

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 615.849.19.03:616.314-006.2

Тукунов Е.С.¹, Семенникова Н.В.², Семенников В.И.²**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**¹Кафедра хирургической стоматологии, стоматологической имплантации и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, 630091, г. Новосибирск;²Алтайский медицинский институт постдипломного образования, 656038, г. Барнаул, РФ

Совершенствование и поиск более совершенных материалов и минимально инвазивных способов лечения одонтогенных кист остается одним из актуальных направлений современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Цель работы — улучшение результатов лечения пациентов с одонтогенными кистами с использованием предложенного способа лазерной цистэктомии (патент на изобретение РФ № 2600191, 2016 г.). Результаты лечения позволили установить, что предложенная методика лечения одонтогенных кист обеих челюстей повышает эффективность результатов за счёт исключения возможности удаления «причинных» зубов (в группе сравнения удаление в 100%), устранения операции резекции верхушки корня, разрезов ткани, их отслаивания, наложения швов, избежать проведения ороназальной цистэктомии и повреждения сосудисто-нервного пучка нижнечелюстного канала, обеспечить безопасность её проведения в амбулаторных условиях без необходимости госпитализации пациентов, сократить сроки нетрудоспособности с $7,5 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,5$ сут в сравнении с традиционной методикой цистэктомии.

Ключевые слова: одонтогенная киста; лазерная цистэктомия; фотодинамическая терапия; рентгенография; денситометрия.

Для цитирования: Тукунов Е.С., Семенникова Н.В., Семенников В.И. Совершенствование методики лечения одонтогенных кист с использованием лазерных технологий. Российский стоматологический журнал. 2017; 21(6): 325-329. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2017-21-6-325-329>

Tukenov E.S.¹, Semennikova N.V.², Semennikov V.I.²**IMPROVEMENT OF ODONTOGENIC CYSTS TREATMENT USING LASER TECHNOLOGY**¹Department of surgical dentistry, implantology and maxillofacial surgery Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk;²Altai Medical Institute for postgraduate education, Barnaul, Russia

Improvement and search for better materials and minimally invasive ways to treat Odontogenic cysts remains one of the most actual directions of modern Stomatology and maxillofacial surgery. The aim of this work is to improve the treatment results of patients with odontogenous cysts using the proposed method of laser cystectomy (patent for invention № 2600191, 2016). Analysis of the treatment results revealed that the application of the proposed method in the treatment of odontogenous cysts of the jaws of both increases the efficiency of treatment results by excluding the possibility of removing the «causal» teeth (in the comparison group delete in 100%), the removal of root apex resection surgery, cuts fabric their peeling, suturing, avoid oronazal cystectomy and damage of the neurovascular bundle the mandibular canal, ensuring the safety of its spending on an outpatient basis without the need for hospitalization patients, shorten rehabilitation with 7.5 ± 0.5 days before 1.5 ± 0.5 days, compared to the traditional technique of cystectomy.

Key words: odontogenous cyst; cystectomy laser; photodynamic therapy; radiography; densitometry.

For citation: Tukenov E.S., Semennikova N.V., Semennikov V.I. Improvement of odontogenic cysts treatment using laser technology. Rossiyskii stomatologicheskii zhurnal. 2017; 21(6): 325-329. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2802-2017-21-6-325-329>

For correspondence: Semennikov Vladimir Ivanovich, Dr Med. Sci., prof., E-mail: vsem32@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 20.10.17

Accepted 26.11.17

Среди всех внутрикостных полостных образований челюстных костей одонтогенные кисты (воспалительные и дизэмбриогенетические) диагностируют в 80—95% случаев [1—5]. Длительное бессимптомное течение болезни опасно значительной потерей объёма костной ткани челюстей при их поздней диагностике, что способствует преждевременной экстракции зубов, расположенных в области кист, и сниже-

нию жевательной функции, изменению формы челюсти, развитию спонтанного перелома нижней челюсти [1, 6, 7]. Нагноение радикулярных кист приводит к развитию различных по распространению и тяжести воспалительных процессов — абсцессам и флегмонам челюстно-лицевой области и шеи, воспалению придаточных пазух носа, остеомиелиту челюстей, что в свою очередь может способствовать резкому ухудшению состояния, представлять угрозу для жизни пациента.

