

На правах рукописи

Брайловская Татьяна Владиславовна

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
НОВОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С РЕТЕНЦИЕЙ НИЖНИХ ТРЕТЬИХ МОЛЯРОВ**

Специальность - 14.00.21 – Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Самара - 2005

ГОУВПО «Самарский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель доктор медицинских наук профессор
Федяев Игорь Михайлович

Официальные оппоненты доктор медицинских наук
Богатов Анатолий Иванович

доктор медицинских наук, профессор
Ипполитов Владимир Петрович

Ведущая организация: Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. В.М.Владимирского.

Защита состоится « 28 » апреля 2005 г. в 10 часов на заседании
диссертационного совета Д208.085.02 при ГОУВПО «Самарский
государственный медицинский университет Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию по адресу:

443079, г. Самара, пр. К.Маркса, 165 б

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Самарского
государственного медицинского университета (г. Самара, ул.
Арцыбушевская, 171).

Реферат разослан « 26 » марта 2005 г.

Ученый секретарь
доктор медицинских наук, профессор

Л.Н.Аськова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность

Ретенция отдельных зубов нередкое явление в практике врача-стоматолога (Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М., 1982; Персеи Л.С., Жигурт Ю.И., 1994; Bishara S.E., 1992; Sabri R., 1992; Chambas Ch., 1993; Jacobs S.G., 1996 и др.).

Ретенированные нижние третьи моляры по данным Е.А. Магида В.М. Шейнберга, Г.Д. Житницкого встречаются в 13-16% случаев. Значительные затруднения при их естественном прорезывании, как правило, завершаются хирургическим вмешательством.

До настоящего времени широкое распространён способ операции, предложенный Г.Д. Житницким. Лунка зуба после такого вмешательства у больных заживает вторичным натяжением. Выполнение операции сопровождается повреждением костных и мягких тканей нижней челюсти. После удаления зуба образуются вторичные костные дефекты различной формы и величины. Воспалительные осложнения в послеоперационном периоде составляют от 14 до 35% (Драновский Г.Е., 1976; Петрикас Г.А., 1980; Бычков А.И., 1993; Григорьян А.С., 2000). При лечении возникших воспалительных осложнений после удаления ретенированных нижних третьих моляров используют различные медикаментозные средства. Они относятся главным образом к местному воздействию на рану (Khairat O., 1966; Alexander Y.B., 1976). Несмотря на большое количество исследований проводившихся в отношении профилактики атрофических процессов альвеолярного отростка нижней челюсти после удаления зубов (Волова Л.Т., 1986; Архипов В.Д., 1990; Федяев И.М., 1995; Никольский В.Ю., 2003; Богатов А.И., 2004; Захарова И.А., 2004), сведений о пластике костных полостей аллотрансплантами с антибактериальным действием в ретромолярной области, практически не имеются.

В связи с изложенным, представляется актуальным поиск малотравматичных методов удаления у пациентов ретенированных нижних третьих моляров и мероприятий, направленных на предупреждение воспалительных и атрофических процессов в нижней челюсти.

Цель исследования: клиничко-экспериментальное обоснование нового метода хирургического лечения больных с ретенцией нижних третьих моляров.

Задачи исследования:

1. Разработать тактику хирургического вмешательства у пациентов с ретенцией нижнего третьего моляра на основании антропометрических, рентгенологических и математических результатов исследований
2. Провести микробиологическую оценку антимикробного эффекта лиофилизированного брeфоостеоматрикса, насыщенного линкомицином.
3. Обосновать возможность применения брeфоостеоматрикса для предупреждения атрофических процессов альвеолярного отростка нижней челюсти после удаления ретенированных нижних третьих моляров по результатам эффективности в клинических и экспериментальных исследованиях.
4. Разработать и внедрить в клиническую практику новый малотравматичный способ удаления ретенированного нижнего третьего моляра в сочетании с альвеолопластикой брeфоостеоматриksom.
5. Дать сравнительную оценку клиничко-анатомических и функциональных результатов лечения больных с ретенцией нижних третьих моляров, оперированных различными методами.

Научная новизна

Научная новизна подтверждена на уровне государственной патентной экспертизы. Разработан новый малотравматичный способ удаления ретенированного нижнего третьего моляра (патент РФ №2247540, приоритет от 3 февраля 2003 г.).

