

Застосування хірургічних методів лікування у дітей за ортодонтичними показаннями

Using of the Surgical Methods of Treatment in Children for Orthodontic Indications

Гутор Н.С., к.мед.н., доц.
каф. хірургічної стоматології,
Державний вищий навчальний
заклад «Тернопільський державний
медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського Міністерства
охорони здоров'я України»
Hutor N.S., PhD, Ass. Prof.
Department of Surgical Dentistry,
State Higher Educational Institution
I.Ya. Horbachevskiy Ternopil State
Medical University Ministry of Health
of Ukraine

Адреса для кореспонденції:
Гутор Наталія Степанівна
e-mail: gutor@mail.ru

Мета: Вивчити поширеність аномалій вуздечки верхньої губи і надкомплектного зуба у дітей залежно від регіону, та стан хірургічної підготовки порожнини рота до ортодонтичного лікування. **Методи:** Обстежили 42 дітей 6–13 років, із них 14 осіб з м. Тернополя та 28 – із м. Чорткова. Пацієнтів розділили на чотири групи, виконали клінічні, лабораторні та рентгенологічні дослідження. Хірургічні методи лікування проводили згідно з розробленими схемами із використанням Флупетсалу. **Результати:** Виявили більшу поширеність патології зубощелепної системи у дітей м. Чорткова, що, можливо, пов'язане з відсутністю профілактичних оглядів, консультацій кваліфікованих лікарів – ортодонтів і хірургів. Застосування лікарського препарату Флупетсаль після хірургічного втручання сприяло зменшенню запальних явищ слизової оболонки у ділянці післяопераційної рани, запобігало інфікуванню та збереженню шовного матеріалу, профілактиці місцевих післяопераційних ускладнень. **Висновки:** Більша поширеність діагностованих аномалій у дітей м. Чорткова засвідчує можливий вплив радіаційно-екологічного фактору. Клінічна картина післяопераційного періоду під час лікування показує, що симптоми більш виражені, зокрема через складність хірургічного втручання та вплив радіаційно-екологічного фактору.

Ключові слова: аномалія вуздечки верхньої губи, надкомплектний зуб, пластика, атипове видалення зуба, лікарська форма Флупетсаль.

Purpose: To study the prevalence of anomalies of the upper lip frenulum and supplementary tooth depending on the region location, condition of the surgical preparation of the mouth to orthodontic treatment. **Methods:** There were 42 children under our observation, aged 6 to 13 years, residents of Ternopil and Chortkiv. Of these children from Ternopil was 14, from Chortkiv – 28 people. Patients were divided into four groups. Clinical, laboratory and radiological methods were conducted. Surgical treatment was performed according to the developed schemes used by pharmaceutical composition Flupetsal by developed technique. **Results:** More dental-jaw prevalence of pathology was founded in children from the town Chortkiv, which may due to the lack of preventive examinations, consultations, doctors qualified orthodontists and dentists surgeons. Using of the medicine Flupetsal after surgery helped to reduce the inflammation of the mucous membrane in the area of post-operative wound, infection prevented and preservation of suture material, local prevention of postoperative complications. **Conclusions:** More dental-jaw prevalence of diagnosed pathology in children of town Chortkiv indicate eventual influence of radiation-ecological agent. Clinical features of postoperative period during treatment suggests that patients from the town Chortkiv symptoms were more pronounced, due to the complexity of surgery and eventual radiation effects and environmental factors.

Key words: anomaly frenulum of the upper lip, supernumerary teeth, plastic, atypical tooth extraction, medical form of Flupetsal.