Базовые методы хирургического лечения кист че-

Для корреспонденции: Семенников Владимир Иванович, д-р мед. наук, проф., E-mail: vsem32@mail.ru

люстей — цистотомия и цистэктомия, предложенные Partsch ещё в 1882 г., широко используются и в настоящее время в виде различных модификаций. Большое количество способов и средств лечения этой патологии [2, 8, 9] с одной стороны свидетельствует о значительном развитии данного направления, а с другой стороны — о неудовлетворённости результатами, полученными при использовании разработанных методик. Поэтому дальнейшее развитие и поиск более совершенных материалов и минимально инвазивных способов лечения и профилактики одонтогенных кист остается одним из актуальных направлений современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Цель исследования - улучшение результатов лечения пациентов с одонтогенными кистами с использованием предложенного способа лазерной цистэктомии.

Материал и методы

Обследование и лечение пациентов выполняли на базе кафедры хирургической стоматологии, стоматологической имплантации и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России в стоматологической клинике «Авторская стоматология профессора Семенникова». Полученные данные фиксировались в амбулаторной карте стоматологического больного (УФ № 43).

В ходе клинического исследования выясняли жалобы, проводили сбор анамнестических данных, осмотр, пальпацию, перкуссию, определение подвижности зуба, использовали инструментальное, рентгенологическое исследование, визиографию, контактную лазерную термометрию, биохимическое исследование ротовой жидкости.

Из рентгенографических методов использовали МСКТ, КЛКТ, ОПТГ, прицельную рентгено- и визиографию. Исследования проводили до и через 12 и 24 мес после оперативного вмешательства, конусно-лучевую компьютерную томографию до и через 6—12 мес после лечения.

Исследование динамики показателей уровня фактора некроза опухоли (ФНО- α , пг/мл), лактоферрина, количества фактора роста фибробластов- β — оФРФ- β (нг/мл), свидетельствовало об активности воспаления и процессов репарации тканей пародонта. Их определение в ротовой жидкости выполняли с использованием иммуноферментного анализатора Multiscan фирмы LabSystem (Финляндия) и диагностических наборов фирмы Peninsula Laboratories Inc. (США) до и на 7-е и 30-е сутки после операции.

Клиническая и лабораторная часть исследования включала углублённое обследование и лечение 78 пациентов (табл. 1) с радикулярными кистами обеих челюстей, анализ их историй болезни, клинито-рентгенологическую, биохимическую и лазерную термометрическую оценку процессов, протекающих во время лечения и в ближайшие и отдалённые сроки после оперативного вмешательства.

Установлены критерии включения пациентов в исследование: подписание добровольного информированного согласия на применение в их

Таблица 1. Состав пациентов исследуемых групп

Возраст, годы	Абсолютный показатель		Удельный вес, %		Всего...	
	М	Ж	М	Ж	Абс.	Отн. %
25—35	7	7	19,44	16,67	14	18
36—45	9	12	25	21,43	21	27
46—55	16	17	44,44	40,47	33	42,3
Старше 55	4	6	11,11	14,28	10	12,7
Итого...	36	42	100	100	78	100

лечении разработанной авторами методики лазерной цистэктомии, верифицированный диагноз радикулярных кист не более 2 см в наибольшем измерении в области верхней и нижней челюстей, свободное владение устным и письменным русским языком. Критерии исключения: кисты более 2 см в наибольшем измерении, соматических заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, острый инфаркт миокарда и нарушение мозгового кровообращения, возникшие менее чем за 6 мес до начала исследования, злокачественные заболевания, лекарственная и наркотическая зависимость, отказ подписать добровольное информированное согласие.