Для диагностики и принятия решения («удаление/сохранение» зуба) выведен алгоритм на основании антропометрических, рентгенологических и математических исследований по первичным измеряемым параметрам: R – расстояние между дистальным краем коронки третьего нижнего моляра и передним краем ветви челюсти; φ – угол наклона нижнего третьего моляра по отношению к соседнему зубу.

С целью профилактики атрофических и воспалительных осложнений после удаления ретенированного нижнего третьего моляра предложено проведение альвеолопластики брeфоостеоматриksom с антимикробным эффектом.

В эксперименте на животных впервые на модели дефекта костной ткани лопатки крыс с помощью морфологических методов научного анализа изучен характер регенераторных процессов в различных компонентах костной ткани после аллогенной брeфоостеопластики.

С помощью микробиологической оценки впервые доказан пролонгированный антимикробный эффект брeфоостеоматрикса, насыщенного антибиотиком линкомицином с использованием низкочастотного ультразвука.

С позиции доказательной медицины на основании расчета показателей предотвращения истинного неблагоприятного клинического исхода оценивалась эффективность предложенного автором способа хирургического лечения. Неблагоприятным клиническим исходом считали случаи воспалительных осложнений в после операционном периоде (альвеолит, ретромолярный абсцесс, острый очаговый остеомиелит).

Практическая значимость

Впервые на основании антропометрических и рентгенологических исследований создана математическая модель, которая позволяет практическо-

му врачу обосновать тактику и способ хирургического лечения пациентов при ретенции нижних третьих моляров.

Показана целесообразность использования алгоритма принятия решения «удаление/сохранение» зуба – при ретенции у пациентов нижних третьих моляров для исключения диагностических ошибок.

Разработан новый малотравматичный способ хирургического вмешательства у пациентов с ретенцией нижних третьих моляров (патент РФ №2247540, приоритет от 3 февраля 2003 г., авторы Киселева Т.А, Брайловская Т.В.). Сочетание этого метода с альвеолопластикой бретоостеоматриксом, насыщенным антибиотиком линкомицином, создает оптимальные условия репаративного остеогенеза в послеоперационном периоде, предотвращает атрофию альвеолярного отростка нижней челюсти и создает оптимальные условия для ортопедического лечения. Получены удостоверения на 3 рационализаторские предложения.

Внедрение результатов в практику

Результаты исследования внедрены в клиническую практику отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии клиник СамГМУ и в учебный процесс кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии СамГМУ.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Репаративный остеогенез в губчатом и компактном компонентах костной ткани лопатки крысы под влиянием аллогенного бретоостеоматрикса в эксперименте.

2. Математическая модель обоснования тактики хирургического лечения пациентов с ретенцией нижнего третьего моляра с целью исключения диагностических ошибок.

3. Новый малотравматичный способ удаления ретенированных нижних третьих моляров в сочетании с альвеолопластикой бретоостеоматриксом с антимикробным эффектом.

4. Клинико-анатомическая и функциональная сравнительная оценка результатов хирургического лечения больных с ретенцией нижних третьих моляров.

Апробация работы

Результаты диссертационного исследования доложены на конференции молодых исследователей «Аспирантские чтения» (Самара, 2002), «Аспирантские чтения» (Самара, 2003). Материалы диссертации представлены на XII Международном конгрессе Европейской ассоциации тканевых банков (BRUGGE BELGIUM, 2003), II-ом Всероссийском симпозиуме с международным участием «Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии» и конференции «Теория и практика клеточных биотехнологий» (Самара, 2004), на межкафедральном совещании кафедр челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии, Центральной научно-исследовательской лаборатории СамГМУ (Самара, 2004).

Публикации

По теме диссертации опубликованы 10 работ в центральной и местной печати. Получен патент РФ на изобретение и 3 удостоверения на рационализаторские предложения.

Объем и структура работы

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственного исследования, в которых характеризуются данные экспериментального раздела работы и результаты клинического применения предложенного комплексного подхода к лечению больных с ретенцией нижних третьих моляров, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя. Работа изложена на 144 страницах машинописного текста, иллюстрирована 15 таблицами и 42 рисунками. Указатель литературы содержит 158 источников, из них 98 – отечественных и 60 – иностранных авторов.

Материал и методы исследования

Исследование представлено двумя разделами: экспериментальным и клиническим.

