
16. Kutter E. Evergreen State College. – WA: Olympia, 1997.

Резюме.

Проанализированы результаты комплексного лечения больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области с применением бактериофага фагио и мази гипофур.

Resume This article presents the results of complex treatment of patients with boils and carbuncles maxillofacial region using bacteriophage Fagio and ointment of "Hypofur".

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ЗАТРУДНЕННЫМ ПРОРЕЗЫВАНИЕМ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ, ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

М.А. Токтомбаев

Киргизско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек

Осложнения, обусловленные аномалиями формирования и прорезывания нижних третьих моляров, остаются одной из наиболее сложных проблем современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Тактики лечения больных с этой патологией продолжает вызывать споры [1,3,4,9,11]. Исследования последних лет показывают, что отсутствие среди врачей единого мнения о лечении ретенции и дистопии нижних третьих моляров, а также недостаток знаний об особенностях топографо-анатомического строения ретромюлярной области снижают качество стоматологической помощи и приводят к развитию

воспалительных осложнений [1,3,5,7,8]. Ретенция и дистопия третьих моляров нижней челюсти определяют развитие воспалительных процессов не только в ретромюлярной области, но и в соседних анатомических пространствах [1,3,6].

Причины задержки прорезывания зубов окончательно не выяснены, но ученые связывают их с обменными факторами – эндокринными нарушениями и авитаминозами [12]. Большое значение исследователи придают филогенетическим факторам, объясняя недостаток места в ретромюлярной области результатом редукции нижней челюсти в процессе филогенеза, а также ее

недоразвития в процессе онтогенеза [2,11,13]. Некоторые авторы указывают на анатомические причины ретенции восьмых зубов, выделяя, в частности, особенности анатомии ретромюлярной области нижней челюсти в качестве одного из факторов приостановления прорезывания зуба [2,14].

Таким образом, сегодня уделяется большое внимание проблемам, связанным с частично или полностью дистопированными и ретинированными третьими молярами. Врачебная тактика при неправильном положении зуба и недостатке места в альвеолярной части челюсти, осложненной деструкцией костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса, а также по ортодонтическим показаниям заключается в удалении причинного зуба [5-7,10]. Подобная операция бывает довольно сложной из-за анатомических особенностей расположения зубов, формы и количества корней, патологических изменений в окружающей его костной ткани. Заживление костной раны после большого по объему и протяженности оперативного вмешательства нередко осложняется альвеолитом, в некоторых случаях – остеомиелитом челюсти, воспалительные осложнения в послеоперационном периоде, по некоторым данным, составляют от 14 до 45% [3,15].

Большое значение в развитии воспалительных осложнений после удаления ретинированного третьего моляра нижней челюсти имеют

предшествующие воспалительный процесс и вид ретенции, имеющей частичный или полный характер (полная костная ретенция). Довольно спорным остается вопрос о способах защиты раны от инфицирования, в том числе и о необходимости использования биорезорбируемых мембран как факторов, оптимизирующих процессы заживления слизистой оболочки при ушивании над костным дефектом. Имеющиеся разногласия, недостаток информации об индивидуальных и, наоборот, наиболее типичных топографо-анатомических особенностях ретенции и дистопии третьих моляров и ретромюлярной области могут способствовать развитию и хронизации воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Обоснование выбора метода пластики костных дефектов после удаления ретинированных дистопированных нижних третьих моляров на основании данных топографо-анатомического и клинико-экспериментального исследования определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Совершенствование хирургических методов лечения ретенции нижних третьих моляров с учетом вариантной анатомии их расположения, а также пластики костных дефектов остеопластическими материалами.

На стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя

Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в 2010-2012 гг. находились 58 больных, из них 37 (63%) мужчин и 21 (37%) женщина, в возрасте от 20 до 50 лет. 48 (82%) больных были в наиболее активном трудоспособном возрасте от 20 до 30 лет. У всех 58 пациентов причиной возникновения перикоронарита было атипичное расположение третьего моляра нижней челюсти. Большинство больных поступили в клинику на 2-3-и сутки с момента заболевания. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 36 (62%) больных с затрудненным прорезыванием нижних третьих моляров, которым хирургическое лечение проводилось по усовершенствованной методике. В контрольную группу включены 22 (38%) больных, которые получали традиционное лечение.

Всем больным проводились рентгенография нижней челюсти, ортопантомография и прицельная рентгенография зубов, которые позволяют выявить и оценить расположение третьего моляра. Консервативное лечение включало иссечение капюшона, промывание раны растворами антисептиков, физиолечение, введение антибактериальных препаратов внутримышечно. У больных основной группы хирургическое лечение заключалось в удалении третьего моляра с одномоментным применением остеиндуктивного материала биомембраны (у 23

больных) или стимул-осс (у 13 больных) непосредственно в лунку удаленного зуба, а также антибактериальную терапии.

При выборе лекарственного средства учитывали видовой состав микрофлоры. Бактериологические исследования показали, что наиболее часто у больных с затрудненным прорезыванием нижних третьих моляров высевалась смешанная микрофлора (различные сочетания стрептококка, стафилококка, пневмококка).

