

неоправданных инвазивных исследований.

Литература

1. Зубарев А.В. Эластография – инновационный метод поиска рака различных локализаций // Поликлиника. – 2009. – №4. – С. 32-37.

2. Fink M., Tanter M. A Multiwave Imaging Approach for Elastography. Curr. Med. Imag. Rev. – 2011. – Vol. 7, №4. – P. 340-349.

3. Nazarian L. Can sonoelastography enable reliable differentiation between benign and metastatic lymph nodes? // Radiology. – 2007. – Vol. 243, №1. – P. 1-2.

4. Ophir J., Srinivasan S., Righetti R. Elastography - a decade of progress (2000-2010) // Curr. Med. Imag. Rev. – 2011. – Vol. 7, №4. – P. 292-312.

5. Parker K.J. The Evolution of Vibration Sonoelastography // Curr. Med. Imag. Rev. – 2011. – Vol. 7, №4. – P. 283-291.

6. Sarvazyan A., Hall T.J., Urban M.W., Fatemi M. An Overview of Elastography – an Emerging Branch of Medical Imaging // Curr. Med. Imag.

Rev. – 2011. – Vol. 7, №4. – P. 255-282.

Резюме:

Методика соноэластографии использована при обследовании больных с мягкоткаными новообразованиями челюстно-лицевой области. Показана высокая информативность метода при дифференциальной диагностике доброкачественных, предраковых и злокачественных опухолей благодаря различному окрашиванию ткани в зависимости от степени ее малигнизации и коэффициента деформации.

Summary:

Methodic of sonoelastography in the time of examination in patients with soft tissular new formations of jaw-facial area is used in this work. Also, we can see high information of the method in time of differentiated detecting of benign, pre-cancer and malignant tumors, because of different staining of tissue depending on degree of its malignancy and deformation coefficient.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПЕРИОДОНТИТОВ МНОГОКОРНЕВЫХ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ш.Ш. Кудратов, З.А. Жилонова, Б.Х. Ярмухамедов

Ташкентская медицинская академия

Хроническая очаговая инфекция в околозубных тканях и ее влияние на организм — важная и до конца не решенная проблема как терапевтической так и хирургической стоматологии [2,5,12,24]. Это объясняется некачественным пломбированием

корневых каналов зубов при лечении пульпита, периодонтита, что отрицательно влияет на исходы терапии осложненного кариеса [6,7,13,24].

Несмотря на успехи современной эндодонтии, удельный вес хронических периодонтитов в

течение последних лет сохраняется на стабильно высоком уровне [1,4,9,14,24].

Достигнуты определенные успехи в совершенствовании и изыскании новых способов лечения деструктивных форм хронического периодонтита. Предложено много лекарственных препаратов, стимулирующих процессы регенерации структурных компонентов периодонта [1,8,14,23]. Вместе с тем, проблема, связанная с восстановлением костной структуры и функций периодонта при лечении деструктивного периодонтита, по-прежнему не решена.

Большое внимание исследователи уделяют обоснованию методики оперативного лечения хронического периодонтита. Большое значение придается сохранению анатомической формы зуба, топографо-анатомическим особенностям расположения зубов в альвеолярных отростках верхней и нижней челюстей, соотношению их к дну верхнечелюстной полости и нижнечелюстному каналу.

В хирургической стоматологии проведение таких зубосохраняющих операций, как гранулемэктомия, резекция верхушек корней зубов, гемисекция, ампутация корней зубов и коронорадикулярная сепарация сопровождается неизбежным повреждением и удалением костной ткани в области операции, что снижает прочность челюстной кости [9,11,13,15,22]. В связи с этим могут возникнуть функциональные и

эстетические нарушения.

