**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Санкт-Петербургский государственный университет»

Факультет стоматологии и медицинских технологий

Кафедра стоматологии

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

НА ТЕМУ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПЛАСТИКЕ УЗДЕЧКИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ У ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Выполнила студентка

*Вершинина Марина Сергеевна*

*521 группа*

Научные руководители

*д.м.н, проф. Соколович Наталия Александровна*

*ассистент Седнева Яна Юрьевна*

Санкт-Петербург

2019

Оглавление

[Введение 3](#_Toc9191565)

[Актуальность исследования 3](#_Toc9191566)

[ГЛАВА 1. Литературный обзор 5](#_Toc9191567)

[1.1 Доказательная медицина (Evidence Based Medicine) 5](#_Toc9191568)

[1.2 Мета-анализ 13](#_Toc9191569)

[1.3 Пластика уздечки верхней губы 19](#_Toc9191570)

[1.4 Классификации уздечки верхней губы 23](#_Toc9191571)

[1.5 Лечение 31](#_Toc9191572)

[ГЛАВА 2. Материалы и методы 41](#_Toc9191573)

[2.1. Обоснование объекта и методов исследования 41](#_Toc9191574)

[2.2. Параклинические методы 41](#_Toc9191575)

[ГЛАВА 3. Результаты исследования 42](#_Toc9191576)

[3.1. Статистическая обработка результатов 42](#_Toc9191577)

[3.2 Заключение 89](#_Toc9191578)

[3.3. Выводы 91](#_Toc9191579)

[3.4 Практические рекомендации 92](#_Toc9191580)

[ПРИЛОЖЕНИЕ 1 93](#_Toc9191581)

[Список литературы 99](#_Toc9191582)

# Введение

# Актуальность исследования

Эстетическая улыбка – один важнейших аспектов во внешности человека. Дети и подростки – не исключение. Многие из них также заботятся о красоте своей улыбки. Короткая уздечка верхней губы или низко прикреплённая уздечка – патологии, которые вызывают эстетические нарушения зоны улыбки. Своевременное обнаружение и сопоставление всех показаний и противопоказаний поможет избежать таких патологий как диастема, рецессия десны или функциональных нарушений.

На данный момент определённых возрастных показаний не существует, и мнения врачей разделяются. Кто-то считает, что лучше все проводить пластику уздечки верхней губы с момента её выявления, одни врачи считают, что лучший возраст для данной манипуляции до 6-7 лет, но большинство врачей делятся на тех, кто считают, что 7-9 лет – наиболее оптимальный возраст, и тех, кто думают, что 10-12 лет – самый правильный возраст для проведения операции, также существует мнение, что пластику следует проводить после 12 лет. Все эти мнения основываются на данных статей, учебников, собственных опытах врачей.

Такая разница во мнениях показывает, что единого мнения не существует, каждый хирург сам решает, какой возрастной период самый оптимальный. Это доказывает, что учёные и клиницисты не создали единый протокол по выполнению данной манипуляции у детей, что наталкивает нас на то, что не всегда доктора выполняют операцию в том возрасте, когда она будет наиболее эффективна и наименее опасна для общесоматического состояния ребёнка.

В связи с этим, **целью** настоящей работы является определение оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы.

Для реализации данной цели были поставлены следующие **задачи**:

* Анализ отечественной и зарубежной литературы, для выявления возрастных показаний в разных странах, а также их обоснованности.
* Определение наиболее частых возрастных показаний, применяемых врачами-стоматологами-хирургами и ортодонтами в Санкт-Петербурге для пластики уздечки верхней губы.

# ГЛАВА 1. Литературный обзор

# 1.1 Доказательная медицина (Evidence Based Medicine)

**Что такое доказательная медицина?**

В конце 20 столетия впервые начали появляться концепции доказательной медицины, в которых говорилось, что при принятии любых диагностических решений, практикующие врачи должны опираться не только на свой опыт, интуицию, советы коллег и данных медицинских дискуссий, но и руководствоваться всевозможными клиническими исследованиями, проведёнными в различных областях знаний.

Первым врачом, который попытался внедрить научные исследования в ежедневную практику врачей, стал Арчи Кохрейн (Archy Cochrane). Он разрабатывал алгоритм поиска и оценки научных публикаций, предложил широко использовать мета-анализ - метод статистического обобщения результатов исследований по одной теме, выполненных разными исследователями в разной время.

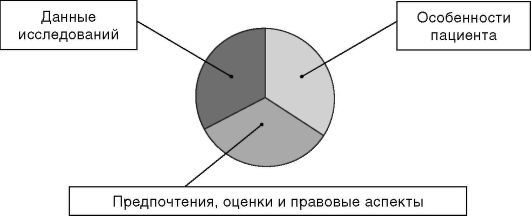


Рис. 1. Составляющие принятия клинического решения:

В 1996 г. Sackett DL и соавторы в работе «Evidence based medicine: what it is and what it isn't.» (BMJ 1996; 312:71-2) предложили считать, что «доказательная медицина - это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного».

Автор научного издания «Основы доказательной медицины» дала такое определение данному понятию: «доказательная медицина – это усиление традиционных навыков клинициста в диагностике, лечении, профилактике и других областях путём систематического формулирования вопросов и применения математических оценок вероятности и риска».

Авторы учебного пособия по «Основам доказательной медицины» на кафедре доказательной медицины ФДПОП ММА им. Сеченова ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий» считают, что «доказательная медицина - это использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента, это интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов».

В медицине накопление знаний – это процесс, основанный на взаимосвязи накопления данных и их интерпретации. Для получения знаний и опыта нужно не только желание человека, но и наличие, а также доступность информации. Поскольку количество информации постоянно возрастает, необходимо уметь найти достоверную и современную информацию по конкретному вопросу.