Предварительно была изучена вегетирующая микрофлора ретромолярного пространства у 50 пациентов с ретенцией нижних третьих моляров и ее антибактериальная чувствительность. Использована техника аэробного и анаэробного культивирования микроорганизмов. Выявлено, что у большинства больных преобладает смешанная микрофлора, чувствительная к линкомицину.

Экспериментальное исследование проведено на базе Центральной научно-исследовательской лаборатории СамГМУ и консультированы директором ЦНИЛ – д.м.н., профессором Л.Т. Воловой.

В качестве объектов исследования использованы белые лабораторные крысы. Все опыты выполнялись в соответствии с этическими требованиями к ведению экспериментов на животных (Положение приказа № 755 МЗ СССР от 12.08.1977 г.).

Эксперименты выполнены на 40 крысах. Все животные содержались в одинаковых условиях вивария ЦНИЛ СамГМУ. Пищевой режим обычный. В эксперименте всем крысам с помощью бормашины создавали дефекты в обеих лопаточных костях диаметром 3 мм. Пять неоперированных животных составили контрольную группу.

Опытные животные были разделены на две группы. В первой группе костный дефект помещали фрагменты аллогенного деминерализованного брeфоостеоматрикса. Во второй группе животных регенерация костной раны шла под кровяным сгустком. Проведено 80 операций. Животных выводили из эксперимента – через 1, 3 суток, через 1, 2 недели и 1 месяц. Изготовлено 485 гистологических препаратов, окрашенных гематоксилин и эозином, пикрофуксином по ван – Гизон. Микропрепараты изучали и фотографировали с помощью автоматизированной гистологической системы.

Сведения по группировке животных по сериям, по количеству взятых в опыт крыс представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение животных по сериям экспериментов и срокам наблюдений

№ серии опыта	Суть эксперимента	Кол-во животных	Кол-во операций	Сроки выведения животных из опыта/сутки				
				1	3	7	14	30
I	Заполнение дефекта аллогенным брeфоостеоматриksom	20	40	4	4	4	4	4
II	Заполнение костного дефекта кровяным сгустком	20	40	4	4	4	4	4
Контроль	Здоровые животные	5	-	-	-	-	-	-

С помощью микробиологического метода дана антимикробная оценка брeфоостеоматрикса, насыщенного антибиотиком линкомицином.

Лиофилизированный брeфоостеоматрикс серии «Лиопласт», изготовленный в Самарском банке тканей ЦНИЛ СамГМУ, насыщали линкомицином с помощью низкочастотного ультразвука (частота 40 кГц) на аппарате «Pro-sonic». Исследование антимикробного действия таких биоимплантатов проводили в течение 1 месяца.

Для подтверждения антибактериальной направленности аллоимплантатов крысам проводили двустороннюю эктопическую внутримышечную пересадку брeфоостеоматрикса, насыщенного линкомицином. Спустя одни, три и семь суток пересаженный материал был изъят и изучен микробиологически.

Материалом клинического исследования служило наблюдение и лечение 119 больных с ретенцией нижних третьих моляров различными хирургическими методами. В зависимости от метода операции наблюдаемые больные разделены на три группы.

В первую группу вошли 38 больных, которым удаление зуба проводилось по традиционному методу, с пластикой лунки аллогенным брeфоостеоматриksom, насыщенным линкомицином.

Во вторую группу вошли 24 пациента, которым оперативные вмешательства проводились по разработанному автором способу с пластикой лунки аллогенным брелоостеоматриксом, насыщенным линкомицином.

В третью группу (контрольную) вошли 57 пациентов, лечение которым проводилось по традиционному методу, без использования костно-пластических материалов (табл. 2).

