

ультразвуковым сканированием щитовидной железы, контрольным исследованием гормонального статуса в динамике на 3-10-30-е сутки после эмболизации. За это время достигалось компенсация явлений тиреотоксикоза, уменьшение объема ЩЖ. Гормоны щитовидной железы уменьшались, со значительной разницей. А индекс ТТГ наоборот, постепенно увеличивался с течением времени. На 5 и 30 сутки после СЭТА проводилась тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы. При этом были выявлены соответствующие патологические характеристики после эмболизации. Основные микроскопические изменения остры инфаркт и некроз железистого эпителия и интерстиции.

При анализе послеоперационных осложнений серьезных осложнений отмечено не было, у 2 пациента имелся болевой синдром, который купировался самостоятельно в течение 3-5 суток, в 3-х случаях после эмболизации имелись кратковременные явления постэмболизационного тиреоидита в виде повышения температуры тела до 38 °С, которое в последующем было купировано антибактериальной терапией. Продолжительность стационарного лечения после операции на ЩЖ с использованием новой методики колебалась от 5 до 7 сут.

Выводы. Методика СЭТА у пациентов с болезнью Грейвса современный, малоинвазивный способ лечения, в предоперационном периоде способствует быстрому снижению явлений тиреотоксикоза, уменьшению объема щитовидной железы по сравнению с исходным, позволяет значительно снизить интраоперационную кровопотерю, что облегчает техническую сторону выполнения операции. Использование эндоваскулярной эмболизации щитовидных артерий при хирургическом лечении больных с ДТЗ позволяет сократить продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, а также избежать возникновения таких осложнений как кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Применение СЭТА как самостоятельного метода лечения при тяжелых формах ДТЗ с осложнением основного заболевания, тяжелой сопутствующей патологией, а так же при ДТЗ 2 степени.

После эмболизации артерий щитовидной железы определяются патологические изменения в ткани железы, свидетельствующие об уменьшении гиперфункции щитовидной железы. Этот подход эффективен в лечении ДТЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Brzozowski, Krzysztof; Piasecki, Piotr; Ziecina, Piotr; et al. Dedejusz M, Tazbir J, Kaurzel Z, Lewinski A, Strozyk G, Brzezinski J. *Selective embolization of thyroid arteries as a preresection and palliative treatment of thyroid cancer. Endocr Relat Cancer. 2007 Sep;14(3):847-52. E U - ROPEAN JOURNAL OF RADIOLOGY Volume: 81 Issue: 6 Pages: 1192-1196 Published: JUN 2012*

2. Jarozuk A, Kamiński G. *Arterial thyroid embolization in thyroid diseases Pol Merkur Lekarski. 2011 Nov;31(185):284-*

7. *JOURNAL OF CLINICAL ENDOCRINOLOGY & METABOLISM Volume: 87 Issue: 8 Pages: 3583-3589 AUG 2002 Partial thyroid arterial embolization for the treatment of hyperthyroidism*

3. Tartaglia F, Salvatori FM, Russo G, Blasi S, Sgueglia M, Tromba L, Berni A. *Selective embolization of thyroid arteries for preresection or palliative treatment of large cervicomediastinal goiters. Surg Innov. 2011 Mar;18(1):70-8.*

4. Xiao, HP; Zhuang, WQ; Wang, SM; et al. *Arterial embolization: A novel approach to thyroid ablative therapy for Graves' disease*

ТҮЙІН

Токсикалық жемсаумен ауыратын 19 науқастың емнің нәтижелері сарапталды. Емнің предрезективті кезеңі ретінде қалқанша без артериясын селективті эмболизациялау жасалды. Сонымен қатар қалқанша безінің морфофункциональдық жағдайын интраоперациялық бағалау, макропрепараттың морфологиялық зерттеуі мен жіңішке инелі аспирациялық биопсиясы, түсті доплерлік ультратрадыбыстық зерттеуі, гормональды статусты динамикада бақылау негізінде жемсаудың функциональдық дәрежесін ескере отырып, селективті эмболизациялау өз алдына жеке ем ретінде қолданылады. О. В. Николаев бойынша жемсау дәрежесін жіктеуіне байланысты, операциялық емнің қолайлы көлемі анықталды, осыған байланысты қалқанша безі артериясының селективті эмболизациясын қолдана отырып, оперативтік емнің жеке тактикасы жасалды. Бұл әдіс хирургиялық емнің нәтижесін жақсартты және операциядан кейінгі асскынулардың жиілігін төмендетуге айтарлықтай үлес қосты.

Түйін сөздер: Қалқанша бездің күре тамырларының селективті эмболизациясы, Қалқанша бездің күре тамырларының рентгенэндоваскулярлы эмболизациясы, Хирургия, Қалқанша без, Диффузиялық улы без, Грейвстің ауруы.