В работе Covell DG, Uman GC и Manning PR «Information needs in office practice: are they being met?» (Ann Intern Med 1985; 103:596-9) приведены данные о частоте, с которой врачу требуется профессиональная медицинская информация в условиях реальной клинической практики. Такая потребность возникает до 60 раз в неделю (или дважды на каждых 3 пациентов) и может влиять на принятие как минимум 8 решений ежедневно. При этом врач получает не более 30% от необходимого объема. Сложность возникает и в том, что информация в научных руководствах устаревает, а в различных журнал найти информацию сложно. Как итог, врачи часто используют малоэффективные, неэффективные, а иногда даже небезопасные методы диагностик и лечения своих пациентов. 

Рис. 2. Система анализа информации и накопления знаний:

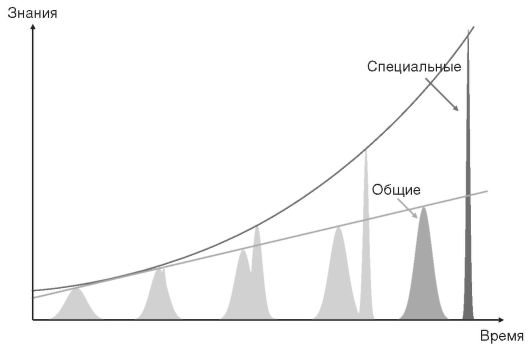


Рис. 3. Скорость «распада» медицинских знаний.

В наше время результаты клинических исследований признаются научными, если сведены к минимуму систематические ошибки (нивелируются за счёт дизайна исследования) и случайные ошибки (их можно избежать в результате применения современных методов статистики).

В связи с тем, что сегодня очень кроткий период полураспада медицинских знаний (по данным профессора M. Brian), довольно сложно поддерживать свои профессиональные навыки на должном уровне. Врачи должны постоянно учиться, чтобы соответствовать современным стандартам.

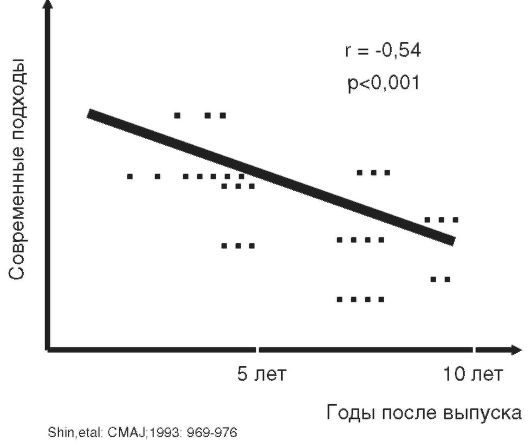


Рис. 4. Характер накопления знаний в современном обществе

Научное исследование - это процесс изучения предмета или явления с целью установления закономерностей его возникновения, развития и преобразования в интересах рационального использования в практической деятельности людей.

Существует несколько критериев ценности и ограничения научных исследований.

Ценности:

* Рандомизация – это позволяет нивелировать ошибки при составлении групп лечения и контрольных групп.
* Большое количество пациентов – в таком случае можно будет выявить различия в первичных конечных точках.
* Некоторые случаи, которые используются как конечные точки – это определённые клинические события (смерть, инфаркт миокарда, инсульт).

Ограничения:

* Показания и противопоказания – это важный критерий отбора пациентов (чаще всего отбираются те пациенты, у которых более высокий риск, чтобы быстрее получить результаты).
* Нередко бывает так, что во время проведения исследований не получают различий между вторичными конечными точками.
* Часто бывает так, что в исследованиях и в клинической практике отличаются программы лечения.
* В клинической практике мотивация пациентов значительно ниже, чем во время исследований, поэтому снижена и приверженность к лечению.
* Так как исследования длятся в среднем 5 лет, невозможно выявить долгосрочные побочные эффекты, а также улучшения.

Доказательность клинических исследований в порядке убывания достоверности:

* рандомизированное двойное слепое контролируемое (используется плацебо или сравнение с другим стандартным препаратом);
* нерандомизированное контролируемое;
* нерандомизированное с историческим контролем;
* типа «случай-контроль»;
* перекрестное;
* наблюдение без группы сравнения;
* описание отдельных случаев.

Основой доказательной медицины является оценка уровня доказательности. Выделяют три категории доказательности научных исследований.( Петров В.И., Недогода С.В., 2012)

• Категория I - хорошо разработанные, крупные, рандомизированные, контролируемые исследования, данные мета-анализа или систематических обозрений.

•  Категория II - когортные исследования и исследования типа случай-контроль.

•  Категория III - неконтролируемые исследования и общие согласования специалистов.



Рис. 5. Пирамида медицинских публикаций.

Практические рекомендации по диагностике и лечению могут опираться как на данные исследований, так и на их экстраполяцию (распространение выводов, полученных из наблюдения над частью явления на другую его часть). Разработано 5 уровней рекомендаций.

А

* Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию.

B

* Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или
* Высококачественное (++) когортное или исследование случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или
* РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию.

C

* Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую российскую популяцию или
* РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую российскую популяцию.

D

* Описания серии случаев или •Неконтролируемое исследование или •Мнение экспертов.

(Бащинский С.Е., 2004)

Американское Агентство по политике здравоохранения и научным исследованиям предложило следующую шкалу с выделением уровней доказательств в порядке убывания их достоверности:

I а - мета-анализ РКИ;

I b - как минимум одно РКИ;

II а - хорошо организованное контролируемое исследование без рандомизации;

II b - как минимум одно хорошо организованное квази-экспериментальное исследование;

III - не экспериментальные исследования;

IV - отчет экспертного комитета или мнение и/или клинический опыт авторитетных специалистов.