Основную группу, в которой проводилось лечение разработанными нами способами цистэктомии с использованием лазерных технологий, составили 43 пациента 25—65 лет. В контрольную группу, где пациентам проводилось стандартное лечение с использованием цистотомии, цистэктомии, ороназальной цистэктомии, вошли 35 человек в возрасте 25—65 лет.

Для установления показателей температурной нормы на поверхности альвеолярных отростков и альвеолярной части верхней и нижней челюстей выполнена лазерная термометрия. С целью контроля безопасности лазерной цистэктомии нами использован следующий способ лазерной термометрии: аппарат «КЕЛЬВИН» — лазерный луч направлялся и удерживался на поверхности десны и фиксировался на экране с последующей записью в протоколе исследований. Затем проводилось лазерное воздействие на оболочку кисты в постоянном режиме 970 нм, 3,0 Вт, 2 сек. $\times$ 3 раза с интервалом в 1 сек. При этом периодически регистрировали изменения температуры на поверхности десны указанной области. Область фиксации пятна окраски на десне соответствовала месту расположения кисты.

Таблица 2. Динамика редукции дефекта костной ткани в основной группе

Оценка редукции в баллах	6 мес	12 мес	24 мес
0	0	0	0
1	0	0	0
3	10 (23,26%) чел	0	0
4	26 (60,47 %) чел.	5 (11,63%) чел.	3 (6,98%) чел.
5	7 (16,28 %) чел.	37 (94,6%) чел.	40 (93,02%) чел.

Таблица 3. Показатели денситометрического исследования Е.Д. Хаунсфилда ($M \pm m$)

Группа	Перед операцией	Через 6 мес	Через 12 мес	Через 24 мес
Основная ($n = 43$)	$67,72 \pm 3,70$	$397,78 \pm 3,57^*$	$743,76 \pm 3,73^*$	$745,77 \pm 3,71^*$
Контрольная ($n = 35$)	$68,44 \pm 3,77$	—	—	$88,54 \pm 3,30^*$

Примечание. t — критерий Вилкоксона, $^*p < 0,05$; критерий Манна—Уитни, $^*p < 0,001$.

Таблица 4. Показатели ротовой жидкости пациентов до и после цистэктомии ($M \pm m$) с использованием лазерных технологий

Показатели	Норма ($n = 25$)	Основная группа ($n = 43$)		
		до операции	после операции, сут	
			7-е	30-е
ФНО- α (нг/мл)	$8,09 \pm 2,42$	$18,75 \pm 1,44^*$	$25,57 \pm 1,12^*$	$7,12 \pm 1,05^{**}$
Лактоферрин (нг/мл)	$7,99 \pm 0,30$	$17,93 \pm 1,40^*$	$13,76 \pm 1,45^{***}$	$8,00 \pm 1,12^{***}$
оФРФ- β (нг/мл)	$1,27 \pm 0,36$	$0,41 \pm 0,10^*$	$0,97 \pm 0,10^{**}$	$1,24 \pm 0,05^{***}$

Примечание. Статистическая значимость различий при $^*p < 0,05$; $^*p < 0,001$ в сравнении с нормой $^*p < 0,05$; $^{**}p < 0,001$ в сравнении с исходными показателями.

Эффективность лечения оценивали по суррогатной конечной точке (через 6—12—24 мес после окончания лечения) по клиническим критериям.

Статистическая обработка. Полученные цифровые показатели обработаны методами математической статистики на персональном компьютере на базе процессора AMD Athlon и пакета прикладных программ Excel 2007 для ОС WindowsXP, использование критериев — t -критерий Вилкоксона, $^*p < 0,05$; критерий Манна—Уитни, при $p \leq 0,05$.