SUMMARY

We analyzed results of treatment of 19 patients with Graves' disease. Interventions produced with using selective embolization of thyroid arteries (SETA) as preoperative preparation, and as an independent method of treatment according to the degree of functional activity, based on the intraoperative assessment of the morphofunctional state of the thyroid gland, the morphological study of gland and fine-needle aspiration biopsy, color Doppler ultrasound scan, hormonal control status in the dynamics. Defined the optimal volume of surgery, appropriate grade of goiter, classification by O.V. Nikolaev's, and thus develop an individual approach to operational tactics interventions using SETA to significantly improve the results of surgical treatment and to reduce the incidence of postoperative complications.

Keywords: Selective embolization of thyroid arteries (SETA), surgery, thyroid gland, diffuse toxic goiter, Graves' disease.

УДК 616.314

ВЫВЕДЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННЫХ ЗУБОВ

Даулбаева Ж.К.

Стоматологическая клиника «Орбита-Дент», г. Алматы

Ретенированные зубья являются причиной возникновения различных зубочелюстных деформаций и заболеваний челюсти. Ретенированными чаще бывают резцы верхней

челюсти, клыки, вторые премоляры. Перед выведением ретенированных зубов следует проанализировать их положение в челюсти при изучении внутривисочной

близкофокусной рентгенограммы альвеолярного отростка или ортопантограммы челюстей. Наилучших результатов достигают при незавершенном формировании верхушки корня ретеннированного зуба. Уточняют, имеется ли место в зубном ряду для ретеннированного зуба, можно ли создать его в результате перемещения соседних зубов и изменения формы зубной дуги или же показано удаление какого-либо зуба. После анализа особенностей формирования прикуса следует наметить индивидуальный план лечения и последовательность проведения лечебных мероприятий.

Направляя больного к хирургу-стоматологу, важно указать, что именно необходимо выполнить для облегчения последующего ортодонтического лечения:

1. удалить задержавшийся временный зуб;
2. удалить один или несколько сверхкомплектных зубов, одонтому, кисту, препятствующие прорезыванию ретеннированного зуба;
3. переместить место прикрепления уздечки верхней губы, иссечь основание уздечки в области срединной межальвеолярной перегородки;
4. правильно выполненные пружины для зубоальвеолярного удлинения в области передних и боковых зубов;
5. обнажить вестибулярную поверхность коронки ретеннированного зуба по возможности на 1/3—1/2 его высоты;
6. удалить по ортодонтическим показаниям какой-либо постоянный зуб.

Перед началом ортодонтического лечения до оперативного вмешательства следует подготовить аппарат. При показаниях к применению эджуайз-техники и изготовлению штампованных индивидуальных колец на опорные моляры необходимо установить сепарационные лигатуры около этих зубов сроком на 7—10 дней. Через 5 дней следует подтянуть их для ускорения раздвигания соседних зубов и обеспечения возможности примерки колец. После получения слепка с этими кольцами на зубах и отливки модели челюсти и кольцам припаивают или приваривают опорные вестибулярные трубки для дуги и затем укрепляют кольца на зубах с помощью фиксирующего цемента.

На 2-й день после операции следует приклеить брекет ко всем зубам, в том числе к обнаженной коронке ретеннированного зуба, чтобы слизистая оболочка не закрыла ее. Обычно на таком зубе брекет укрепляют ближе к десневому краю.

Желательно наложить назубную дугу через 2—3 ч после приклеивания брекетов или на следующий день. Если показано раскрытие места в зубной дуге за счет раздвигания соседних зубов с помощью пружины, то ее надевают на дугу и устанавливают с упором в брекет зубов, ограничивающих дефект. После этого укрепляют дугу с помощью лигатур.

Вертикальноперемещение 3|3 зубов. 1, 2 — неправильное использование одночелюстной резиновой тяги приводит к развитию открытого прикуса; 3, 4 — правильное применение межчелюстной тяги и петель, изогнутых на дуге верхнего зубного ряда, облегчает перемещение клыков вниз и дистально с помощью резиновой тяги. Используют в тех случаях, когда имеется медиальный наклон или смещение зубов, ограничивающих дефект, и промежутки между зубами с их дистальной стороны. Если показано дистальное перемещение одного зуба, то применяют резиновую тягу. Резиновое кольцо укрепляют на брежете перемещаемого зуба (центрального или бокового резца) и крючке на брежете клыка.

С целью обеспечения устойчивости клыка, премоляров и моляра накладывают 8-образную лигатурную повязку на брекет перечисленных зубов той же стороны челюсти.

Для перемещения резца в дистальном направлении можно сделать крючок на его лигатурной повязке путем закручивания ее средней части в виде кольца.