Вступ

У кожного другого пацієнта спостерігається порушення розташування зубів у зубному ряду або порушення прикусу, зокрема понад третина випадків вимагає спеціалізованої ортодонтичної допомоги. З кожним роком патології прикусу частішають, зокрема від усієї ортодонтичної патології вроджена аномалія зубощелепного апарату – надкомплектний зуб – становить 0,1–7% [1]. Учені підтверджують тенденцію до зростання частоти аномалій зубощелепної системи, зумовлених наявністю надкомплектного зуба у дітей та підлітків [2]. Доведено, що 60,4% становлять аномалії зубних рядів у поєднанні з аномальним прикріпленням вуздечок губ у дітей [3]. У клінічній практиці ортодонт виявляє та діагностує аномалії прикріплення вуздечок губ, зокрема вуздечки верхньої губи, що є одним із факторів розвитку рецесії ясен, діастеми, відкладення зубного нальоту та потребує корекції. Проте наведені авторами дані показують, що при обстеженні дітей, встановленні діагнозу та складанні плану лікування слід брати до уваги об'єктивні причини, зокрема специфіку клімато-географічних та екологічних особливостей м. Чорткова, яке належить до зони посиленого радіаційного екологічного контролю (природний радіаційний фон 19 мкР/год) [4–6]; доступність стоматологічної допомоги.

Матеріал і методи

За 2011–2013 рр. під спостереженням перебували 42 дітей 6–13 років, жителів міст Тернополя та Чорткова, 14 та 28 осіб відповідно. Пацієнтів розділили на чотири групи, перша і друга групи дітей 6–9 років – з короткою вуздечкою верхньої губи. До першої

(основної) групи увійшли 10 дітей з м. Тернополя, до другої (порівняння) – 18 дітей з м. Чорткова, третя і четверта групи дітей 10–13 років – із надкомплектним зубом на верхній щелепі. До третьої групи (основна) увійшли 4 дітей з м. Тернополя, до четвертої групи (порівняння) – 10 дітей з м. Чорткова. Усі групи співмірні за віком та статтю.

Під час обстеження пацієнтів проводили клінічне, лабораторне та рентгенологічне дослідження, зокрема, клінічне та хірургічне лікування – у стоматологічному кабінеті. Для подовження короткої вуздечки верхньої губи використали методику Диффенбаха [7, 8]. Надкомплектний зуб (центральный або латеральный різець на верхній щелепі) видаляли атипичним методом із викриванням слизово-окісного клаптя [9, 10]. Рентгенологічну діагностику (ортопантомографію) [11] проводили у стоматологічній клініці «Дента ВІ» (м. Тернопіль), а лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, малу коагулограму) – за місцем проживання хворих. Огляд та лікування пацієнтів відбувалося за двома схемами.

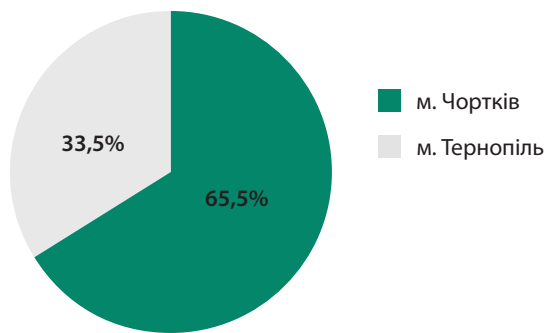
Схема 1. У пацієнтів I та II груп збирали скарги та анамнестичні дані зі слів дитини та батьків, проводили об'єктивний огляд пацієнта, встановлювали діагноз. Здійснювали планову операцію пластики вуздечки верхньої губи під аплікаційним Sol. Lidokaini 10% (аерозоль) та інфільтраційним знеболенням Sol. Lidokaini 2% 0,5–1,0 мл.

Схема 2. У пацієнтів III та IV груп збирали скарги та анамнестичні дані зі слів дитини та батьків, проводили об'єктивний огляд пацієнта, встановлювали попередній діагноз. Для уточнення діагнозу та вибору методу хірургічного втручання проводили додаткове рентгенологічне обстеження. Операцію атипичного видалення надкомплектного зуба верхньої щелепи здійснювали під інфільтраційним та провідниковим знеболенням Sol. Lidokaini 2% 0,8–1,5 мл.

