

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Ж.Б. ДАУЛЕТИАРОВА

Балалар стоматологиялық емханасы, Алматы қ.

ОРТОДОНТТЫҚ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ АУЫЗ ҚҰЫСЫ ГИГИЕНАСЫ

Қорытындылай келе, тіс-жақ аномалиялары кезіндегі ортодонттық емдеу алдындағы емделушілерді уақтылы гигиеналық оқыту (тіс щеткесін, тіс пастасын таңдау, тістерді, тісаралық қуыстарды, аппарат бекітілетін тіс бетін тазарту әдістемесіне үйрету) кариестің және пародонт ауруларының пайда болуының алдын-алу әдістерінің бірі болып табылады.

SUMMARY

ZH.B. DAULETIYAROVA

Children's Dental Clinic, Almaty c.

ORAL HYGIENE DURING THE ORTHODONTIC TREATMENT

In conclusion, one should remember that the early hygienic training of patients (the choice of toothbrush and tooth paste, the brushing of teeth, interdental spaces and the tooth surface, where the device will be mounted) before orthodontic treatment of dental anomalies is one of the methods of prevention of caries and periodontal disease.

УДК 616.315-007.254-089.844

Г.Б. ЗАЙТЕНОВА

Алматынський державний інститут удосконалення лікарів

ЗАПОЛНЕНИЕ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Описан способ закрытия и устранения костного дефекта с помощью гемостатического препарата, методика операции, произведенная автором у 20 больных. Результаты хорошие, отмечено рентгенологически образование костной ткани на месте дефекта.

Ключевые слова: дефект, ТахоКомб, репаративный остеогенез.

Материал, который может использоваться для заполнения костных послеоперационных полостей, должен обладать рядом свойств, в частности полностью выполнять костный дефект, для чего ему необходимо быть пластичным, иметь малую антигенную активность, противостоять инфекции и ускорять остеогенез. Появление на рынке новых пластических материалов открывает перспективы в пластической и восстановительной хирургии [1, 2].

Одним из самых распространенных видов оперативных вмешательств в практике хирургической стоматологии являются операции по поводу одонтогенных кист челюстей. По данным литературы, 4-10% стоматологических больных страдают радикальными и фолликулярными кистами челюстных костей. В связи с этим после цистэктомии образуются вторичные костные полости различной формы и величины. Длительно существующие костные полости могут приводить к возникновению патологических переломов челюсти, вызывать функциональные и эстетические нарушения, служить местом задержки пищи, микроорганизмов [3].

Основной задачей ведения таких больных после удаления кист или опухолевых образований челюстных костей является стимуляция процесса регенерации костных структур в этих полостях путем создания оптимальных условий для репаративного остеогенеза.

Имеется большое количество работ, посвященных применению различных материалов для этих целей [4, 5]. Однако все эти способы преследуют цель в основном ликвидировать полость, восстановить целостность и протяженность кости, что и должно привести, по мнению авторов, к выздоровлению. Наблюдение показало, что в большинстве случаев происходят расплавление материалов и секвестрация в гнойной полости.

На наш взгляд, весьма эффективным материалом для заполнения костных дефектов является пластический материал ТахоКомб в комбинации с БОТП. Одно из достоинств: готовность к немедленному применению, сокращается использование медикаментов для анестезиологического пособия, уменьшается исполь-

зование антибактериальных и перевязочных средств. Нет необходимости в перевязках, минимизация болевого синдрома, меньшая частота воспалительных осложнений [6].

В настоящее время основной акцент в познании процессов заживления сместился в сторону использования факторов роста для улучшения заживления ран. Известно, что тромбоциты являются универсальными агентами, иницирующими процессы заживления практически всех ран. Используя данное свойство естественных процессов регенерации и известных, а также еще не идентифицированных факторов роста, содержащихся в тромбоцитах, не являющаяся токсичной или иммунореактивной, аутогенная богатая тромбоцитами плазма ускоряет естественные механизмы заживления ран.

Материал и методы

Использовали ТахоКомб в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой, подготовленной перед операцией для заполнения послеоперационных полостей. Под наблюдением находились 20 больных в возрасте 20-62 лет, которым провели хирургическое лечение костных дефектов различной локализации. У 16 пациентов была киста челюстей и у 4 – опухолевые образования. Из 16 больных у 11 локализовалась в верхней челюсти и у 5 – в нижней. У 5 больных в момент операции радикальная киста находилась в фазе нагноения.

Оперативное лечение одонтогенных кист заключалось в следующем. Под местной анестезией выкраивали соответственно расположению кисты трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, который откидывали. Затем кюретажной ложкой удаляли оболочку кисты, проводили резекцию верхушек корней, выступающих в полость кисты. Каналы зубов предварительно пломбировали. Образовавшуюся костную полость обрабатывали растворами антисептиков, а затем желтой стороной ТахоКомб заполняли предварительно смоченной или прямо в полость поднесенной плазмой. Слизисто-надкостничный лоскут укладывали на место