Ошибка при лечении заключается в стремлении обеспечить зубоальвеолярное вытязание в области ретеннированного зуба без предварительного создания для него места в зубной дуге. Если показано применение пружины для раздвигания зубов, ограничивающих дефект, то пружину надо надеть на дугу до укрепления ее с помощью лигатур, охватывающих крылья брекета каждого зуба.

С целью вытязания ретеннированного зуба лучше применить малую силу, а именно резиновое кольцо диаметром 8—10 мм, толщиной менее 1 мм. Его можно сделать, если отрезать от резиновой части пипетки ее уплотненное основание, а затем расположить ножницы наискосок и отрезать кольцо нужного диаметра. Больного следует предупредить о необходимости ежедневно контролировать устойчивость перемещаемого зуба. В случае появления подвижности зуба следует снять резиновое кольцо и обратиться к врачу-ортодонт. Необходимо следить за медленным перемещением зуба, заменять резиновое кольцо один раз через 2 сут. Если брекет, кнопка или крючок были приклеены у режущего края обнаженного ретеннированного зуба, то после его частичного вытязания и увеличения видимой вестибулярной поверхности его коронки целесообразно снять приспособление и укрепить брекет на коронке зуба в правильном положении. После приближения нижней поверхности опорной площадки брекета к назубной дуге важно установить нитиноловую дугу в горизонтальный паз брекета для дальнейшей коррекции положения зуба. При показаниях к перемещению корня резца в оральном направлении, а его коронки — в вестибулярном нитиноловую дугу заменяют четырехгранной.

При необходимости вестибулярного отклонения коронки обнаженного зуба на его оральной поверхности можно приклеить кнопку или крючок и с помощью резиновой тяги к назубной дуге обеспечить вертикальное перемещение зуба с одновременным вестибулярным отклонением его коронки.

После установления зуба в зубной дуге и достижения правильных межжюкклюдозных контактов применяют съемный или несъемный ретенционный аппарат. Если перемещенный зуб подвижен, то лучше приклеить ретейнер, не снимая назубной дуги и брекетов. После укрепления ретейнера при снятии брекета с подвижного зуба следует удерживать его пальцами, чтобы не вызвать неприятных ощущений у больного. Особенности выведения ретеннированного клыка зависят от расположения его коронки и корня в вестибулооральном направлении (торк), наклона продольной оси в мезиодистальном направлении (ангуляция) и степени поворота по оси. Чаще ретеннированные клыки бывают наклонены или смещены мезиально и орально. После частичного обнажения коронки и укрепления кнопки, крючка или брекета следует с помощью резиновой тяги приблизить зуб к соответствующему ему месту в зубной дуге. При обратном перекрытии перемещаемого зуба зубами противоположной челюсти и наличии контактов между ними целесообразно равномерно повысить прикус с помощью пластинки, что облегчает перемещение клыка эджуайз-техникой и его установление в зубной ряд.

Необходимо стремиться к достижению правильного осевого наклона клыка, т. е. торка и ангуляции, а также его соотношения с зубами противоположной челюсти. С этой целью нитиноловую дугу заменяют четырехгранной и по показаниям применяют пружину Кислинга.

Перед выведением ретеннированных вторых премоляров важно определить взаимоположение осей

премоляров и первых постоянных моляров. На верхней челюсти необходимо оценить соотношение их корней с верхнечелюстной пазухой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсенина О.И., Стадницкая Н.П. Применение современной несъемной ортодонтической техники при лечении пациентов с ретенрованными зубами. // Новое в стоматологии. 1997. - №1. - С. 32-34.
2. Атабаев С.А. «Хирургически-ортодонтический метод лечения», Сборник научных работ, Алматы 2002г., с. 102-104.
3. Будкова Т.С., Жигурт Ю.И., Хорошилкина Ф.Я. Ретенция зубов, план и прогноз лечения. // Новое в стоматологии. (Спец. выпуск). 1997, -Т.51, №1. С.46-53
4. Галяпин А.С., Котова И.Б. и др., Лечение у детей с ретенрованными постоянными зубами. // Здравоохранение Казахстана, 1988, №9, С. 25-26.
5. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий.// Хорошилкина Ф.Я., Френкель Р., Демнер Л.М., Фальк Ф., Малыгин Ю.М., Френкель К. // М.: Медицина.- 1987. -303 с.
6. Ильина-Маркосян Л.В. Методы диагностики в ортодон-тии. Классификация зубочелюстных аномалий. Диагноз и план лечения. //Учебное пособие. М. : ЦСШИУВ, 1976. -29 с.
7. Каламбаров Х.А. Клиника и лечение зубочелюстных аномалий у детей.-Ташкент: Медицина,1978.-268с.
8. Калвелис Д.А. Ортодонтия. Л.: Медицина. - 1964. -238 с. 33.