Оригинальная методика лечения одонтогенных кист размером до 2 см, отличается тем, что удаление оболочки кисты выполняют путём удаления содержимого кисты (кистозной жидкости) с помощью вакуум-аспиратора через предварительно выполненные в стенке кисты перфорационные отверстия диаметром 1,1—2 мм в одном-двух местах, коагуляции оболочки кисты диодным лазером через указанные отверстия (рис. 1 на вклейке). Затем после высушивания аспиратором области верхушек корней зубов, выступающих в полость кисты, и постоянного герметичного пломбирования каналов этих зубов осуществляют введение в полость кисты 2—4 мл фотосенсибилизатора на 3—5 мин, проводят дополнительное высушивание и облучение диодным лазером мощностью 0,5 Вт, 640—650 нм в течение 20—30 сек через одно или оба перфорационных отверстия с последующим введением через эти отверстия в костную полость «Коллап-Ан»-геля с метрогилом и аппликацией мастью «Левомеколь» на область отверстий. Патент на изобретение № 2600191 «Способ лечения радикулярных кист» (опубликовано 20.10.16 г., бюлл. № 29).

Применению разработанной методики в клинике предшествовало экспериментальное исследование на биоманекенах и оболочках кист, удалённых при цистэктомии. Установлено, что воздействие диодного лазера 970 нм, мощностью 3 Вт (постоянный режим) и 2 Вт (импульсный режим) 1—2 сек $\times$ 3 раза не приводит к деструктивным изменениям в тканях, окружающим оболочку кисты. Объём коагуляционного некроза не выходил за пределы кистозной оболочки (средняя наибольшая глубина $996,2 \pm 2,1$ мкм).

Повышение температуры на биомоделях в исследуемых участках составило $11,13 \pm 0,13^\circ\text{C}$, данное изменение температуры было краткосрочным и составило $4,27 \pm 0,1$ сек. Результаты, полученные в ходе экспериментального исследования, свидетельствовали о том, что при лазерном воздействии на оболочки кисты диодным лазером, не происходит значительного перегрева окружающих тканей. Таким образом, установленные режимы лазерного воздействия в эксперименте позволяют применить их в клинических условиях. Для установления показателей температурной нормы на поверхности альвеолярных областей челюстей выполнена лазерная термометрия у 43 пациентов основной группы в местах симметричных расположению одонтогенных кист на верхней и нижней челюстях. При помощи лазерной термометрии установлены температурные показатели на поверхности слизистой переходной складки в проекции верхушек корней зубов в норме — область отсутствия патологических очагов. Во

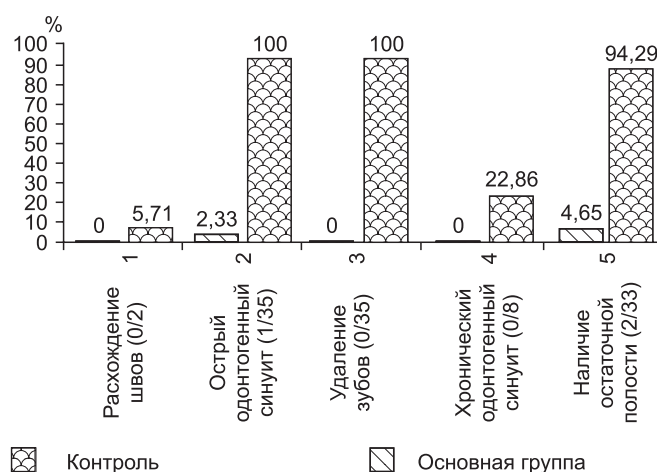


Рис. 4. Соотношение неблагоприятных исходов в основной и контрольной группах.

В скобках первая цифра соответствует числу пациентов в основной группе ($n = 4$), а вторая — контрольной ($n = 35$).

фронтальном отделе верхней челюсти температура составила $35,4 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$; в боковом отделе верхней челюсти — $35,53 \pm 0,13^{\circ}\text{C}$. Для контроля безопасности использован способ лазерной термометрии, когда лазерный луч направлялся и удерживался на поверхности десны, и фиксировался на экране с последующей записью в протоколе исследований. Затем проводилась коагуляция оболочки кисты диодным лазерным воздействием в постоянном режиме 970 нм, 3 Вт и импульсном режиме 2,0 Вт — 2 сек $\times$ 3 раза и интервалом в 1 сек. При этом периодически через 1 сек регистрировали изменения температуры на поверхности десны указанной области. Область фиксации пятна окраски на десне соответствовала месту расположения кисты. По указанной методике была измерена температура у всех 43 пациентов основной группы.