# 1.2 Мета-анализ

Мета-анализ – это разновидность систематизированных обзоров. Чаще всего считается, что мета-анализ – это высшая ступень доказательности. Сегодня мета-анализ - это «объединение результатов различных исследований, складывающееся из качественного компонента (например, использование таких заранее определенных критериев включения в анализ, как полнота данных, отсутствие явных недостатков в организации исследования и т.д.) и количественного компонента (статистическая обработка имеющихся данных)». В то же время I. Chalmers и D.G. Altman в монографии «Систематические обзоры» характеризуют мета-анализ как «количественный систематический обзор литературы или количественный синтез первичных данных с целью получения суммарных статистических показателей».

Целью мета-анализа является оценка эффективности изучаемого исследования, а также выявление, изучение и объяснение неоднородности в результатах исследований и подгруппах пациентов.

Ежегодно в мире публикуется свыше 2,5 миллиона медицинских статей, поэтому важно анализировать и синтезировать всю имеющуюся информацию. Зачастую проводится лишь анализ по типу литературного обзора, то есть носит описательный и субъективный характер, и главный его минус в том, что он не использует строго научные и математические методики. Всё это приводит к появлению β-ошибки (ошибка второго рода - ложное утверждение об отсутствии различий между эффективностью сравниваемых методов лечения, когда на самом деле они различны) из-за противоречивых результатов исследований и недостаточного числа пациентов в них.

Мета – анализ позволяет точнее определить категории больных, к которым можно будет применить полученные результаты, чем выводы отдельно взятого исследования.

Два основных подхода к выполнению мета-анализа:

1. повторный анализ данных некоторых исследований на основе данных, полученных в первый раз
2. обобщение результатов всех проведённых исследований по какой-то конкретной теме

Преимущественной целью мета-анализа является правильно сформулированный клинический вопрос. На этапе определения выбора пациентов для проведения исследования должен быть чётко выбран контингент популяции пациентов, к которым могут быть применены полученные результаты научных исследований. Главный вопрос мета-анализа – приносит ли данное вмешательство больше пользы, чем вреда, по сравнению с другими методами, в том числе плацебо.

Достоинства мета-анализа

1. Систематизированное обобщение исследований позволяет выявить более чёткую картину.
2. Благодаря тому, что увеличивается число обследуемых пациентов, возрастает точность результатов.
3. Поскольку мета-анализ – это систематизированный обзор, устраняются ошибки, которые могут возникнуть при составлении описательных обзоров.

Ошибки при мета-анализе.

1. Возможны неполные исследования по возникшей проблеме.
2. Часто утрачивается важная информация. Обычно изучаются бинарные показатели (например, жив/умер, эффект/отсутствие эффекта), то другие иногда важные данные отбрасываются.
3. Неадекватный анализ данных и их объединение, что может отразиться на окончательных результатах исследования.
4. Противоречия с новыми данными. Сравнение результатов мета-анализа с результатами хорошо организованных, рандомизированных, контролируемых исследований («мега-исследований»). Например, использование сульфата магния при остром инфаркте миокарда дало отрицательный результат, в то время как проведенный до этого мета-анализ, дал положительную оценку препарату.

После проведения мета-анализа, результаты, полученные в ходе данных исследований, могут быть совершенно различными. Соответственно следует правильно их интерпретировать. (Бубнова М.Г., Бутина Е.К., Выгодин В.А., Колтунов И.Е., Кукушкин С.К., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Оганов Р.Г., Поддубская Е.А., Шальнова С.А., 2010)

* качественный, основывающийся на систематизированном обзоре дает достаточно надежную оценку эффективности вмешательства или возможность сформулировать вопросы для дальнейших исследований;
* не гарантирован от ошибок и зависит от качества изучавшихся клинических исследований;
* позволяет получить ответ лишь на один четко сформулированный вопрос;
* отрицательный результат не означает, что данное вмешательство вообще бесполезно. Оно может оказаться эффективным при лечении других групп больных.

Результаты клинических исследований и заключение мета-анализа, сделанного на их основе, обычно используются при написании клинических руководств (рекомендаций).

Клинические руководства (clinical practice guidelines) – утверждения, разработанные с помощью определенной методологии и призванные помочь врачу и больному принять решение о рациональной помощи в различных клинических ситуациях. (Committee to Advice the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines, Institute of Medicine. Field M.J., Lohr K.N., eds. Clinical Practice Guidelines: Directions of a new Program. Washington, DC: National Academy Press; 1990)

По мнению Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э. и Сайткулова К.И., 2006, клинические рекомендации (клиническое руководство, англ. clinical practice guidelines) — это систематически разработанный документ, содержащий сведения по профилактике, диагностике, лечению конкретных заболеваний и синдромов и помогающий врачу принимать правильные клинические решения.

Клинические рекомендации (КР) готовятся по методологии, гарантирующей их достоверность, новизну, анализ лучшего мирового опыта, практическую значимость и удобство в применении. Они должны быть логичными, заслуживающими доверия, содержать объективную и полную информацию о преимуществах и ограничениях, акцентировать внимание не на трактовке результатов, а на возможности их практического применения. Перечисленные характеристики отличают КР от других источников информации (учебников, монографий, клинических руководств). За рубежом медицинские рекомендации разрабатываются общественными профессиональными медицинскими организациями, а в России подготовка КР осуществляется ассоциациями специалистов и профессиональными медицинскими обществами. В нашей стране КР широко используются, составляя методологическую основу для подготовки протоколов ведения больных и стандартов оказания медицинской помощи, а также при осуществлении контроля качества медицинской помощи и в рамках системы непрерывного медицинского образования. (Оганова Р.Г., 2010)

Основными задачами клинических рекомендаций являются: внедрение в клиническую практику врачей профессиональных стандартов, основой которых являются строгие научные данные, помощь практикующему врачу в принятии решений в различных ситуациях, на основании разработанных клинических рекомендаций, можно выявить степень профессионализма врача.