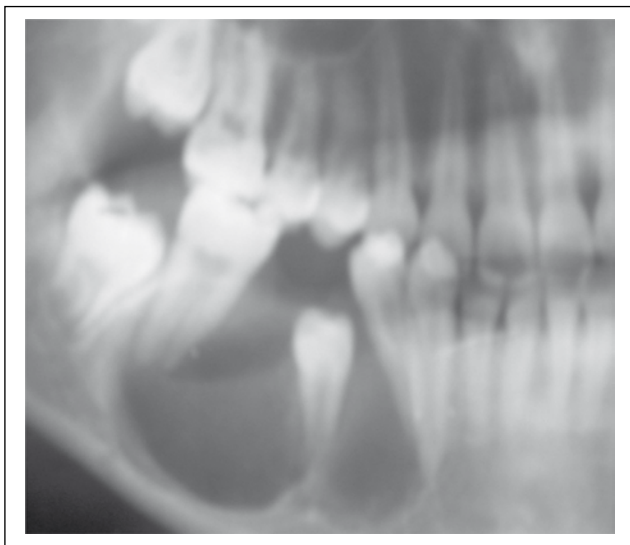


Рисунок 1 – Амелобластома нижней челюсти

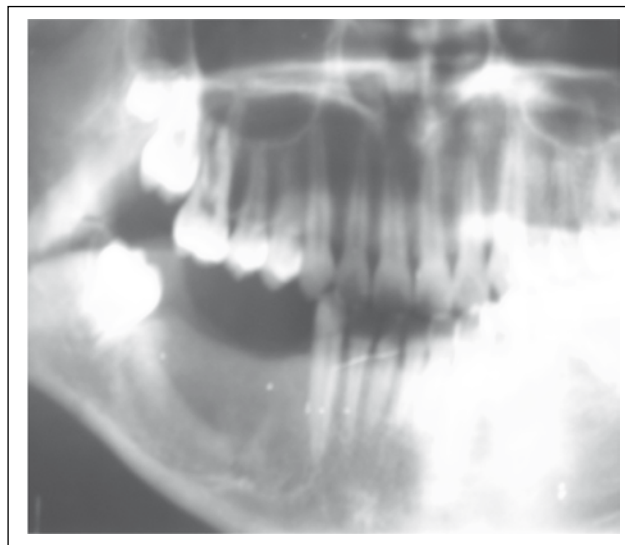


Рисунок 2 – Через 4 месяца после операции

и края его фиксировали викриловыми швами. В послеоперационном периоде наблюдение за больными проводили ежедневно до эпителизации, а затем через месяц и в более отдаленные сроки 1 раз в 2 месяца. Всем больным до операции и в момент контрольного осмотра проводили рентгенологическое исследование. Контрольные обследования осуществляли по возможности на протяжении 1,5-2 лет.

Результаты и обсуждение

В послеоперационном периоде у всех больных жалобы ограничились указаниями на умеренный отек в области операции. У 19 больных заживление произошло первичным натяжением, эпителизация наступила на 7-е сутки. У 1 больного в послеоперационном периоде выявлено расхождение швов вследствие технических погрешностей при выполнении операции – несоответствие размеров кисты размерам выкроенного лоскута, в результате чего линия швов приходилась на проекцию костной полости. После назначения антибактериальной терапии устранено осложнение.

Как показали наши наблюдения за оперированными больными, в течение 2 лет каких-либо осложнений у них не отмечено. Слизистая оболочка полости рта в области операционной раны имела обычную окраску, при пальпации определялся неизменный альвеолярный отросток, и через 5-7 месяцев после операции восстанавливалась костная структура челюсти.

Приводим пример наблюдения.

Больной Д, 35 лет, обратился с жалобами на дискомфорт и ноющую боль в области 4.7 зуба. Клинически и рентгенологически, впоследствии гистологически установлен диагноз: амелобластома нижней челюсти справа в области от 4.4 до 4.7 зубов (рис. 1). После подготовки произведена экскокхлеация амелобластомы.

Затем полость была заполнена пластиной ТахоКомб в комбинации с богатой тромбоцитами плазмой. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На контрольной рентгенограмме через 4 месяца после операции определялась восстановленная костная структура челюсти (рис. 2).

Наши наблюдения позволяют заключить, что ТахоКомб в комбинации с плазмой, богатой тромбоцитами, представляет собой перспективный трансплантационный материал, который может быть рекомендован для замещения послеоперационных костных полостей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Никитин Г.Д. Мышечная пластика костных полостей при лечении хронического остеомиелита: автореф. дисс. ... канд. мед. наук.-Л., 1953
- 2 Гаджиев С.А., Борисов Г.П. //Стоматология. – 1983. – № 1. – С. 31-34
- 3 Nishida H. Et al Utility of TachaComb in cardiovascular surgery. //Surgicfl. Diagnosis and Treatment, 1994. – № 36. – P.1449 – 1459
- 4 Hollaus H. TachaComb in thoracic surgery // J. Cardiovasc. Surgery. 1994. – № 35. – P. 169-170
- 5 Назыров Ф.Г., Акилов Ф.В., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х. Использование абсорбирующего раневого покрытия ТахоКомб при травме паренхиматозных органов брюшной полости // ТахоКомб – опыт клинического применения. – Алматы, 2002. – С. 41-42
- 6 Anitua E. Plasma rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of future sites for implants. Int J Oral Maxillofac Implants 1999; 14: 529-535

Т Ъ Ж Ы Р Ы М

Г.Б. ЗАЙТЕНОВА

Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты

ЖАҚ-БЕТ ХИРУРГИЯДА СҮЙЕК ҚҰЫСТАРЫН ТОЛТЫРУ

Жақ сүйектерінің ісікті аурулар мен кисталарды алып тастағаннан кейін репаративті остеогенезге қолайлы шарттар жолын құрастыру сүйек құрылымның регенерация процесінің стимуляциясы болып саналады. Тахокомб плазмамен тромбоцитке бай перспективті трансплантационды жабдық болып, операциядан кейін сүйек қуыстарын толтыруға тағайындап кеңес берілген.

SUMMARY

G.B. ZAYTENOVA

Almaty State Extension Course Institute for Medical Practitioners

FILLING OF BONE CAVITIES IN MAXILLO-FACIAL SURGERY

The authors have an experience using TachaComb for filling secondary osseous cavities after surgical treatment of odontogenic jaw cysts. The data suggest that this graft material have the necessary qualities (solidity, easy shaping, content of factors promoting shaping and restitution processes) and can be recommended for use as a promising material.