9. Оспанова Г.В., Попова Д.Н., Попова О.И. Средние размеры зубоальвеолярных дуг челюстей у детей и подростков с ортогнатическим прикусом в возрастном аспекте. // Стоматология. 1988. - N 5. - С.69-72.

10. Персин Л.С. Лечение зубочелюстных аномалий. (Учебно-методическое пособие.) М., 1995, 82 с.

11. Персин Л.С. Ортодонтия. (Диагностика, виды зубочелюстных аномалий.) М., 1996, 270 с.

12. Персин Л.С. Этиология зубочелюстных аномалий и методы их лечения. (Учебное пособие.) М., 1995, 86 с.

13. Хорошилкина Ф.Я., Зубкова Л.П. Применение в клинической практике современных несъемных ортодонтических аппаратов. Одесса, 1993, с.80

14. Хорошилкина Ф.Я., Проскурин Е.Ф. Ретенция зубов по данным ортопантомографии. // В кн.: Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. М., 1977, с. 48-51.

15. Bolton W.A. Dis Harmony in tooth size and its relation to analysis and treatment of malocclusion. - "Angle Orthodont", 1958, v. 28, p.113-130. III.

ТҮЙІН

Бұл мақалада ретенированный тістің ота жасағанға дейінгі ортодонтиялық емі мен әдісі көрсетілген.

SUMMARY

The article presents the tactics of patients with impacted teeth from orthodontic treatment before surgery.

УДК 616.314

ЧТО ТАКОЕ ОРТОДОНТИЯ?

Даулбаева Ж.К.

Стоматологическая клиника «Орбита Дент», г. Алматы

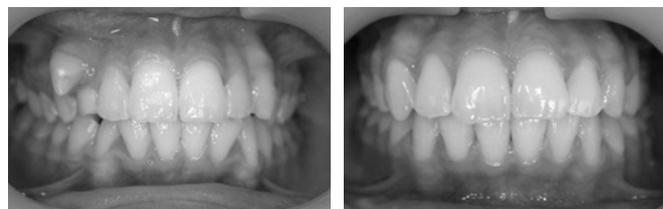
Более 90 процентов людей имеют искривленные зубы или нарушения прикуса. Причем более трети случаев требуют специализированной ортодонтической помощи.

С каждым годом частота патологии прикуса постоянно возрастает. Это связано с характером пищи, потребляемой современным человеком. Пища мягкая - наш жевательный аппарат, как правило, не получает запланированной Природой нагрузки. В результате челюстные кости современного человека развиваются недостаточно, а зубы остались прежнего размера и им становится тесно. Есть врожденные причины: например, у человека вырастает меньше зубов, чем положено, они «разбегаются» по челюсти, и между ними образуются широкие некрасивые щели. К внешним можно отнести воздействие неблагоприятных экологических факторов, искусственное вскармливание детей и многие другие. «Кривые» зубы и неправильный прикус могут стать причиной психологических проблем общения, неблагоприятно сказаться на судьбе человека. Но даже если преодолеть психологический «комплекс кривых зубов», проблемы, которые они вызывают, не решаются сами собой. Заболевания прикуса усугубляют течение заболеваний десен, провоцируют развитие кариеса из-за невозможности адекватной гигиены, приводят к быстрой стираемости зубов, затрудняют, а иногда делают невозможным, протезирование. Но самое опасное – могут привести к развитию нарушений височно-нижнечелюстного сустава – самого сложного сустава в организме человека. В отличие от остальных суставов, способных выполнять движения в двух направлениях, височно-нижнечелюстной, благодаря сложности своей конструкции, может выполнять

движения в трех направлениях. Любые изменения в нем с трудом поддаются коррекции. Принимать решение о необходимости лечения нужно на основании имеющихся функциональных или косметических нарушений.

Что же такое ортодонтия?

Ортодонтия занимается исправлением неправильно расположенных зубов, коррекцией прикуса и дословно означает «ровные зубы».



До и после лечения.

Вопреки бытующему мнению, зуб не срашен неподвижно с костью челюсти. Просто его корень крепко зафиксирован в зубной лунке тонкими волокнами соединительной ткани. Когда на стенку зубной лунки направлено небольшое длительное давление, костная ткань в этом месте рассасывается, открывая зубу пространство для перемещения. А с другой стороны, там, где растягиваются волокна соединительной ткани, образуется новая кость, подпирающая зуб, не дающая ему вернуться на прежнее место. Это биологическое свойство замечательно также тем, что сохраняется ПРИРОДОЙ на протяжении всей жизни и используется ортодонтами.

Как вернуть в «строй» зубы?