

кальциевого обмена и понижением иммунологического статуса. По мере прогрессирования основного заболевания и снижения функции почек

происходит поражение других органов и систем, что проявляется в полости рта патологией тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Даминов Ш.Б., Кандимов У.М.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность

По данным научной литературы, у части больных верхней микрогнатией наблюдаются различные степени затруднения носового дыхания.

Проведение стандартных остеотомий средней зоны лица у данной категории больных приводит к усугублению носового дыхания, деформации его наружного отдела и возникновению воспалительных осложнений придаточных пазух (А. Гунько, А.В. Калмыков, 2002; Максудов С.Н., 2005; А. Абдукадыров, 2007).

Цель исследования: изучение морфофункционального состояния полости носа и околоносовых пазух и разработка профилактических мероприятий, приводящих к снижению послеоперационных осложнений у больных с верхней микрогнатией.

Материалы и методы

Было проведено комплексное обследование 95 больных с верхней микрогнатией в возрасте от 16 до 28 лет.

Методы комплексного обследования, кроме общеклинического, включали в себя МСКТ, телерентгенографию с цефалометрией, ринопневмометрию, объективное ЛОР – исследование и общеклинические методы. Исследования проводили в дооперационный период, после операции и в отдаленные сроки после лечения.

Результаты исследований

Из обследованных 95 больных с верхней микрогнатией у 70(73,3%) выявлено различных степеней затруднение носового дыхания и воспалительные изменения придаточных пазух и носоглотки.

В зависимости от характера обнаруженных патологических изменений носовоносового комплекса больные разделены на три группы.

У больных первой группы (33) резкое затруднение носового дыхания (ринопневмометрия $15,2 \pm 0,48$ мм вод. столба), патологические изменения носовоносового комплекса обусловлены скелетным сужением грушевидного отверстия, гиперплазией нижних носовых раковин, вздутием решетчатых лабиринтов, куполообразным взбуханием дна и искривлением перегородки.

У пациентов второй группы (18) более легкое затруднение носового дыхания (ринопневмометрия $7,80 \pm 0,36$ мм. вод столба) обусловлено суже-

нием только переднего отдела грушевидного отверстия в результате чрезмерного развития передней носовой ости по ширине и длине.

У остальных больных (19) незначительное нарушение носового дыхания (ринопневмометрия $6,22 \pm 0,54$ мм вод.столба) обусловлено искривлением перегородки, хроническим воспалением слизистой полости носа, патологическими изменениями придаточных пазух и носоглотки.

В зависимости от степени морфофункциональных и эстетических изменений носовоносового комплекса были составлены алгоритмы комплексного лечения для каждой группы больных отдельно. На первом этапе всем больным проводили санацию полости носа, придаточных пазух, носоглотки и ротоглотки с использованием комплекса антисептиков на основе хлоргексидина и малоинвазивные операции, улучшающие носовое дыхание. В результате такого подхода во всех случаях были ликвидированы хронические очаги инфекции и у части больных третьей группы была достигнута нормализация носового дыхания.

Первой группе больных с сужением скелета грушевидного отверстия проводили остеотомию верхне-носового комплекса с остеотомией и расширением костной полости носа на заранее определенную величину.

Второй группе больных - остеотомию верхне-носового комплекса с удалением передней носовой ости и расширением переднего отдела грушевидного отверстия.

Третьей группе больных остеотомию верхне-носового комплекса сочетали с исправлением и прочной фиксацией перегородки носа. Больным без нарушения носового дыхания провели остеотомию верхней челюсти по Безрукову.

В послеоперационный период было продолжено комплекс мероприятий, приводящих к оптимизации оттока жидкости из полостей верхней челюсти, с медикаментозной терапией. В послеоперационный период воспалительные осложнения гайморовых пазух наблюдали только у 5 больных (7,14%), которые ликвидировали после соответствующей терапии.

Заключение

Таким образом, в результате изучения морфофункционального состояния полости носа больных с верхней микрогнатией выявлено, что

73,3% больных имеют различных степеней нарушения носового дыхания и патологические изменения носовых челюстного комплекса.