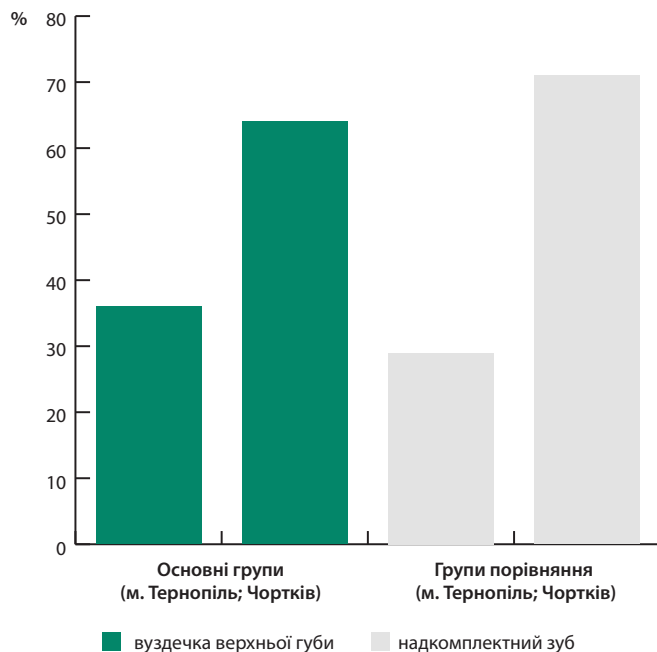
З метою профілактики нагноєння післяопераційної рани хворі усіх груп самостійно обробляли слизову оболонку в ділянці оперативного втручання 1,0% розчином Флупетсалю тричі упродовж дня [12, 13], також хворим III і IV груп рекомендували анальгетики. Після операції пацієнтів оглядали на 3 і 5 день. У післяопераційний період стан хворих спостерігали та оцінювали за чотирибальною шкалою: інтенсивність болю в післяопераційній рані (відсутній – 0, незначний – 1, помірний – 2, виражений – 3); стан слизової оболонки ясен навколо післяопераційної рани (блідо-рожева – 0, набрякла – 1, гіперемована – 2, різко гіперемована – 3); загоєння рани (чиста – 0, покрита фібриновою плівкою – 1, явища нагноєння – 2); кетгутіві шви (відсутні – 0, наявні – 1). Водночас повна відсутність симптомів – 0 балів, незначний ступінь вираженості симптомів – 1 бал, помірний ступінь – 2 бали, виражений ступінь – 3 ба-

Таблиця 1. Показники розподілу дітей за групами

Клінічна група		Вік, роки	Кількість	
			абс.	%
I	основна	6–9	10	36
	порівняння		18	64
III	основна	10–13	4	29
	порівняння		10	71



Мал. 1. Поширеність аномалій порожнини рота у дітей за місцем проживання



Мал. 2. Порівняльна характеристика патології зубощелепної системи у дітей за групами

ли. Оцінку інтенсивності перебігу загоєння післяопераційної рани здійснювали за вказаними симптомами за методикою [14], удосконаленою авторами [15, 16]. Структура клінічних досліджень повністю відповідає сучасним етичним нормам. Дозування місцево анестезуючих препаратів для знеболення у дітей проводили з урахуванням віку [17].

Результати та їх обговорення

Клініко-рентгенологічні дослідженні стану зубощелепної системи у 42 обстежених (коротка вуздечка верхньої губи та надкомплектний зуб верхньої щелепи) показали вищу поширеність аномалій порожнини рота у дітей м. Чорткова – 66,5% та 33,5% у дітей м. Тернополя (мал. 1). Більшу поширеність патології зубощелепної системи у дітей м. Чорткова пояснювали за відсутністю профілактичних оглядів, консультацій ортодонтів та кваліфікованих хірургів. Розподіл обстежених хворих за групами наведено на мал. 2. Слід зазначити, що у дітей II та IV груп виявили більшу поширеність досліджуваних патологій зубощелепної

системи. Це насамперед пов'язано із розташуванням м. Чортків у зоні посиленого екологічного контролю. Характеристика місцевих симптомів у хворих досліджуваних груп на 3 та 5 день після операції наведена в таблиці 2, 3.

У результаті клінічних спостережень визначили зниження інтенсивності больового симптому на 3 добу у хворих I та II груп під час лікування. Із спектра місцевих симптомів на 3 добу вираженішу інтенсивність болю спостерігали у хворих II групи, на 5 добу – набряк, гіперемію слизової оболонки, покриття рани фібриновою плівкою, фіксацію рани кетгутівими швами – у хворих II групи. Проведене лікування Флупетсалем показало повне очищення рани від некротичних мас на 5 добу у I групі в 100% випадків, у II групі – у 83% хворих. Зменшення запальних явищ у слизовій оболонці навколо післяопераційної рани відбувалося швидше у хворих I групи (табл. 2).

