сверхкомплектных зубов в области 1 1 (рис. 4.) – доступ с нёбной стороны. При удалении ретенированных клыков на верхней челюстиу 3 пациентов использован доступ с нёбной и у одного – с вестибулярной стороны; при удалении ретенированного премоляра и третьего моляра на верхней челюсти применялись доступы с вестибулярной стороны. При удалении ретенированных третьих моляров на нижней челюсти у 4 больных использован доступ с язычной стороны, так как зуб находился ближе к язычной кортикальной пластинке (рис. 6), у 10 – с вестибулярной стороны.

Таким образом, использование 3D компьютерной томографии при планировании удаления ретенированного зуба позволило определить оптимальный доступ, а при удалении уменьшить интраоперативную травматизацию.

Заключение:

3D компьютерная томография является высокоинформативным исследованием, позволяющим диагностировать аномальное расположение зубов, определить структуру и толщину костной ткани вокруг ретенированного зуба. Данные 3D компьютерной томографии являются существенным дополнением к результатам клинического обследования пациента с ретенированными зубами, позволяя выбрать оптимальный оперативный доступ с минимальной травмой окружающих тканей при удалении ретенированных зубов.

Литература

1. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В. П. и др. Лучевая диагностика в стоматологии. – М.: Медика, 2007. – С. 201-220.

2. Персин Л.С. Стоматология детского

возраста. – М., 2003. – С. 571-591.;

3. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. – М., 1999. – С. 352-376.

4. Чадина Т.В. Эффективность современных методов диагностики и лечения в комплексной реабилитации пациентов с аномалиями нижних зубов мудрости: Дис. – Волгоград, 2010.

5. Чибисова М.А. Алгоритмы обследования пациентов при применении дентальной объемной томографии в амбулаторной стоматологической практике // Dental Market. – 2010. – № 02 – С. 76-78.

6. Chen Y., Duan P., Meng Y. et al. Three-dimensional spiral computed tomographic imaging: A new approach to the diagnosis and treatment planning of impacted teeth // Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2006. – Vol. 130, №1.

7. Dwoskin M.L. Impacted wisdom teeth. May 1995. URL: www. drdwoskin. com /~world/mld/ wisdom.html

8. Tye C. Wisdom teeth/surgical removal of teeth. 1997. URL: www. crhistophertye. gte.net/teeth.html

РЕЗЮМЕ

В хирургической стоматологии до настоящего времени актуальными остаются вопросы этиологии, патогенеза и лечения ретенированных зубов.

Сложность диагностики и прогноза лечения данной патологии зачастую обусловлены неблагоприятными морфологическими условиями расположения и смещения зуба, что определяет необходимость поиска новых путей решения данной проблемы.

Нами проводилось наблюдение 60 больных в течении2012-2013 годов в поликлинике хирургической стоматологии ТМА с диагнозом «ретенция зуба».

Все больные были распределены на две группы. В 1 группу вошли пациенты, на которых проводились классические методы рентгенодиагностики, а во 2 группу – больные, обследованные методом 3Dкомпьютерной томографии.

Выявленные при помощи 3D компьютерной томографии данные являются существенным дополнением к клиническому обследованию пациента с ретенированными зубами, для того чтобы выбрать оптимальный оперативный доступ с минимальной травмой окружающих тканей при удалении ретенированных зубов.

SUMMARY

In surgical dentistry up to date remained as actual questions about etiology, pathogenesis and treatment of impacted teeth.

The difficulty of diagnosis and forecast of treatment of this pathology are often due to by unfavorable morphological conditions of the location and the displacement of the tooth, which determines the necessity of finding new ways of solving this problem.

60 patients were observed by us, during 2012-2013 years, at the policlinic of surgical stomatology of the TMA, with the diagnosis "impacted tooth".

All patients were divided into two groups. The patients which were entered to the 1 group were observed by a classic X – ray methods, and patients in the second group by a 3D x-ray.

The data educed by a 3D computer to mography are an important adjunct to the clinical examination of patients with impacted teeth, in order to choose the optimal surgical access with minimal trauma of the surrounding tissue with at removing of

Стоматология детского возраста

СОСТОЯНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С ВТОРИЧНЫМ ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Р.К. Якубов, Д.А. Каххарова, Ш.Ш. Мусаев
Ташкентская медицинская академия