В последние годы проводится большое количество зубосохраняющих операций в области многокорневых зубов на верхней челюсти. Однако специалисты сталкиваются с проблемой такого лечения у пациентов с деструктивными формами хронического периодонтита. По мнению ряда авторов [8,11,14,20], наличие воспаления любого характера в прилегающих областях верхнечелюстного синуса является относительным противопоказанием к зубосохраняющим операциям. В. Зиккарди и др. [8] указывают на то, что воспалительные заболевания верхних коренных зубов являются лишь факторами риска. Некоторые авторы [10,14,17,20] считают, что хронический периодонтит при наличии незначительных рентгенологических признаков воспаления не оказывает отрицательного влияния на исход операции.

Более того, вопрос о сохранении анатомической формы и размеров альвеолярного отростка верхней челюсти после проведения хирургических вмешательств является одним из самых актуальных.

Цель исследования

Клиническое обоснование возможности проведения цистэктомии в сочетании с операцией синус-лифтинг для сохранения анатомической формы зубов.

Основные задачи

исследования: уточнение и дополнение имеющихся данных о взаимоотношении верхушек корней коренных зубов с дном верхнечелюстной пазухи; изучение рентгенологических особенностей отношения верхушек корней зубов к дну верхнечелюстной пазухи; разработка тактики оперативного лечения больных с деструктивными формами хронического периодонтита зубов верхней челюсти.

Материал и методы

Клинические исследования основаны на изучении результатов операций резекции верхушек корней многокорневых зубов у 18 пациентов (9 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет. Исследования были проведены в поликлинике хирургической стоматологии 3-й клиники ТМА.

В зависимости от проводимой метода хирургического вмешательства пациенты были разделены на две группы по 9 в каждой. Больным контрольной группы была проведена цистэктомия, основн – цистэктомия в сочетании с операцией синус-лифтинга.

Предоперационное обследование включало сбор анамнеза, ортопантомографию, радиовизиографию, лабораторные исследования: общий анализ крови, определение уровня глюкозы, гемосиндрома, RW, Hbs, HCV, ВИЧ.

Показаниями к проведению оперативного лечения служили сохранение/увеличение околокорневого очага деструкции

кости после эндодонтического лечения зуба, непроходимость корневого канала зуба, наличие инородного тела в корневом канале или в периапикальной области (сломанная часть эндодонтического инструмента).

С целью повышения достоверности методов контроля за процессами остеорепарации в области дефекта нами проведена радиовизиография с компьютерным анализом оптической плотности получаемого изображения в области костного дефекта. При анализе цифровых рентгенограмм в послеоперационном периоде использовали локальную денситометрию – измерение плотности костных структур на любых участках и в любом направлении при анализе снимка по произвольному срезу. Контрольные стандартные и цифровые рентгенограммы проводилось до операции и через 1, 3 и 6 месяцев. Оперативное лечение планировалось вне обострения хронического периодонтита. Всем пациентам за 30 мин до начала операции проводили премедикацию: в/м вводились дексаметазон 4 мг, дицинон 250 мг, линкомицин 2 мл 30% раствора, кетонал 100 мг.

Методика хирургического лечения

У пациентов контрольной группы лечение дефект заполняли остеопластическим материалом Коллапан с введением БоТП.

В основной группе хирургическое лечение заключалась в одномоментном проведении

цистэктомии и операции синус-лифтинга. С помощью шаровидных алмазных боров разного диаметра трепанировалась нижняя стенка верхнечелюстного синуса без нарушения целостности мембраны Шнейдера. Форма и размер трепанационного отверстия зависели от анатомической формы синуса. Во время операции проводили непрерывную ирригацию физиологическим раствором, что позволяло не только охлаждать кость, но и обеспечивало хороший визуальный контроль в зоне операции. После формирования трепанационного отверстия и появления мобильности костного фрагмента начинали отслаивание слизистой оболочки верхнечелюстного синуса в нижнем отделе. Поскольку слизистая верхнечелюстного синуса представляет собою очень тонкую, покрытую изнутри мерцательным эпителием оболочку, то дефекты, возникающие в ней при операции, ушить невозможно. Поэтому при возникновении перфораций мы продолжали отслаивать мембрану по всему периметру нижней трети синуса, а затем поднимали ее кверху, что обеспечивало лучший подход к патологическому очагу. Затем проводили цистэктомию, и под поднятую слизистую оболочку верхнечелюстного синуса вводили биоматериал. В качестве костеобразующего биоматериала использовали Коллапан, который смешивали с БоТП, заполняя этой массой полость после синус-лифтинга. Входное отверстие в

костную рану закрывали рассасывающейся мембраной (рис. 1-5).