Клінічні спостереження показали, що незначний та помірний больовий симптом під час лікування утримувався на 3 та 5 добу у хворих IV групи. На

5 добу вираженіші місцеві симптоми спостерігали у хворих IV групи (набряк, гіперемія слизової оболонки), що пов'язано зі складнішим хірургічним втручанням. Проте покриття рани фібриновою плівкою на 5 добу вираженішим у IV групі. Загоєння рани та відсутність шовного матеріалу спостерігали у хворих III групи. Зменшення запальних явищ у слизовій оболонці навколо післяопераційної рани відбувалося швидше у хворих III групи. Завдяки лікуванню Флупетсалем повне очищення рани від некротичних мас на 5 добу спостерігали у хворих III групи (100%), у IV групі – у 70% хворих (табл. 3).

Отже, планові операції з пластики вуздечки верхньої губи та атипового видалення зуба, консервативного методу лікування із застосуванням лікарської композиції Флупетсаль сприяли зменшенню запальних явищ слизової оболонки в ділянці післяопераційної рани, запобігали інфікуванню та збереженню шовного матеріалу – профілактиці місцевих післяопераційних ускладнень. За період лікування та спостереження за пацієнтами I–IV груп не виявили місцевих та загаль-

Таблиця 2. Характеристика місцевих симптомів у пацієнтів I та II групи після операції з подовження короткої вуздечки верхньої губи

Групи хворих		Характеристика симптому													
		Інтенсивність болю				Слизова оболонка				Стан рани			Стан швів		
		відсутній	незначний	помірний	виражений	блідо-рожева	набрякла	гіперемована	різко гіперемована	«чиста»	покрита фібриновою плівкою	явища нагноєння	відсутні	фіксовані	
м. Тернопіль I група, n=10	3 день	абс.	9	1	0	0	6	2	2	0	8	2	0	0	10
		%	90	10	0	0	60	20	20	0	80	20	0	0	100
	5 день	абс.	10	0	0	0	9	0	1	0	10	0	0	8	2
		%	100	0	0	0	90	0	10	0	100	0	0	80	20
м. Чортків II група, n=18	3 день	абс.	11	4	3	0	7	5	5	1	9	9	0	0	18
		%	61	22	17	0	39	28	28	5	50	50	0	0	100
	5 день	абс.	18	0	0	0	11	5	2	0	15	3	0	9	9
		%	100	0	0	0	61	28	11	0	83	17	0	50	50

Таблиця 3. Характеристика місцевих симптомів у пацієнтів III та IV групи після операції з надкомплектним зубом верхньої щелепи

Групи хворих		Характеристика симптому													
		Інтенсивність болю				Слизова оболонка				Стан рани			Стан швів		
		відсутній	незначний	помірний	виражений	блідо-рожева	набрякла	гіперемована	різко гіперемована	«чиста»	покрита фібриновою плівкою	явища нагноєння	відсутні	фіксовані	
м. Тернопіль III група, n=4	3 день	абс.	3	1	0	0	1	2	1	0	2	2	0	0	4
		%	75	25	0	0	25	50	25	0	50	50	0	0	100
	5 день	абс.	4	0	0	0	3	0	1	0	4	0	0	3	1
		%	100	0	0	0	75	0	25	0	100	0	0	75	25
м. Чортків IV група, n=10	3 день	абс.	5	3	2	0	0	5	4	1	4	5	1	0	10
		%	50	30	20	0	0	50	40	10	40	50	10	0	100
	5 день	абс.	7	2	1	0	3	4	3	0	7	3	0	6	4
		%	70	20	10	0	30	40	30	0	70	30	0	60	40

них ускладнень, пов'язаних із використанням Флупетсалу.

Висновки

Більша поширеність діагностованих аномалій (прикріплення вуздечки

верхньої губи та надкомплектного зуба) у дітей м. Чорткова ймовірно пов'язана із впливом радіаційно-екологічного фактору.