Таблица 2

Способы хирургических вмешательств у пациентов с ретенрованными нижними молярами

Серии	Способы хирургических вмешательств	Количество Пациентов
I	Удаление зубов с последующей остеопластикой костных дефектов	38
II	Удаление зубов по разработанному автором способу	24
III	Удаление известным способом	57

Суть способа (патент РФ №2247540 приоритет от 3 февраля 2003 г., авторы Киселева Т.А., Брайловская Т.В.). Под проводниковой (торусальной или мандибулярной) анестезией с инфилтративным добавлением анестетика непосредственно к области вмешательства производится углообразный разрез слизистой – надкостничного покрова от основания крыловидно-нижнечелюстной складки по направлению гребня к 27 или 37 зубу. Далее разрез продолжается вниз под углом от 38 до 100° к переходной складке. Мобилизуется и смещается книзу слизисто-надкостничный покров, обнажается альвеолярный отросток в проекции ретенрованного моляра. С помощью бормашины со скоростью 500-1000 оборотов в минуту при непрерывном охлаждении раствором антисептика (0,5% водный раствор хлоргексидина биглюконата или физиологический раствор), убирается кортикальная пластинка над коронкой ретенрованного нижнего третьего моляра. Костная ткань удаляется до уровня шейки зуба, коронковая часть зуба отпиливается, отделяется от корней и извлекается с помощью элеватора.

Корни зуба распиливаются вдоль, по горизонтали, и каждый фрагмент извлекается поочередно. Ложкой Фолькмана проводится ревизия костной раны. Удаляются костные ошипки и мягкотканые образования. С целью профилактики воспалительных осложнений костная рана обрабатывается низкочастотным ультразвуком (аппарат УРСК-7Н-18, частота 24,5 – 28,5 кГц и амплитуда колебания инструмента 30-35 мкм) посредством специального волновода через раствор с 1% линкомицином. Дно и стенки альвеолы заполняются аллогенной деминерализированной лиофилизированной брелокостью насыщенной антибиотиком.

Слизисто-надкостничный покров укладывается на место. Рана ушивается наглухо лесой наглухо (рис. 1).

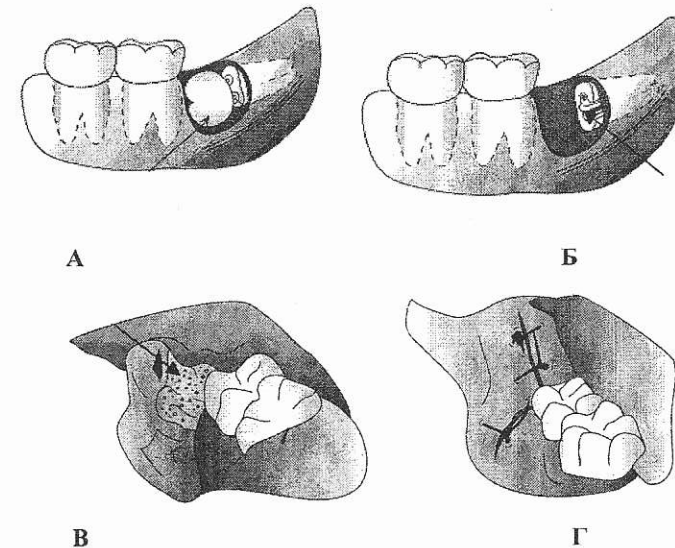


Рис. 1. Схема хирургического лечения пациентов с ретенцией нижних третьих моляров по методу автора с костной пластикой; А. Остеотомия в границах коронковой части зуба (стрелкой указана освобожденная коронковая часть зуба); Б. Стрелками указана граница горизонтального распила корней ретенрованного зуба; В. Стрелками указан костный послеоперационный дефект, заполненный костно-пластическим материалом (аллогенным брелоостеоматриксом); Г. Вид операционного поля после ушивания раны наглухо

Всем пациентам до операции проводили антропометрические и рентгенологические исследования. На основании антропометрических, рентгенологических и математических исследований выведен алгоритм диагностики и принятия решения (удаление/сохранение зуба) по первичным измеряемым параметрам R – расстояние между дистальным краем коронки третьего нижнего моляра и передним краем ветви челюсти; φ – угол наклона нижнего третьего моляра по отношению к соседнему зубу.

При составляющих $\begin{cases} S(R \in Z, \varphi \in \Phi) = 1 - \text{принимается решение "сохранение"}; \\ S(R \notin Z, \varphi \notin \Phi) = 0 - \text{принимается решение "удаление"} \end{cases}$

После операции наблюдение за пациентами проводилось в течение полугода. В сроки через три и шесть месяцев после хирургического вмешательства проводили рентгенологическую оценку восстановления костной ткани в границах хирургического вмешательства.