Результаты и обсуждение

Установлено, что при проведении лазерной цистэктомии на поверхности десны возникает кратковременное ($3,7 \pm 0,1$ сек) повышение температуры на ($8,7 \pm 2,1$) $^{\circ}\text{C}$. Максимальное повышение температуры на слизистой оболочке переходной складки, а, следовательно, и верхнечелюстной пазухи во время проведения лазерной цистэктомии находилось в пределах $42,73 \pm 0,16^{\circ}\text{C}$ в течение $3,7 \pm 0,1$ сек. Результаты изучения динамики уменьшения дефекта кости в области удалённой кисты представлены в табл. 2.

Установлено, что при сравнении показателей репродукции (табл. 2) дефекта в различные сроки (6, 12 и 24 мес) в основной группе во всех случаях наблюдали восстановление структуры костного дефекта, а полное восстановление — 93,02%. Данные конусно-лучевой компьютерной томографии также свидетельствуют о полном восстановлении структуры кости в области удалённой кисты (рис. 2, а—в на вклейке) в то время, как в контрольной группе данный показатель оставался на прежнем уровне (рис. 3, а—в на вклейке).

Результаты денситометрического исследования. Для установления показателей оптической плотности репаративного регенерата костной ткани у 43 пациентов основной группы проведено денситометрическое исследование до операции и в сроки 6, 12 и 24 мес (табл. 3). В контрольной ($n = 35$) удалось провести денситометрию до и после операции через 24 мес.

В группе с применением лазерных технологий в соответствующие сроки между исследуемыми показателями установлены статистически значимые отличия в динамике восстановления оптической плотности костного дефекта в области удалённой кисты ($*p < 0,05$), наблюдаемые через 6 и 12 мес. Через 24 мес отмечали стабилизацию показателей, и статистически значимые отличия в эти сроки закономерно не выявляются. При сравнении исследуемых показателей в основной и контрольной группах определяется существенная разница с практически полным отсутствием восстановления кости при проведении ороназальной цистэктомии. Объединение полости кисты и верхнечелюстной пазухи при этой технологии не спо-

собствует репарации тканей в этой области (критерий Манна—Уитни, $*p < 0,001$).

Результаты исследования фактора некроза опухоли (ФНО- α , пг/мл), лактоферрина, количество фактора роста фибробластов- β — оФРФ- β (нг/мл) свидетельствовали о нормализации всех показателей на 30-е сутки после операции (табл. 4).

На рис. 4 представлены сравнительные данные клинического применения разработанной и традиционной методик. Анализ ближайших результатов лечения позволил установить, что предложенная методика цистэктомии в лечении одонтогенных кист обеих челюстей повышает эффективность лечения за счёт исключения возможности удаления «причинных» зубов (в группе сравнения удаление в 100%), устранения операции резекции верхушки корня, разрезов ткани их отслаивания, наложения швов, возможности избежать ороназальной цистэктомии и повреждения сосудисто-нервного пучка нижнечелюстного канала, обеспечив безопасность её проведения в амбулаторных условиях без необходимости госпитализации пациентов, сократить сроки нетрудоспособности с $7,5 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,5$ сут в сравнении с традиционной методикой цистэктомии. В отдаленные сроки не развивались хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит и формирование свища в области удаления кист (в группе сравнения — 20%), у всех пациентов кость восстанавливалась в срок до 12 мес, из них в 95% отмечали полную репарацию в области кистозного дефекта. В группе сравнения восстановление в области кистозного дефекта на верхней челюсти отсутствовала у всех пациентов с ороназальной цистэктомией.