Использование предложенного нами комплекса подготовительных мероприятий, проведение

выбранных и модифицированного варианта остеотомий верхней челюсти приводит к достижению оптимальных функциональных и эстетических результатов у больных с верхней микрогнатией.

Лопатин О.А., Запашник Т.А.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА РЕСТАВРАЦИИ

БелМАПО, г. Минск, Беларусь

В настоящее время к изготавливаемым реставрациям предъявляются все более высокие требования. Клинические работы должны максимально соответствовать анатомическим и эстетическим характеристикам, а также обеспечивать высокое качество лечения зубов.

Материалы и методы

Проведен анализ дефектов реставраций, выполненных более одного года назад с использованием оптических устройств. Обследовано 146 зубов у 41 пациента. Диагностику проводили невооруженным глазом, с помощью монокуляра ЛИ – 2-8х, бинокулярной лупы «Зенит» 2,8х – 3,3х и интраоральной видеокамеры «Titanium ELKA». Для расширения возможностей визуализации дефектов и сравнения эффективности оптических устройств также применялась цифровая макрофотография зубов с помощью фотоаппарата «Pentax K-5», оснащенного макрообъективом «SMC Pentax D FA Macro 100 F2,8 WR» и кольцевой вспышкой «Pentax AF 080C».

Оценка качества реставраций невооруженным глазом не позволила выявить дефекты. Обследование с помощью монокуляра показало отсутствие дефектов в 69,86% случаев. При использовании бинокулярной лупы и интраоральной видеокамеры диагностировано отсутствие дефектов в 56,85% случаев. Анализ реставраций с помощью цифровой макрофотографии улучшил диагностику и не показал дефекты пломб лишь в одной трети случаев.

Кариозное поражение не было обнаружено ни на одном из 146 зубов, реставрация которых проводилась более одного года назад с использованием оптических устройств.

Дефекты пломб невооруженным глазом не выявлены. При оценке реставраций с помощью монокуляра, бинокулярной лупы, интраоральной видеокамеры и цифровой макрофотографии дефекты пломб обнаружены в незначительном количестве случаев.

Отсутствие краевого прилегания и избыток материала на границе пломба-зуб (нарушение анатомической формы) при обследовании в отдаленные сроки зубов, вылеченных с использованием оптических устройств, не обнаружено ни одним из методов визуализации.

При оценке реставраций невооруженным глазом шероховатая поверхность пломб не выявлена. Оценка дефектов с помощью монокуляра позволила обнаружить шероховатую поверхность пломб в 28,08% случаев. Использование бинокулярной лупы и интраоральной видеокамеры незначительно повысило возможность диагностики данного нарушения. Цифровая макрофотография показала наиболее эффективный результат в выявлении шероховатой поверхности пломбы.

Заключение

Самую высокую эффективность при визуализации качества реставраций показала цифровая макрофотография. Дентальная фотография позволяет оценить в процессе лечения и в отдаленные сроки все этапы лечения. Современные цифровые фотоаппараты при макросъемке позволяют увеличить объект в несколько раз без потери качества. Это дает возможность выявить дефекты и нарушения, невидимые невооруженным глазом. Статичное изображение значительно облегчает процедуру обследования и диагностики.

Любая клиническая ситуация может быть сфотографирована, способствуя коммуникациям между стоматологами, зуботехническими лабораториями и другими медицинскими учреждениями, врачом и пациентом. Цифровая фотография с помощью современных средств передачи информации позволяет одновременно увидеть клиническую ситуацию специалистом, находящимся вдалеке друг от друга. Это помогает в постановке диагноза, выборе лечения и оценке качества реставраций.

Сравнение результатов до и после, оценка эффективности проведенного лечения, анализ ошибок, контроль реализации плана лечения эффективно осуществляются с помощью дентальной фотографии. Помимо сохранения информации клиническая фотография оказывает косвенное влияние на повышение качества лечения. Снимок должен зафиксировать качественно выполненную эстетическую стоматологическую конструкцию, что дополнительно мотивирует и самодисциплинирует врача-стоматолога к повышению профессионального уровня.

Фотографии зубов, реставраций и лаборатор-