Для контроля регенерации раны у 25 пациентов выполнен цитологический мониторинг. У этих пациентов брали мазки – отпечатки слизистой ретромолярной области со стороны оперативного вмешательства на 1, 3, 5, 7 сутки. Послеоперационное состояние больных оценивали по набору характерных клинических симптомов, которые возникали у всех пациентов.

Результаты и их обсуждение

В эксперименте на животных в первой опытной серии после замещения дефекта аллогенным брфоостеоматриком имеют место репаративные процессы, характеризующиеся закономерной сменой клеточных реакций и формированием ретикулофиброзного костного регенерата и последующей перестройкой его в пластинчатую костную ткань губчатой формации. Установлено также, что аналогичная картина гистогенеза в зоне искусственного дефекта наблюдалась и без заполнения его пластическим материалом (т.е. при заживлении костной раны под кровяным сгустком), вместе с тем отмечено

стимулирующее влияние брфоостеоматрикса на пролиферацию камбиального слоя надкостницы и других клеток-предшественников компактной и губчатой костной ткани.

Определение *in vitro* антимикробного действия биоимплантатов, насыщенных линкомицином, показало, что на протяжении всего времени исследования (1 месяц), антимикробный эффект сохраняется. Зоны задержки роста стафилококка колебались от 20 до 22 мм в диаметре.

При исследовании таких материалов *in vivo* нами выявлено, что имплантат, находящийся в тканях организма, сохраняет высокую антимикробную активность в течение 7 суток.

Сравнительный анализ клинических симптомов в первые сутки после операции не выявил различий в общем и местном состоянии у всех 119 оперированных различными методами больных. У всех пациентов изменения при наружном и внутривидовом обследовании (отек околочелюстных мягких тканей, увеличение и болезненность лимфатических узлов, ограничение открывания рта, гиперемия, отек слизистой оболочки и тканей полости рта в зоне оперативного вмешательства) были одинаковыми.

На третьи сутки после операции клиническая картина в группах менялась. Наиболее выраженные после операции изменения отмечены у больных, оперированных традиционным методом (группа III).

Сравнивая местные проявления послеоперационного периода со II-й группой больных мы выявили, что у этой группы пациентов, оперированных разработанным автором методом, состояние больных было более благоприятное.

Самопроизвольные боли выявлены у 43,6%, оперированных традиционными методами (группа III), у 31,6% (группа I), оперированных с использованием брфоостеоматрикса с антимикробным эффектом и только у 21,1 % больных, оперированных по разработанному автором методу (группа II).

Отек околочелюстных тканей наблюдался у 21,9% больных оперированных традиционными методами (группа III), у 16,6% оперированных с исполь-

зованием аллогенного брeфоостематрикса с антимикробным эффектом (группа I) и у 10,5% больных, оперированных по методу автора (группа II).

Воспалительные изменения регионарных лимфатических узлов на третьи сутки после операции были у 18,4% больных, оперированных традиционным методом (группа III) и только у 12,5% и 8,2% пациентов с пластикой костного дефекта аллогенным брeфоостематриксом с антимикробным эффектом и по методу автора (группы I и II) соответственно.

Ограничение открывания рта чаще всего имело место у больных III группы – 35,0%, у пациентов в I группе – 12,5%, у 8,2% пациентов методом во II группе.

На 5-е сутки различие в клинических проявлениях послеоперационного периода у больных, оперированных с пластикой костного дефекта аллогенным брeфоостематриксом с антимикробным эффектом и по разработанному автором методу (группы I и II), по сравнению с больными, оперированными традиционным методом (группа III) была более выраженной. Боль при приеме пищи сохранялась у 20,0% пациентов группы III, у 7,8% и 4,1% больных групп I и II. Повышение температуры тела и боль при глотании отмечены только у больных группы III. Воспалительная контрактура жевательных мышц на 5-е сутки сохранилась у 33,3% больных группы III. В группе II выявлена у 4,1%, а в I группе – у 7,8% больных.

Боль при пальпации тканей в зоне хирургического вмешательства была выраженной у 9,6% у больных, оперированных с применением аллогенного брeфоостематрикса с антимикробным действием (группа I), у 4,1% у больных, оперированных по методу автора (группа II) и у 20% больных группы III, оперированных традиционным методом.