Клінічна картина післяопераційного періоду (біль, стан слизової оболонки, рани, швів) у хворих під час ліку-

вання Флупетсалем показує, що у дітей м. Чорткова ці симптоми більш виражені, що, з одного боку, зумовлене складністю хірургічного втручання, а з іншого, – можливим впливом радіаційно-екологічного фактору.

Список використаної літератури

1. Макеев В.Ф. Сверхкомплектные зубы и особенности их анатомического строения / В.Ф. Макеев, Ю.А. Риберт // Стоматология. — Киев.: Здоровье. 1987. — Вып. 22. — С. 121—122.
2. Куцевляк В.И. Динамика частоты аномалий зубочелюстной системы, обусловленных наличием сверхкомплектных зубов, и ее прогнозирование с помощью методов математической статистики / В.И. Куцевляк, Ю.В. Ткаченко // Вісник стоматології. — 2000. — № 3. — С. 23—24.
3. Арифджанов А.К. Аномалии прикрепления уздечек губ и их лечение (Методические рекомендации) / А.К. Арифджанов, Т.Х. Сафаров, В.Ф. Назарова [и др.]. — Ташкент. — 1989. — 13 с.
4. Смоляр Н.И. Социально-экологические аспекты стоматологической заболеваемости детей / Н.И. Смоляр, Э.В. Безушко, Н.Л. Чухрай // Вісник стоматології. — 2009. — № 4. — С. 47.
5. Історія географії та історична географія Наукові записки. — 2008. — № 2. 256 с. <https://www.google.ru/#newwindow=1&q=%D1%96%D0%BD%D1%84%D>
6. Географія. Економіка. Екологія. Туризм: регіональні студії. Збірник наукових праць / За ред. І.В. Смаля, Г.Г. Сенченко. — Ніжин: ПП Лисенко М.М. — 2011. — Випуск 5. — 242 с.
7. Харьков Л.В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В. Харьков, Л.М. Яковенко, І.Л. Чехова. — Київ: Книга плюс. — 2003. — С. 398—403.
8. Сабо Д. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области / Дьерд Сабо. — Киев: Книга плюс. — 2005. — 305 с.
9. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Под ред. проф. А.А. Тимофеева. — Киев, 2004. — 1061 с.
10. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии / Под ред. проф. Ю.И. Бернадского. — Витебск. — 1998. — 345 с.
11. Баглык Т.В. Рентгенологические характеристики нормы и патологии в стоматологии / Т.В. Баглык // Стоматолог. — 2002. — № 4. — С. 50—54.
12. Пат. 78103 Україна, МПК (2007), А61К 31/10 (2007.01), А61К 31/465, А61К 31/12, А61Р 1/02 (2007.01). Застосування композиції, що містить флуоренізид для лікування гнійно-запальних захворювань порожнини рота / Петрух Л.І., Гутор Н.С., Михалик О.І.; заявник та патентовласник Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького — № а200502663; заявл. 23.03.05; опубл. 15.02.07. Бюл. № 2.
13. Гутор Н.С. Застосування Флупетсалю у хірургічній стоматології / Н.С. Гутор, О.І. Михалик // З.мат. конф. 2006 р.: збірн. наук. стат. — 3., 2006. випуск XV.Т.3. — С. 532—535.
14. Григоров С.М. Нове покоління антибактеріальних препаратів у лікуванні гнійно-запальних захворювань м'яких тканин щелепно-лицевої області. Автореф. дис. к.мед.н.: 14.01.22 / УМСА. — П., 2004. — 18 с.
15. Гутор Н.С. Клінічна характеристика хворих на альвеоліт щелеп / Н.С. Гутор, О.В. Авдєєв // Новини стоматології. — 2009. — № 4. — С. 39—41.
16. Гутор Н.С. Оптимізація діагностики, профілактики та лікування альвеолітів. Автореф. дис. к.мед.н.: 14.01.22 / ТДМУ ім. Горбачевського. — Т., 2011. — 20 с.
17. Кононенко Ю.Г. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю.Г. Кононенко, Н.М. Рожко, Г.П. Рузин. — М.: «Книга плюс». — 2002. — 320 с.

Стаття надійшла в редакцію 18 грудня 2013 року