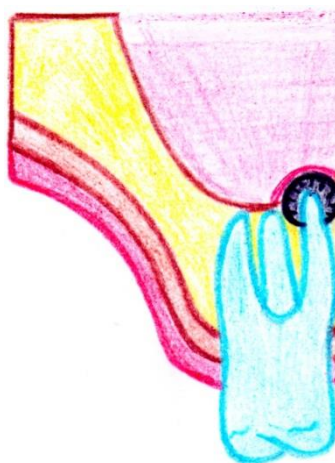


Рис. 1. Состояние до операции.

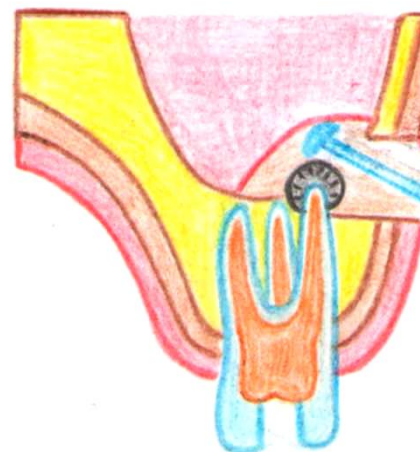


Рис. 2. Поднятие слизистой верхнечелюстной пазухи.



Рис. 3. Проведение цистэктомии.



Рис. 4. Заполнение костного дефекта остеопластичеки м материалом и наложение мембраны.

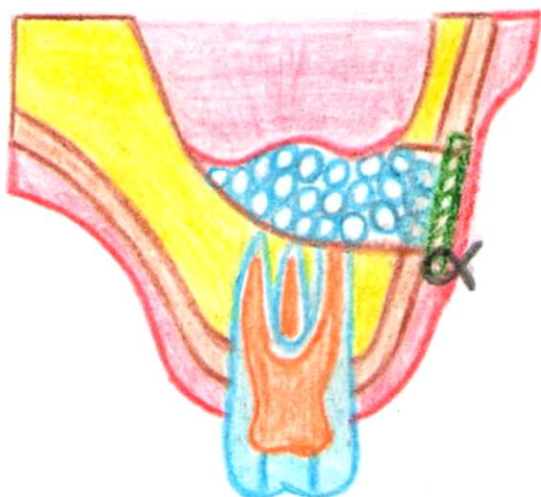


Рис. 5. Герметичное сшивание раны.

Результаты и обсуждение

По данным анамнеза пациенты были направлены терапевтами-стоматологами на хирургическое лечение в связи с наличием периапикального очага деструкции кости в течение 1-го года после первичного эндодонтического лечения зуба (28,6%) и появления боли, отека десны (15,2%) или свища (9,1%). 42,8% пациентов были направлены к хирургу-стоматологу после повторного эндодонтического лечения зуба через 2-10 лет после первичной терапии. 6,1% больных около 10 лет назад было проведено лечение глубокого кариеса, а при рентгенологическом исследовании зубов по поводу обострения развившегося хронического периодонтита был выявлен периапикальный очаг деструкции кости. 6,1% пациентов были направлены по поводу поломки эндодонтического инструмента и невозможности его извлечения. 14,4% больных были направлены на повторную резекцию верхушки

корня зуба через 3-4 года (6,1%) и 8-9 лет (6,1%) после первичного вмешательства.