Клинические наблюдения показали, что на 5 сутки у больных, оперированных с использованием брeфоостематрикса и нового метода хирургического вмешательства (группы I и II) после операции произошло достаточное слипание краев раны. Последняя заживала первичным натяжением. У 82,5% больных, оперированных типичным методом (группа III), лунка удаленного

ретенированного нижнего третьего моляра оставалась открытой (под кровяным сгустком) и заживала вторичным натяжением. У остальных 17,5% больных диагностировался альвеолит, ограниченный остеомиелит лунки, ретромолярные абсцессы. Различие в течение послеоперационного периода на 5 сутки у больных, оперированных с использованием брeфоостематрикса и разработанного автором нового метода хирургического вмешательства (группы I и II), по сравнению с группой больных, оперированных традиционными методами (группа III), очевидна (рис. 2).

Анализируя клинические данные послеоперационного периода у пациентов I и II групп, мы констатируем у 93,3% пациентов благоприятный послеоперационный исход. У 7,8% пациентов, оперированных с пластикой брeфоостематрикса с антимикробным эффектом (группа I), и у 4,1% пациентов, оперированных по методу автора (группа II), наблюдались послеоперационные воспалительные осложнения. В группе III воспалительные осложнения возникли у 17,8% больных, в 2,2 раз чаще, чем у пациентов, оперированных с использованием брeфоостематрикса с антимикробным эффектом (группа I) и в 4,3 раза чаще, чем у пациентов, оперированных по методу автора (группа II).

Для сравнения результатов лечения рассчитывали такой показатель как отношение шансов (ОШ). ОШ (A/B)/(C/D) показывало, во сколько раз вероятность неблагоприятного исхода в основной группе выше (или ниже), чем в контрольной. У пациентов оперированных новым методом хирургического лечения число неблагоприятных исходов (альвеолит, ретромолярный абсцесс, острый очаговый остеомиелит) по отношению к числу благоприятных было меньше, чем при использовании просто брeфоостематрикса и особенно общепринятого лечения. Отношение шансов, по сравнению с группой, получавших общепринятое лечение соответственно: 0,2 (ДИ 0,02 – 1,62) и 0,4 (ДИ 0,01 – 1,5). Снижение абсолютного риска – 13,3% при ДИ от 4 до 25,6% ($p < 0,05$) означает, что число больных, которых необходимо ле-

чить, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход равно 7 при ДИ от 4 до 22. Верхняя граница доверительного интервала снижения абсолютного риска свидетельствует о клинически значимом эффекте вмешательства.

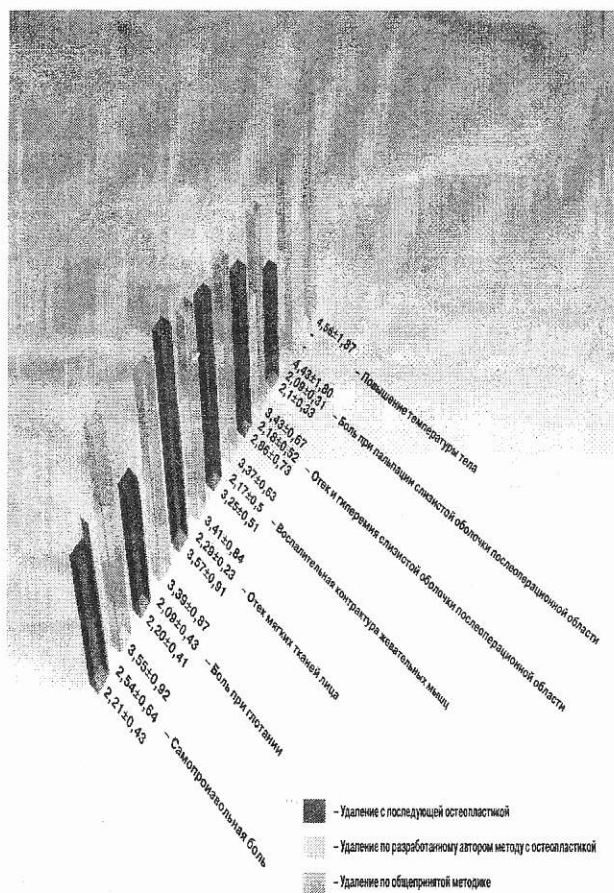


Рис. 2. Графическое изображение продолжительности симптомов послеоперационной воспалительной реакции у пациентов, оперированных различными способами после удаления ретеннированных нижних третьих моляров (группы I, II, III)

Нетрудоспособность больных, оперированных традиционными методами (группа III), составила $12,7 \pm 0,94$ дня. У больных, оперированных с применением аллогенного брфоостематрикса с антимикробным эффектом и по разработанному автором методу (группы I и II), – $5,73 \pm 0,67$ дня и $5,31 \pm 0,64$ дня соответственно.