Клинические рекомендации также обладают рядом функций, присущих им: в первую очередь рекомендации являются основой для разработки профессиональных стандартов, критериев оценки для врачей, во-вторых, клинические рекомендации – это критические обзоры всех имеющихся научных данных и исследований по ним.

Правительство Российской Федерации весной 2018 года внесло в Госдуму проект поправок к ФЗ №323 «Об охране здоровья», впервые объясняющий понятие «клинические рекомендации» -  это документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, других факторов, влияющих на результаты лечения. Также было введено понятие «протокол лечения» -  документ, разрабатываемый медицинской организацией и содержащий требования к применению клинической рекомендации в этой медицинской организации, в том числе требования к последовательности действий медицинского работника, схемы и применяемые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, включая назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий.   
Согласно данным поправкам клинические рекомендации должны будут учитываться при разработке стандартов медпомощи. Протоколы лечения разрабатывает сама клиника. Строгое соблюдение клинических рекомендаций касается только участников системы ОМС, а платные медицинские услуги могут оказываться либо в соответствии с этими документами, либо в большом объёме, если этого хочет пациент. Также следует отметить, что стандарты медицинской помощи могут носить только рекомендательный характер по отношению к конкретному пациенту, так как включает в себя усреднённый набор медицинских вмешательств, эффективность которых может быть доказана только в рандомизированных клинических испытаниях на большой группе людей, либо на основе мнений ведущих экспертов, но при этом уровень доказательности будет ниже. Из-за того, что организмы всех людей индивидуальны, невозможно охватить всевозможные принципы лечения в стандартах. Поэтому врачам рекомендуют при ведении пациентов следовать профессиональным стандартам медицинской помощи, однако, если будет отклонение от них, медицинские работники должны будут объяснить причину.

# 1.3 Пластика уздечки верхней губы

Одной из самых актуальных медико-социальных проблем в современном мире являются врожденные малые аномалии развития в полости рта в связи с их высокой частотой и распространенностью. Одной из таких аномалий является короткая или низкоприкреплённая уздечка верхней губы.

Уздечка верхней губы (frenulum labii superioris) – это сагиттально-срединная складка слизистой оболочки, разделяющая свод преддверия полости рта по средней линии.

Разные авторы по-своему определяют данное понятие. Топольницкий О.З. и Васильев А.Ю. - уздечка представляет собой тонкую треугольной формы складку слизистой оболочки, лишённую мышц, имеющую основание на альвеолярном отростке верхней челюсти. (с-36; 2011)

Уздечка — это маленькая связка или складка слизистой мембраны, которая прикрепляет губы и щеки к альвеолярному отростку и ограничивает их движения – такое определение даёт Коэн Э. в своём Атласе по косметической и реконструктивной хирургии пародонта. (с-113; 2007)

Формирование уздечки верхней губы – образования, имеющего центральную симметрию, заключается в слиянии первичных эмбриональных структур и начинается на десятой неделе внутриутробного развития. На третьем месяце внутриутробного развития уздечка верхней губы больше похожа на аномальную в послеродовом периоде: простирается как непрерывная полоса ткани из бугорка на внутренней стороне губы и через альвеолярный гребень вплетается в нёбный (резцовый) сосочек. До рождения ребёнка две боковые половинки альвеолярного гребня объединяются, и полоска ткани становится полностью закрытой костью. Со временем уздечка отступает вверх по губной поверхности альвеолярного отростка. Но это движение является относительным, так как новые костные отложения увеличивают высоту альвеолярного гребня, в то время как уздечка остаётся на месте. Окончательное формирование происходит на поздних этапах фетогенеза.

Гистологически уздечка состоит из плотной коллагеновой ткани, рыхлой соединительной ткани и эластических волокон. Следует отметить, что мышечные волокна в ней отсутствуют.

Есть предположение, что аномалии уздечки верхней губы возникают вследствие нарушения процесса физиологического формирования и развития мягкотканых структур, которое связано с геномом ДНК у плода в пренатальном периоде. Вероятно, могут возникать состояния «переизбытка» или «недостаточности» соединительнотканных волокон на стадии морфологической дифференциации соматических тканевых структур уздечки верхней губы. (Персин Л.С., Елизарова В.М. Стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 2003. – 639 с.)

К ненаследственным факторам можно отнести вредное воздействие на эмбрион в первом триместре, в период формирования зубочелюстной системы. К числу этиологических факторов относят токсикозы беременности, вирусные заболевания женщины, прием лекарств (салицилатов, антибиотиков, сульфаниламидов и др.), стрессы, воздействие профессиональных вредностей (работа с красками, лаками, химическими реактивами) и др. Считается, что малые аномалии развития чаще встречаются у детей, рожденным матерями в возрасте старше 35 лет.

Нормальное прикрепление уздечки верхней губы наблюдается в том случае, когда линия, соединяющая точки пересечения десневого желобка с продольной осью зубов, ограничивающих уздечку, не пересекают последнюю и не проходят в точке её прикрепления, а располагается апикально на расстоянии, превышающим размер свободной десны (Суражев Б.Ю., 2000).

При прорезывании молочных зубов уздечка верхней губы должна располагаться от середины десневого сосочка между центральными резцами и вплетаться в губу; в норме, прикрепление должно быть на 5-8 мм выше от шейки резцов. Если возникает малая аномалия развития, она может быть низкоприкреплённой, либо короткой. Если уздечка короткая, она толстая, мощная, треугольной формы, если низко прикреплена - тонкая и прозрачная.

Из вышенаписанного следует, что встречается два типа аномалий уздечки верхней губы, а также их комбинация.