Заключение

Предложенный нами способ улучшает результаты лечения одонтогенных кист верхней и нижней челюстей с использованием безопасного режима лазерного воздействия с длиной волны 970—980 нм, мощностью 2,0 Вт в импульсном режиме и 3,0 Вт в постоянном режиме и свидетельствует об отсутствии повреждения подлежащих тканей лазерным воздействием. Разработанная технология может быть рекомендована для использования в практической стоматологии. Следует отметить, что методика не может использоваться при индивидуальной непереносимости компонентов фотосенсибилизатора — необходим подбор других веществ, подвижности зубов 3 степени и резорбции костной ткани альвеолы более, чем на 1/2 её объёма; пациентам с декомпенсированными формами соматических заболеваний в условиях поликлиники.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аснин Б.Я., Дробышев А.Ю., Аснина С.А. Особенности хирургического лечения кистозных образований нижней челюсти больших размеров. *Стоматология для всех*. 2016; 1: 22—3.

2. Семеникова Н.В., Шашков Ю.В., Семенников В.И. Клинико-лабораторная оценка эффективности лазерной цистэктомии одонтогенных кист, прорастающих дно верхнечелюстной пазухи. *Российский стоматологический журнал*. 2014; 2: 19—21.
3. Семеникова Н.В., Туkenov E.C., Семенников В.И. и др. Клинико-лабораторные тесты эффективности криоцистэктомии одонтогенных кист, проросших дно верхнечелюстной пазухи. *Российский стоматологический журнал*. 2017; 21(3): 144—7.
4. Тарасенко С.В., Морозова Е.А., Тарасенко И.В. Применение эрбиевого лазера для хирургического лечения корневых кист челюстей. *Российский стоматологический журнал*. 2017; 21(2): 93—6.
5. Щипский А.В., Годунова И.В. Причины рецидивов кистозных образований челюстей. *Стоматология*. 2016; 95(2): 84—8.
6. Щипский А.В., Шинкевич Д.С., Годунова И.В. Преимущества небной цистотомии, востребованные при лечении кистозного образования у пациента с ингибиторной формой гемофилии. *Эндодонтия Today*. 2016; 1: 63—8.
7. Kayipmaz S., Sezgin O.S., Saricajglu S.T., Bas O. The estimation of the volume of sheep mandibular defects using cone-beam computed tomography images and stereological method. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2011; 40: 165—9.
8. Cakaker S., Selfi F., Isler S.C., Keskin C. Decompression, enucleation, and implant placement in the management of a large dentigerous cyst. *Craniofac. Surg.* 2011; 22: 922—34.
9. Lee E.Y., Kim R.W. A long-term follow-up of enucleation of dentigerous cyst in the maxilla. *Korean Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* 2011; 33(1): 77—82.

REFERENCES

1. Asnin B.J., Drobichsev A.Y., Semnikova N.V., Asnin S.A. Features of surgical treatment of cystic formations of the lower jaw larger sizes. *Stomatologiya dlya vsekh*. 2016; 1: 22—3. (in Russian)
2. Shashkov Yu.V., Semennikov V.I. Clinical and laboratory evaluation of efficiency of laser cystectomy odontogenic cysts, germinating in the maxillary sinus floor. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2014; 2: 19—21. (in Russian)
3. Semnikova N.V., Tukenov E.S., Semennikov V.I. et al. Clinical and laboratory tests of the effectiveness of kriosistemy of odontogenic cysts, germinating in the maxillary sinus floor. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2017; 21(3): 144—7. (in Russian)
4. Tarasenko S.V., Morozova E.A., Tarasenko I.V. The use of erbium laser for surgical treatment of root cysts of the jaws. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2017; 21(2): 93—6. (in Russian)
5. Shchipskiy A.V., Godunova I.V. The causes of recurrence of cystic formations jaws. *Stomatologiya*. 2016; 95(2): 84—8. (in Russian)
6. Shchipskiy A.V., Shinkevich D.S., Godunova I.V. The advantages of palatal cystotomy demanded in the treatment of cystic masses in a patient with inhibitory form of hemophilia. *Endodontiya Today*. 2016; 1: 63—8. (in Russian)
7. Kayipmaz S., Sezgin O.S., Saricajglu S.T., Bas O. The estimation of the volume of sheep mandibular defects using cone-beam computed tomography images and stereological method. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2011; 40: 165—9.
8. Cakaker S., Selfi F., Isler S.C., Keskin C. Decompression, enucleation, and implant placement in the management of a large dentigerous cyst. *Craniofac. Surg.* 2011; 22: 922—34.
9. Lee E.Y., Kim R.W. A long-term follow-up of enucleation of dentigerous cyst in the maxilla. *Korean Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* 2011; 33(1): 77—82.