На момент проведения хирургического лечения три (9,1%) зуба были опорой мостовидного протеза, три (9,1%) зуба были восстановлены искусственными коронками. Все зубы были устойчивы, перкуссия отрицательная. Пальпаторно у 57,1% пациентов определялось безболезненное уплотнение слизистой оболочки, надкостницы в проекции верхушки корня «причинного» зуба. При рентгенологическом исследовании зубов были выявлены очаги деструкции кости от 3 до 12 мм (в наибольшем измерении) с четкими/нечеткими, ровными/неровными границами, инородные тела.

В момент проведения операции после отслаивания слизисто-надкостничного лоскута были выявлены очаговая деструкция кортикальной кости в проекции верхушки корня зуба (27,3%), истончение (3%), узурация (12,1%), дефект кости (9,1%), что свидетельствует об активности гранулематозного воспаления.

В разных исследованиях эффективность резекции верхушки корня зуба варьирует [18,20,21,23]. На исход операции влияют размер периапикального очага, объем резекции верхушки корня, использование остеопластического материала. При этом больший размер очага ассоциируется с меньшей эффективностью лечения,

неполным заживлением костного дефекта [1,2,6,19,24]. Выполнение манипуляций в оптимальных условиях высококвалифицированным специалистом значительно повышает эффективность вмешательства [2,3,5,16]. У всех оперированных пациентов послеоперационный период протекал без особенностей, раны зажили первичным натяжением. Швы были сняты на 7-10-е сутки.

Рентгенологическое исследование показало, что использование остеопластического материала при восполнении костного дефекта и верхнечелюстного синуса способствует восстановлению костной ткани к 6-му месяцу после операции.

При оценке отдаленных результатов операции нами отмечено полное восстановление кости в 87% случаев, неполное восстановление - в 9% случаев. Эффективность лечения составила 91,8%.

Выводы

Близость вершук корней коренных зубов к сопряженным анатомическим образованиям служит показанием к проведению резекции вершук корней у этих зубов с одновременным поднятием слизистой оболочки гайморовой пазухи, что позволяет улучшить хирургический доступ к патологическому очагу.

Предложенные тактика и методики лечения деструктивных форм периодонтита обеспечивают

благоприятные условия для реабилитации пациентов и позволяют избежать дополнительных материальных и моральных затрат как со стороны пациента, так и со стороны врача.

Приведенные доказательства не оставляют сомнений в том, что правильно выполненная методика хирургического подхода при лечении очагов хронической периапикальной инфекции позволяет получить положительный долгосрочный результат.

Литература

1. Аснина С.А., Агапов В.С., Игнатьева Е.В. и др. Сравнительная характеристика использования отечественных биоконпозиционных материалов для заполнения костных дефектов челюстей в амбулаторной практике// Актуальные вопросы стоматологии: Тез. докл. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 10-11.
2. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Н.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология. Современные методы: Руководство для врачей. – 2-е изд., стер. – М., 2004. – 108 с.
3. Безруков В.М., Григорьянц А.Л., Рабухина Л.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология. – М., 2003. – 75 с.
4. Бир Р., Бауман М., Ким С. Эндодонтия: Атлас по стоматологии. – М., МЕДпресс-информ, 2004. – 363 с.
5. Боровский Е.В. Состояние эндодонтии в цифрах и фактах // Клин. стоматол. – 2003. – №1. – С. 38-40.

6. Гречишников В.В. Комплексное лечение хронического деструктивного периодонтита зубов человека: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2001.

7. Дуброва Н.А. Оценка риска и индивидуальное прогнозирование результатов лечения осложненного кариеса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 24 с.

8. Зиккарди В., Беттс Н. Осложнения при увеличении объема кости в области верхнечелюстной пазухи // *Perio iQ*. – 2005. – №1. – С. 93-102.

9. Кабак Ю.С. Распространенность, рентгенологические и морфологические проявления хронического апикального периодонтита и отдаленные результаты его консервативного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2005. – 20 с.

10. Карнаева А.С. Вакуум-терапия при лечении острого и обострения хронического периодонтита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 22 с.

11. Майбородин И.В., Притчина И.А., Гаврилова В.В. и др. Регенерация тканей периодонта после лечения хронического периодонтита с учетом пола и возраста // *Стоматология*. – 2008. – №1. – С. 31-38.