Первый тип - уздечка верхней губы толстая, мощная, треугольной формы и короткая. Нижний полюс ее вплетается в резцовый сосочек на небе или в межзубной сосочек между центральными резцами. При оттягивании верхней губы сосочек бледнеет или даже смещается, обнажая шейки зубов. В толще уздечки определяется плотный соединительнотканной тяж, фиксированный к кости по средней линии. Подвижность верхней губы при этом несколько ограничена. Диастема при таком типе уздечки, как правило, широкая, свыше 3 мм. Могут наблюдаться признаки воспаления десны и краевого пародонта вследствие постоянной травматизации десневого сосочка во время приема пищи и при проведении чистки зубов.



Рис. 6. Короткая уздечка верхней губы.

Второй тип - уздечка верхней губы, тонкая, иногда прозрачная, в виде дупликатуры слизистой, которая прикрепляется к гребню альвеолярного отростка между центральными резцами. В данном случае уздечка верхней губы не короткая, а низкоприкреплённая. Как следствие такого расположения может возникнуть диастема, а также заболевания пародонта воспалительно-дистрофического характера. Диастемы при таком типе уздечки, как правило, неширокие - 2-3 мм.



Рис. 7. Низкоприкреплённая уздечка верхней губы.

Третий тип – аномалия смешанного типа: уздечка верхней губы короткая и низко прикреплена.

Также существуют две формы уздечки верхней губы: проникающая и непроникающая. Проникающая - уздечка, волокна ножки которой вплетаются в срединный шов. В результате такой формы всегда образуется диастема. Непроникающая форма – ножка уздечки прикрепляется к межзубному сосочку без вплетения волокон в межальвеолярный шов. Диастема в таких случаях возникает редко, но возможна вытянутость средней части красной каймы губы.

Таким образом, различные виды патологий впоследствии потребуют различные тактики их коррекции.

# 1.4 Классификации уздечки верхней губы

Существует множество классификаций различных авторов по типам уздечки верхней губы. Sewerin I. в своём труде «Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum» описывает четыре вида уздечек верхней губы так:

1. Простоя уздечка – уздечка с нишами
2. Стойкая тектолабиальная – уздечка расщеплена надвое
3. Простая с отростком – двойная уздечка
4. Простая с узелковым утолщением – уздечка с двумя или более вариациями

Г.Ю. Пакалнс (1969) группирует уздечки верхней губы по месту прикрепления:

* плотные уздечки с местом прикрепления на вершине межзубного сосочка;
* средние уздечки, которые прикрепляются на расстоянии 1-5 мм от вершины межзубного сосочка;
* слабые уздечки, которые прикрепляются в области переходной складки.

Ю.М. Образцов и С.Н. Ларионов выделяют три типа по плотности уздечек, где:

I тип – уздечка представлена тонкой слизистой;

II тип – уздечка представлена тонкой слизистой и имеет недостаточную длину, подвижность уздечки ограничена;

III тип - представлен широким тяжом, который укорочен до резцового сосочка, подвижность уздечки верхней губы ограничена.

Наиболее часто употребимая классификация уздечки верхней губы - по Ф. Я. Хорошилкиной:

1. уздечка обычной длины, тонкая, но прикрепляется низко к десневому краю, при движении верхней губы травмирует десневой край, вызывая его воспаление;
2. уздечка верхней губы короткая, широкая в виде тяжа, прикрепляется у десневого края, травмируя слизистую оболочку десны;
3. уздечка верхней губы короткая, широкая в виде тяжа прикрепляется к вершине десневого сосочка, раздвигая центральные зубы.

При I и II видах патологии показано иссечение либо рассечение уздечки у места прикрепления и ушивание раны. При III типе данной патологии показано иссечение уздечки, иссечение волокон, вплетающихся в срединный шов верхней челюсти, с компактостеотомией между центральными резцами. (Хорошилкина Ф.Я. Этиология, клиника и лечение диастемы с-77-81, 1972)

Леонтьев В.К. и Кисельникова Л.П. – авторы Национального руководства по детской терапевтической стоматологии, различают уздечки верхней губы по:

* толщине: тонкие, средние, широкие (толстые);
* длине: короткие, средние, длинные;
* силе – слабые, средние, сильные;
* месту прикрепления: вершина, центр или основание межзубного сосочка, вплетение в межчелюстной шов, альвеолярная десна на1-5 мм от вершины межзубного сосочка.  
  (стр. 220)

Прикрепление уздечки верхней губы по классификации Placek M, Miroslavs S., Mrklas L. по принципу уровня прикрепления уздечки к десневому краю (Семёнов М.Г., Муратов И.В., Малые аномалии развития в полости рта II часть, «Человек» СПб, 2014, стр. 6):

* мукозное – волокна уздечки прикрепляются к мукогингивальному соединению – переходу подвижной и неподвижной слизистой оболочки десны;
* гингивальное – волокна врастают в прикреплённую десну;
* папиллярное – волокна располагаются в межзубных сосочках;
* папиллярно проникающее – волокна уздечки переходят за альвеолярный отросток и простираются до нёбного сосочка.

Клинически, папиллярная и папиллярно проникающая уздечка верхней губы являются патологическими видами, приводящие к диастеме, потере межзубного сосочка, рецессии десны, трудности в выравнивании зубов и психологическим проблемам вследствие недостаточной эстетики.

 P.D.Miller считает, что уздечку верхней губы можно охарактеризовать как патологическую, если она очень широкая или нет видимой зоны прикрепления десны вдоль средней линии по межзубным сосочками, когда уздечка расширена.

Диагностика данной аномалии не представляет никаких трудностей: аномальную или аберрантную, то есть отклоняющуюся от нормы уздечку, можно увидеть визуально, если при натяжении тканей создаётся ишемия.

Аномалии уздечки верхней губы могут привести к различным патологиям.

В первую очередь, может возникнуть диастема. Существует два вида диастем: истинная и ложная.