Поступила 20.10.17

Принята в печать 26.11.17

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.314.2-007.2:613.863

Митин Н.Е., Тихонов В.Э., Гришин М.И.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАВИСИМОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ОТ РАЗЛИЧНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА И ПОЛОЖЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 390026, г. Рязань, Россия

Эстетические проблемы, связанные с дефектами внешности, и ношение ортодонтических конструкций при аномалии прикуса отрицательно воздействуют на психику пациента во всех возрастных группах. Аномалии прикуса нарушают эстетический вид больного, вызывая функциональные расстройства и патологические изменения. Проблема профилактики и лечения зубочелюстных аномалий имеет не только медицинское, но и социальное значение. Многие пациенты понимают необходимость своевременного обращения к стоматологу. Красивые и ровные зубы стали частью жизни современного человека, его благополучия, здоровья и социального статуса. Любые патологические отклонения всегда влияют на психику. Пациенты с патологией зубочелюстной системы страдают от изменения внешнего вида, нарушения фонетики, функции жевания, которые создают трудности в общении. Психическое и эмоциональное состояние играет большую роль в жизни человека, сказывается на прогнозах успеха и развития лечения. Немаловажную роль в лечении играют врач-стоматолог, его настроение воздействует на человека, и он делает вывод уже на основе внушения или самовнушения. Поведение врача может изменить всю картину болезни и положительно повлиять на пациента. Поэтому врач должен хорошо изучить индивидуальные особенности больного и настроить его на правильное понимание болезни, чтобы это дало результат.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние; эстетика; аномалии положения зубов; прикус.

Для корреспонденции: Гришин Максим Игоревич, интерн РязГМУ им. И.П. Павлова, стоматолог общей практики, E-mail: rznbooks@mail.ru

К ст. Туконова Е.С. и соавт.

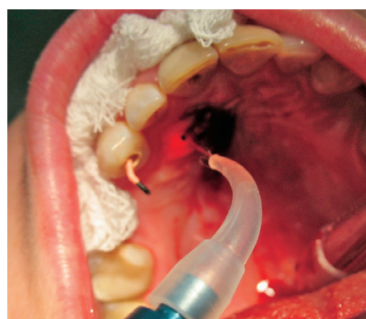


Рис. 1. Клинический пример операции трансперфорационной лазерной цистэктомии.