Проводилось цитологическое исследование состояния послеоперационной раны. Анализ результатов цитологического исследования выявил признаки купирования альтеративных и экссудативных явлений уже на 3 сутки. Преобладают процессы размножения соединительно-тканых образований слизистой оболочки ротовой полости, наблюдалось значительное уменьшение количества нейтрофильных лейкоцитов и кокковой флоры. Эпителиальные клетки поверхностного слоя были с четкими контурами ядер и оболочек, в поле зрения лимфоциты и гистиоциты. На 7-е сутки острые воспалительные явления отсутствовали (исчезал лейкоцитарный инфильтрат, отсутствовали дистрофические и дискариотические явления в клетках слизистой оболочки).

Цитологический мониторинг тканей в границах хирургического вмешательства у больных, оперированных традиционными методами, выявил глубокое повреждение структуры слизистой оболочки ротовой полости, сохраняющееся до 3-х суток лечения, проявлялось в виде появления клеток парабазального и базального слоев эпителия (отсутствующих в норме), а также элементов гнойного воспаления. Процесс регенерации не завершился и к 7-м суткам. Сохранялись альтеративно-экссудативные явления. Выборочно проведенные цитологические исследования на 12 сутки лечения свидетельствуют о сохраняющемся воспалении (преобладали клетки промежуточного слоя с единичными вакуолями; числа нейтрофильных лейкоцитов до 10-12 в поле зрения). Отдаленные результаты лечения (на 20-25 сутки) у отдельных пациентов указывают на недостаточную регенерацию эпителия и, как следствие, нарушение многих его функций.

Таким образом, разработанный нами новый метод хирургического лечения больных с ретенированными нижними третьими молярами является, менее травматичным (по сравнению с известными), он создает оптимальные условия для репаративного остеогенеза, снижает послеоперационные осложнения (4,3 раза), сокращает сроки нетрудоспособности (с $12,7 \pm 0,94$ до $5,31 \pm 0,64$ дней), создает оптимальные условия для дентальной имплантации и последующего полноценного ортопедического лечения.

ВЫВОДЫ

1. На основании антропометрических, рентгенологических и математических результатов исследований обоснована тактика лечения пациентов с ретенцией нижнего третьего моляра. Составлен алгоритм для точной постановки диагноза и принятия решения "удаление/сохранение" зуба.
2. Микробиологическая оценка антимикробного эффекта аллогенного бретоостеоматрикса, насыщенного с помощью низкочастотного ультразвука линкомицином, позволила выявить стабильно высокую антимикробная активность, задержки роста микрофлоры (20-22мм) в течение 1 месяца.
3. Результаты экспериментальных исследований показали, что заполнение дефекта костной ткани в области ости лопатки крыс аллогенным бретоостеоматриksom сопровождается закономерной сменой клеточных реакций и приводит к образованию в этой области костного регенерата.
4. Разработан и внедрен в клиническую практику новый хирургический способ удаления ретенированных нижних третьих моляров. Способ малотравматичен, создает в послеоперационном периоде оптимальные условия для репаративного остеогенеза, предусматривает пластику костных полостей аллотрансплантатом (бретоостеоматриksom) с антимикробным эффектом, предотвращает атрофию альвеолярного отростка нижней челюсти.
5. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных клиничко-анатомических и функциональных результатов хирургического лечения больных после использования различных хирургических методов показывает, что разработанный новый хирургический метод снижает в 4,3 раза воспалительные осложнения; сокращает сроки нетрудоспособности более чем в 2 раза, создает условия для проведения полноценного ортопедического лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У пациентов с ретенрованными нижними третьими молярами необходимо проводить антропометрические измерения (знать угол наклона зуба и расстояние от коронки зуба до ветви нижней челюсти),
2. Для решения вопроса о целесообразности «удаления или сохранения» зуба необходимо использовать предложенный нами алгоритм постановки диагноза.
3. Из хирургических методов лечения следует пользоваться разработанным новым способом операции. Последний позволяет менее травматично удалять ретенрованный нижний третий моляр, щадяще обращаться с мягкими тканями, максимально сохранять топографо-анатомическую целостность альвеолярного отростка нижней челюсти, снизить количество воспалительных осложнений, сократить сроки нетрудоспособности.
4. Для профилактики воспалительных осложнений после удаления ретенрованного нижнего третьего моляра целесообразно проводить альвеолопластику аллогенным лиофилизированным брфоостеоматриком, насыщенным антибиотиком (линкомицин) и ушивать рану наглухо. Это снижает в послеоперационном периоде процент воспалительных осложнений, улучшает репаративный остеогенез, предотвращает атрофию альвеолярного отростка и создает оптимальные условия для последующего протезирования и использования дентальных имплантатов.