* Истинная диастема (diastema verum) – характеризуется генетической предрасположенностью, интактным зубным рядом, толстой широкой уздечкой верхней губы, волокна которой вплетаются в резцовый сосочек.
* Ложная диастема (diastema falsum) – заболевание, развивающееся вследствие отсутствия боковых резцов, наличия сверхкомплектных зубов между центральными резцами, аномалии формы и размера резцов, вредных привычек, при этом уздечка верхней губы имеет нормальные размеры и правильное прикрепление (на 5 мм выше от десневого края)

На практике применяется клинико-рентгенологическое разделение диастем на три типа по Хорошилкиной Ф.Я., 1982:

1. Диастема с дивергенцией коронок центральных резцов от средней линии.
2. Диастема с корпусным латеральным смещением центральных резцов от средней линии.
3. Диастема с дивергенцией корней центральных резцов от средней линии.

Из этих трёх видов, второй вид – корпусное латеральное смещение центральных резцов, является истинной диастемой, которая может возникнуть вследствие низкого прикрепления уздечки верхней губы с вплетением её волокон в срединную межальвеолярную перегородку.

Также при патологии уздечки верхней губы может произойти рецессия десны.

Toker H. выделил следующую причину возникновения десневой рецессии:

мукогингивальные аномалии и деформации*.* К данной группе причин развития десневой рецессии следует отнести: мелкое преддверие полости рта, низкое прикрепление уздечек губ, тяжи слизистой оболочки. Недостаточное прикрепление десны при мелком преддверии полости рта приводит к постоянному травмированию пищевым комком, в результате чего нарушается кровообращение и возникают атрофические процессы, способствующие появлению рецессии. Такой же механизм возникновения рецессий при наличии слизисто-альвеолярных тяжей и неправильном прикреплении уздечек верхней и нижней губы (особенно при вплетении соединительно-тканных волокон в межзубный сосочек).

Рецессия десны – патологическое состояние, характеризующееся снижением объема десны в направлении апекса с оголением шейки и корня зуба. (Рино Буркхардт. Новые пути в пластико-пародонтальной хирургии // Клиническая

стоматология. – 2001. – № 1. – С. 30-37.)

Sullivan и Atkins (1968) разделили рецессии десны на четыре класса: глубокие широкие, мелкие широкие, глубокие узкие, мелкие узкие. Основываясь на этом, они заключили, что глубокие широкие рецессии наименее благоприятны и предсказуемы для устранения. Miller (1985) дополнил эту классификацию, приняв во внимание особенности рецессий и вовлечение в процесс смежных тканей с аппроксимальных сторон. (Коэн Эдвард. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта, 2007. 328 стр.)

Классификация Миллера:

I класс: Рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует.

* Подкласс А: узкая.
* Подкласс В: широкая.

Прогноз: возможно закрытие на 100%.

II класс: Рецессия в пределах кератинизированной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует.

* Подкласс А: узкая.
* Подкласс В: широкая.

Прогноз: возможно закрытие на 100%.

III класс: Рецессия II класса сочетается с поражением аппроксимальной поверхности.

* Подкласс А: без вовлечения соседних зубов.
* Подкласс В: с вовлечением соседних зубов.

Прогноз: невозможно закрытие корня на 100%*.*

IV класс: Потеря десны и кости в межзубных промежутках — циркулярная.

* Подкласс А: у ограниченного количества зубов.
* Подкласс В: генерализованная горизонтальная потеря десны.

Прогноз: закрытие корня невозможно*.*

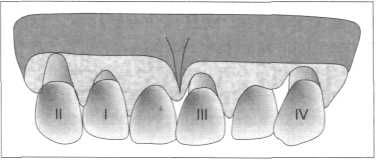
**

Рис. 8. Классификация рецессии десны по Миллеру.

Из-за низкого прикрепления уздечки может образоваться зубодесневой карман, в котором происходит отложение поддесневого зубного камня.

Зачастую короткая уздечка верхней губы может быть выявлена врачом ортопедом или ортодонтом при наличии патологического прикуса или при необходимости проведения рационального протезирования в детском возрасте.

Не только врач-стоматолог может обнаружить данную аномалию, но также и логопед, если расстроена функция речи. Чаще всего логопед обращает на это внимание, если ребёнок плохо произносит гласные звуки по типу «о», «у», «ю» и другие, где задействованы губы.

Нередко детей подросткового возраста беспокоят эстетические показания – гингивальная улыбка, являющаяся следствием короткой уздечки верхней губы, которые впоследствии могут привести к развитию вторичных психических реакций. При идеальной улыбке десна либо не видна, либо просматривается 0,2-0,4 мм десневого края. Десневая улыбка характеризуется обнажением десны более 0,5 мм.

Таким образом, опера­тивное вмешательство на уздечке верхней губы проводится по косме­тическим, ортодонтическим, орто­педическим и пародонтологическим показаниям.

Помимо показаний к оперативному вмешательству на уздечку верхней губы существуют и противопоказания к проведению френулопластики.

Местные:

1. Рецидивы заболеваний слизистой оболочки ротовой полости.

2. Перенесённая лучевая терапия в области головы, шеи.

3. Остеомиелит острый или хронический.

4. Системный кариес.

Общие:

1. Психические болезни.

2. Алкоголизм и наркомания.

3. Поражения головного и спинного мозга.

5. Склонность к образованию келоидных рубцов.

6. Болезни крови (гемофилия).

7. Онкологические заболевания.

# 1.5 Лечение

Существует множество статей по поводу лечения уздечки языка, в отличие от уздечки верхней губы, где описаны возрастные показания для проведения операции по её иссечению: жизненные, когда есть выраженное нарушение функции сосания, в таком случае проводится паллиативная операция – рассечение уздечки языка в первые дни жизни ребёнка. Если ребёнок плохо произносит буквы «р», «е», «с», шипящие звуки, то операцию по поводу короткой уздечки языка проводят по логопедическим показаниям в возрасте 4-5 лет. В 7-9-летнем возрасте возникают жалобы на неправильное расположение фронтальных зубов на нижней челюсти, нарушение прикуса, а при прикреплении уздечки к десневому краю нижней челюсти возникают жалобы на воспаление слизистой десен в участке фронтальных зубов, кровотечение из десен при чистке зубов и еде, иногда возможен разрыв уздечки (при активных движениях языком), тогда жалобы на кратковременное кровотечение и боль в месте разрыва уздечки – всё это показания для иссечения уздечки языка в данном возрастном периоде.