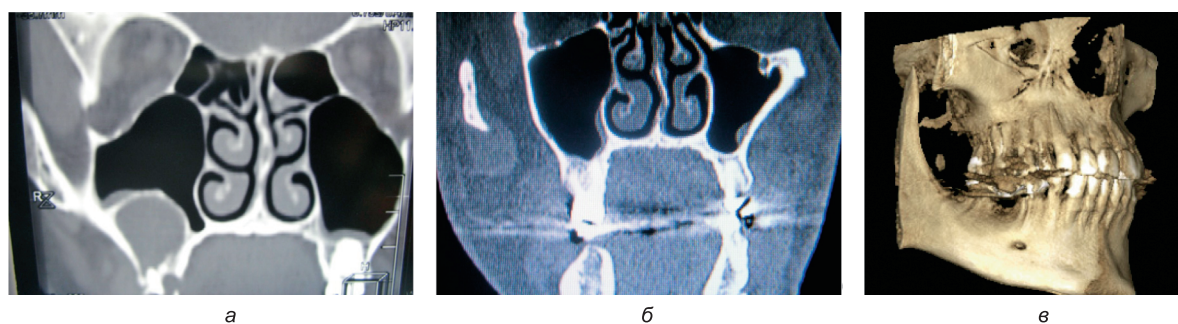


Рис. 2. Реформат КЛКТ костей лица в коронарной проекции, D-3 реформат пациентки В., 49 лет. *а* — до, *б* — через 24 мес после проведения трансперфорационной лазерной цистэктомии, *в* — D-3 реформат через 24 мес.

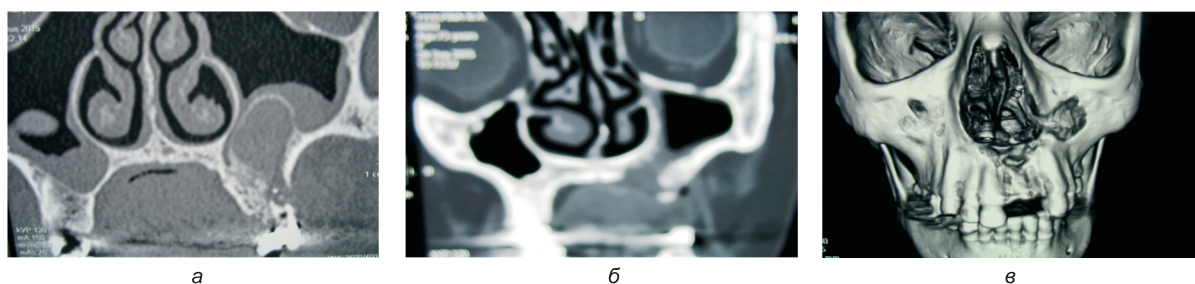


Рис. 3. Реформат МСКТ костей лица в коронарной проекции, D-3 реформат пациентки К., 45 лет. *а* — до, *б* — через 24 месяца после проведения ороназальной цистэктомии, *в* — D-3 реформат через 24 мес.

К ст. Семенниковой Н.В. и соавт.



Рис. 1. Методика коагуляции оболочки кисты диодным лазером через свищевой ход.

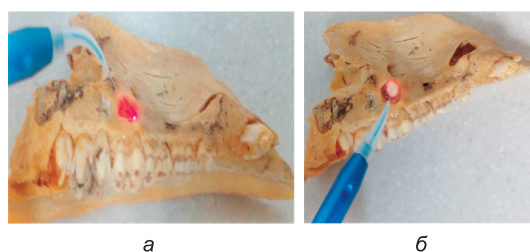


Рис. 2. Экспериментальное исследование с использованием белка яйца и оболочек кисты в постоянном и импульсном режимах.



Рис. 3. Методика проведения лазерной термометрии.

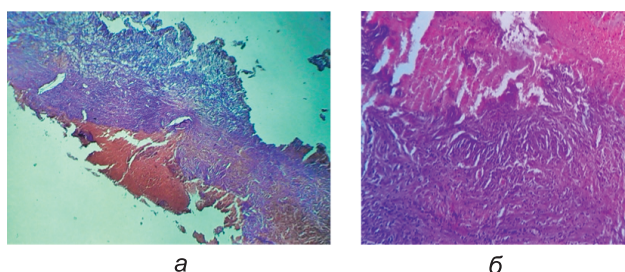


Рис. 4. Стенка кисты после лазерного воздействия, термическое повреждение на всю толщ.

а — общий план. Ув. 40 (лупа). Сверху — внутренняя поверхность со скоплением преимущественно ксантомных клеток, снизу — сгусток крови; *б* — зона коагуляционного некроза, выраженная инфильтрация оболочки кисты макрофагами и лейкоцитами. Здесь и на рис. 5, 6: окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.