Суть использованного нами у больных основной группы метода состояла в том, что с преддверия полости рта в ретромолярной области выкраивался трапециевидный лоскут. После дезитализации и мобилизации трапециевидного лоскута в области наружной кортикальной пластинки с помощью бормашин и долота делали окно 2,0-2,0, через которое удаляли ретинированный третий моляр. После этого в просвет костного канала, очищенного от всех мягкотканых элементов, погружалась обогащенная тромбоцитами аутоплазма – остеиндуктивный материал, представляющий собой аутоотрансплантат. Затем со стороны полости рта под сформированный слизисто-надкостничный трапециевидный лоскут укладывали аутоплазменную биомембрану или стимул-осс. В послеоперационном периоде назначали курс антибактериальной терапии внутримышечно, а спустя 3-4 дня после операции – 8-10 сеансов УВЧ-

терапии. Для оценки результатов лечения использовали такие критерии, как выраженность и длительность местного болевого синдрома, средние сроки пребывания больных в стационаре и амбулаторного лечения, функциональный результат, а также длительность реабилитации и число осложнений.

У больных основной группы послеоперационный период протекал гладко, швы снимали на 5-7-е сутки. В стационаре они находились на 2 дня меньше, чем пациенты контрольной группы.

В отдаленные сроки результаты прослежены у 29 (50%), в том числе у 19 (65,5%) основной и у 10 (34,5%) контрольной группы. В основной группе хорошие результаты отмечались у 16 (84%) больных, удовлетворительные – у 2 (10,5%), неудовлетворительный – у 1 (5,5%). В контрольной группе хорошие результаты зарегистрированы у 2 (20,0%) пациентов, удовлетворительные – у 3 (26,6%), неудовлетворительные – у 5 (53,3%)

Результаты лечения подтверждаются данными повторных рентгенологических исследований. Спустя 3 месяца у всех пациентов основной группы было выявлено значительное увеличение костной ткани в зоне дефекта. Через 6 месяцев полное зарращение костного дефекта отмечалось у всех больных. В контрольной группе полного восстановления костной ткани через 12 месяцев не наступило ни у одного пациента.

Выводы

Таким образом, оперативное лечение с использованием современных методов восстановления мягких и костной тканей позволило добиться выздоровления, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде (в среднем на 2 дня). Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы составила $9 \pm 0,7$ койко-дня, в контрольной группе – $14 \pm 1,2$ койко-дня. Результаты лечения прослежены у всех больных в ближайшие и отдаленные сроки (1-2 года).

Литература

1. Андреищев А.Р. Осложнения, связанные с нижними третьими молярами (патогенез, клиника, лечение): Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2005. – 137 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Витебск: Белмедкнига, 1998. – 477 с.
3. Бычков А.И. Профилактика и лечение воспалительных осложнений, связанных с удалением нижнего третьего моляра при затрудненном прорезывании: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – 156 с.
4. Воложин А.И., Панин М.Г., Дудкин Н.М., Ремизев С.М. Состояние костной ткани челюстей при врожденных и приобретенных деформациях // Стоматология. – 1992. – №2.
5. Коротких Н.Г., Бобровских

М.П., Сердюков Ю.П. Морфологическая характеристика содержимого костного кармана в ретромолярной области нижней челюсти // Материалы конференции, посвященной памяти профессора В.В. Паникаровского. – М., 2002. – С. 30-38.

6. Магид Е.А. Затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости и связанные с ним осложнения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1963. – 16 с.

7. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2005. – 688 с.

8. Рассадин А.М. Редкие случаи расположения зубов мудрости и клинические ошибки в проведенном лечении // Материалы конференции, посвященной памяти проф. В.В. Паникаровского. – М., 2002. – С. 125-129.

9. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2004. – 445 с.

10. Цой А.Р., Мамытова А.Б., Шаяхметов Д.Б. Способ применения аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, при операциях на альвеолярных отростках челюстей, сопровождающихся образованием дефектов костной ткани // Медицинские кадры XXI века. – 2008. – № 1. – С. 61-63.

11. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 472 с.

12. Bjork A, Jensen E, Palling M. Mandibular growth and third molar impaction // Acta Odont. Scand. – 2003. – Vol. 14. – P. 231-272.

13. Bjork A. Variations in the growth pattern of the human mandible: longitudinal radiographic study by the implant method // J. Dent. Res. Suppl. – 1999. – Vol. 42. – P. 400-411.

14. Olive R.J., Basford K. Transverse dentoskeletal relationship and third molar impaction // Angle Orthodontist. – 2002. – Vol. 51. – P. 41-47.

15. Richardson M. The early developmental position of the lower third molar relative to certain jaw dimensions // Angle Orthodontist. – 2002. – Vol. 40. – P. 226-230.

Резюме

Описан опыт лечения больных с затрудненным прорезыванием нижних третьих моляров по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской республики.

Summary:

Article presents tactics and results of treatment of Inflammatory complications, caused by Mandibular Wisdom tooth difficult eruption on the basis of experience of department of Maxillo-Facial Surgery of the Kyrgyz Republic Health Service Ministry's National Hospital.