В отличие от лечения аномалий прикрепления или размера уздечки языка, для лечения короткой или низкоприкреплённой уздечки верхней губы нет чётких возрастных показаний, обоснованных на уровне доказательной медицины на уровне А (высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.) Среди специалистов, занимающихся этой проблемой, существуют различные мнения: операцию назна­чают не ранее чем после полного прорезывания 11, 21 зубов и час­тичного — 12, 22, до этого возраста диастема может быть физиологической. Параллельно существует мнение, что данное вмешательство на слизистую оболочку стоит проводить после 12-14 лет, когда зубочелюстная и лимфоидная системы становятся полностью сформированными, так как существует мнение, что уздечка верхней губы – это иммунная зона, однако достоверных и научно обоснованных данных в литературе найти не удалось.

Proffit W.R. считает, что френулопластика до закрытия промежутка между центральными резцами может препятствовать его закрытию. Минимальный возраст для френулэктомии – после прорезывания постоянных клыков. Это не ранее 11-12 лет. (Малые аномалии развития полсти рта. Часть II. Семёнов М.Г., Муратов И.В., «Человек», СПб, 2014 г.)

На кафедре стоматологии детского возраста, кафедре оториноларингологии Курского государственного медицинского университета было проведено исследование на тему: «Влияние хирургического лечения укороченных уздечек верхней губы и языка на состояние иммунитета в ротовой полости у детей» Локтионова А.Ю., Лазарев А.И., Хлобыстова Т.В. Лечение пациентов с данной аномалией проводилось хирургическим скальпелем либо радиоволновым аппаратом «Сургитрон». На вторые сутки после проведения френулотомии был проведён сбор и исследование ротовой жидкости у пациентов с укороченной уздечкой верхней губы для определения местного иммунного статуса. Исследованию подверглась смешанная не стимулированная ротовая жидкость. Проводилась количественная оценка уровней IgG, IgM, sIgA, IgA, ФНОα, С3, С4- компонентов.

Поддержание иммунного гомеостаза в ротовой полости осуществляется не только гуморальными и клеточными факторами неспецифической резистентности – барьерные свойства слизистой оболочки, система резистентных макрофагов, лизоцим и пропердин, но также клеточными и гуморальными звеньями иммунитета, процесс фагоцитоза и кислородзависимого киллинга, которые обеспечиваются за счёт мигрировавших в очаг воспаления и работающих на местном уровне клеток.

У пациентов до проведения операции в слюне наблюдалось снижение концентрации ФНОα, С4-компонентов комплемента и повышение уровня С3-компонентов комплемента, всех классов иммуноглобулинов: M, G и секреторной фракции A.

После проведения операции хирургическим скальпелем снижалось до нормы содержание IgG, IgM, что связано с санацией полости рта от микробной флоры, повышение sIgA из-за уменьшения его расходования для связывания с антигенами. При использовании аппарата «Сургитрон» отмечались такие же эффекты, вдобавок нормализовался уровень ФНОα за счёт восстановления функции макрофагов.

Техника оперативных вмешательств при данной аномалии не сложна, проводится обычно врачом на амбулаторном хирургическом приёме.

Однако разнообразие методик оперативных вмешательств затрудняет их выбор при той или иной патологии уздечек или преддверия полости рта. Чаще всего хирург-стоматолог, не определив вид патологии, её степень, индивидуальные особенности ребёнка применяет стандартные техники оперативных вмешательств без выбора показаний. (Скрипникова Т.П., Богашова Л.Я, Мельник В.Л. Хирургическая коррекция мягких тканей полости рта в комплексном лечении зубочелюстных деформаций)

Френулотомия (рассечение уздечки) – это хирургическое ослабление натяжения уздечки с наивысшей точки её прикрепления к её основе и вниз к альвеолярному отростку.

Показанием к проведению данной манипуляции является низкоприкреплённая уздечка верхней губы.

Преимуществом данной операции является её минимальная травматичность.

Семёнов М.Г. и Муратов И.В. (Малые аномалии развития в полости рта. Часть II. СПб. Издательство «Человек». С- 9-10) считают данную манипуляцию недопустимой, т.к. данный вид вмешательства не позволяет достичь поставленных целей и может привести к рецидиву.

Э.Коэн в Атласе по реконструктивной хирургии пародонта (с – 113) отмечает, что процедуры френулотомии будет достаточно, если она выполнена тщательно и полностью, при этом френулэктомия редко бывает необходима, и она более травматична.

После антисептической обработки и инфильтрационной анестезии проводится поперечное рассечение уздечки на границе 1/3 части уздечки, расположенной ближе к зубному ряду, и остальными 2/3 длины ее. После рассечения слизистой рассекают тяжи в области образовавшейся раны, оттягивают губу, стягивают боковые края слизистой оболочки в области разреза и, сближая, накладывают швы вначале на середине, а затем через каждые 3-4 мм.