12. Месаф Т. Анализ результатов лечения деструктивных форм периодонтита многокорневых зубов верхней челюсти // *Современные стоматологические технологии: Материалы 7-й науч.-*

практ. конф. – Барнаул, 2005. – С. 279-280.

13. Никитенко В.В., Иорданишвили А.К., Гололобов В.Г. и др. Использование препарата «КоллапАн-Л» в хирургической стоматологии // *Актуальные вопросы стоматологии: Тез. докл. науч.-практ. конф.* – М., 2003. – С. 102-103.

14. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты). – М., 2003. – 560 с.

15. Робустова Т.Г. Пластика слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи для зубной имплантации. Двухэтапная операция синус-лифтинг для зубной имплантации // *Рос. стоматол. журн.* – 2005. – №5. – С. 15-18.

16. Роудз Дж.С. Повторное эндодонтическое лечение: консервативные и хирургические методы/ Пер. с англ. – М., 2009. – 216 с.

17. Рыбаков П.А. Хирургическое лечение больных с периапикальными очагами деструкции челюстей с использованием аллоимплантатов антимикробного действия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 20 с.

18. Семенников В.И., Шишкина О.Е. Экспериментальное обоснование апикальной электрохирургии при деструктивных формах периодонтитов // *Измерение, контроль, информация: Материалы 6-й междунар. науч.-техн. конф.* – Барнаул, 2005. – С. 77-79.

19. Сунцова Т.В., Конев В.П. Пути оптимизации репаративных

процессов в постоперационных дефектах альвеолярного отростка челюстей после цистэктомий на фоне дисплазии соединительной ткани // Стоматология для всех. – 2004. – №3. – С. 31-33.

20. Таиров В.В. Клинический опыт применения остеокондуктивных материалов при лечении деструктивных форм периодонтита // Клин. эндодонтия. – 2007. – Т. 1, №1-2. – С. 64-70.

21. Темерханов Ф.Т., Евстратов О.В., Анастасов А.Н., Мухин А.В. Сравнительная характеристика методов субантральной имплантации // Клин. имплантол. и стоматол. – 2002. – №1-2. – С. 24-26.

22. Шишкова Н.В. Влияние биокомпозиционных материалов на регенерацию костной ткани при заполнении дефектов челюстных костей после удаления радикулярных кист: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 20 с.

23. Christiansen R., Kirkevang L.L., Horsted-Bindslev P., Wenzel A. Randomized clinical trial of root-end resection followed by root-end filling with mineral trioxide aggregate or

smoothing of the orthograde gutta-percha root filling-1-year follow-up // Int. Endod. J. – 2009. – Vol. 42. – P. 105-114.

24. Miquel P., Eva M., Berta G. Relationship of periapical lesion radiologic size, apical resection, and retrograde fillind with the prognosis of periapical surgery // J Oral Maxillofac Surg. – 2007. – Vol. 65. – P. 1526-1529.

РЕЗЮМЕ:

Разработанный и внедренный в клиническую практику метод позволяет улучшить хирургический доступ в виде синус-лифтинга при резекции верхушки корней зубов верхней челюсти. Эффективность предлагаемого метода подтверждена рентгенологическими исследованиями.

SUMMARY:

Developed and introduced into clinical practice method allows to improve the surgical access in the form of a sinus lifting at a resection of top of the roots of the teeth of maxilla. Efficiency of the proposed method is confirmed by the radiological studies.

Стоматология детского возраста

КАВЕРНОЗНАЯ ГЕАНГИОМА КОНЧИКА ЯЗЫКА И ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ У НОВОРОЖДЕННОЙ (клинический случай)

М.И. Азимов, М.М. Жафаров, У.Н. Вохидов, Н.А. Алимов
Ташкентская медицинская академия

Сосудистые новообразования мягких тканей полости рта, лица и

шеи у детей – наиболее распространенные формы