Список работ по теме диссертации

1. Брайловская Т.В. Ретенция нижних моляров / Материалы конференции молодых ученых «Аспирантские чтения-2002». – Самара, 2002. – С.30-31.
2. Брайловская Т.В. Замещение костных дефектов при удалении нижних зубов «мудрости» / Сборник работ 68-й итоговой научной сессии КГМУ и отделения медико-биологических наук Центрально-Черноземного научного центра РАМН Курск, 2002. – С.226-227.
3. Брайловская Т.В. Использование деминерализованного костного брфо-матрикса при пластики костных дефектов после удаления ретенрованных нижних зубов «мудрости» / Труды 4-й Международной конференции молодых ученых и студентов. – Самара, 2003. – С.68-71.
4. Брайловская Т.В. Замещение костных дефектов нижней челюсти после удаления зубов «мудрости» остеопластическим материалом. / Сборник тезисов докладов Всероссийской конференции «Аспирантские чтения - 2003» – Самара, 2003 – С. 68-69.
5. Эффективный костно-пластический материал с антимикробной направленностью для профилактики послеоперационных осложнений у пациентов с ретенцией нижних зубов « мудрости » / Всероссийский симпозиум с международным участием «Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии» и конференции «Теория и практика клеточных биотехнологий». – Самара, 2004. – С.65-67.
6. Волова Л.Т., Решетникова В.П., Брайловская Т.В. «Малотравматичный способ удаления ретенрованных нижних зубов «мудрости» с пластикой костных дефектов лиофилизированным брфоостеоматриком. Цитологический мониторинг.» / Всероссийский симпозиум с международным участием «Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии» и конференции «Теория и практика клеточных биотехнологий». – Самара, 2004. - С.73-74

7. Киселева Т.А., Брайловская Т.В., Белозерцева Е.А. «Применение брэфоостеоматрикса, насыщенного с помощью низкочастотного ультразвука антибиотиком при ретенцией нижних зубов «мудрости» / Всероссийский симпозиум с международным участием «Клинические и фундаментальные аспекты тканевой терапии» и конференции «Теория и практика клеточных биотехнологий» Самара, 2004. – С.75-76 .
8. Брайловская Т.В. Использование деминерализованного костного брэфоматрикса при пластике костных дефектов после удаления ретенированных нижних зубов «мудрости». Цитологический мониторинг. // Аспирантский вестник Поволжья. – 2003. - №2. - С.29-30.
9. Волова Л.Т., Россинская В.В., Брайловская Т.В., Наумова И.Н.«Bioethical Aspects of cellular technolgies» 12th International Congress of the European association of Tissue.BRUGGE/BELGIUM. - 2003. - С.130-131.
10. Брайловская Т.В. Математическая модель обоснования тактики хирургического лечения при ретенции нижнего зуба «мудрости». Региональная медицинская наука: тенденции и перспективы развития «Аспирантские чтения - 2004». - С.359-363.

1. Патент РФ на изобретение №2247540 «Способ хирургического лечения ретенированного в горизонтальном положении нижнего третьего моляра» приоритет от 3 февраля 2003 года (соавт. Киселева Т.А.)

Подписано в печать 25.03.2005 г.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Печать оперативная.
Объем 1,39 усл.л. Тираж 100 экз. Заказ 287.

Отпечатано с готового оригинал-макета
В типографии ООО «Офорт»
Лицензия ПД 7-0050 от 30.08.2000 г.
443068, г. Самара, ул. Межевая, 7.