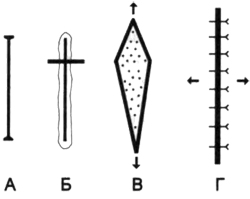
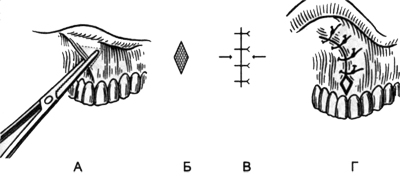


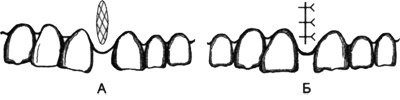
Рис. 9. Схема рассечения уздечки (френулотомии).  
А — длина уздечки до рассечения.  
Б — место рассечения уздечки.  
В — растягивание краев раны.  
Г — наложение швов

Послеоперационное ведение – рекомендуется щадящая диета, по­лоскание рта слабыми растворами антисептиков (0,05% раствор хлоргексидина, мирамистин). Чистка зубов верхней челюсти с вестибулярной стороны не прово­дится до полного заживления раны на альвеолярном отростке. Смена йодоформного тампона рекоменду­ется на 7—8-е сутки после опера­ции и при необходимости повторя­ется.

Френулэктомия (иссечение уздечки) – это полное удаление уздечки, включая её связки с альвеолярным отростком. В основном применяется при лечении короткой уздечки верхней губы.

Недостатком является её большая травматичность по сравнению с методикой рассечения уздечки.   
После антисептической обработки и инфильтрационной анестезии вертикально оттягивают губу, на середину уздечки накладывают зажим, и ассистент удерживает его таким образом, чтобы хирург при помощи ножниц мог сделать два сходящихся разреза по обе стороны зажима. Края образовавшейся раны по всему периметру отслаиваются на 1-3 мм для удобства стягивания краев и наложения швов (сначала - рядом с зубами, а затем через 3-4 мм - в сторону губы). Ведение в послеоперационном периоде такое же, как и после френулотомии.

  
  
Рис. 10. Схема иссечения уздечки (френулэктомии).  
А — иссечение ткани вокруг наложенного на уздечку зажима.  
Б — оттягивание губы и растягивание краев раны.  
В — сближение краев раны и наложение швов.  
Г — увеличение расстояния в области уздечки

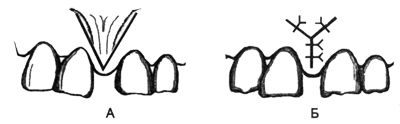
  
  
Рис. 11. Схема френулэктомии.  
А — иссечение массивной уздечки двумя встречными полулунными разрезами.  
Б — наложение швов

Френулопластика.

Широко известны две методики пластики уздечек — Y-образная и по Лимбергу (Z-образная).

Данные манипуляции проводятся при аномалийно низкоприкреплённой уздечке верхней губы.

Y – образная: чаще всего применяется по пародонтологическим показаниям (Семёнов М.Г., Муратов И.В., Малые аномалии развития в полости рта II часть, «Человек» СПб, 2014, стр. 10). Проводят одновременно иссечение уздечки и углубление преддверия рта. Для этого после иссечения уздечки в виде треугольника делают два дополнительных разреза по обе стороны от основания треугольника, отслаивают слизистую и надкостницу в апикальном направлении. Образовавшаяся фигура после наложения швов напоминает латинскую букву Y, на альвеолярный отросток накладывается йодоформная турунда или другой марлевый материал (например, «Тахокомб»). Из-за применения йодоформа и заживления раны вторичным натяжением, считается нецелесообразным её применение у детей.

  
Рис. 12. Схема иссечения массивной уздечки верхней губы.  
А — иссечение уздечки треугольным разрезом.  
Б — наложение швов

Z-пластика: после проведения инфильтрационной анестезии оттягивают губу и рассекают уздечку продольно по гребню на всем протяжении (около 3 см) от точки прикрепления на альвеолярном отростке почти до внутреннего края красной каймы. Слизистую оболочку губы скальпелем широко мобилизуют в подслизистом слое по обе стороны от разреза. Затем производят 2 дополнительных разреза: один — на альвеолярном отростке под углом в 70°, а второй — на губе под углом в 80° длиной 2—2,5 см. Лоскуты мобилизуют, взаимно перемещают и фиксируют швами.

При необходимости проводится компактостеотомия по средней линии между корнями центральных резцов (Семёнов М.Г., Муратов И.В., Малые аномалии развития в полости рта II часть, «Человек» СПб, 2014, стр. 10).

Преимуществом данной методики является то, что все раневые поверхности закрыты.

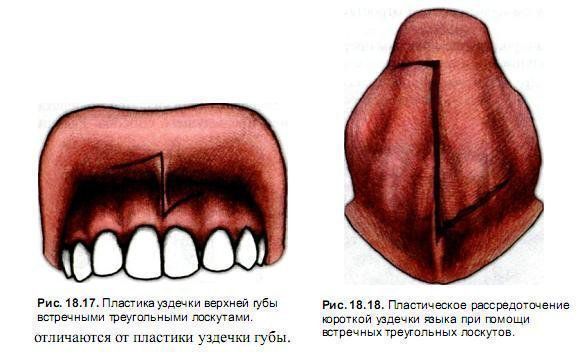


Рис. 13. Пластика уздечки верхней губы по Лимбергу.

Кроме традиционного применения скальпеля возможно использование диодного лазера или аппарата «Сургитрон» – радиохирургическое вмешательство.

В клиническую практику активно внедряются хирургические лазерные системы, которые благодаря точному регулированию мощности и других параметров создают минимальную зону термического повреждения. Общеизвестно бактерицидное действие лазера, а также стерильность электрода и стерилизующее воздействие радиоволны на края раны.

В основе действия «Сургитрона» лежит эффект преобразования электрического тока в радиоволны с частотой 3,8 МГц. В результате сопротивления тканей проникновению в них высокочастотных радиоволн образуется тепло, обладающее рассекающим эффектом. Особенностью данного метода является то, что не происходит нагревания тканей, следовательно, ожога, так как сам электрод остаётся холодным.

Д.м.н., проф. А.И. Воложин, д.м.н., проф. О.З. Топольницкий, д.м.н., проф. А.Б. Шехтер, асп. Е.И. Дорофеева, к.м.н., врач Ю.А. Зуйков, д.м.н., проф. С.В. Тарасенко провели экспериментальное исследование относительно особенностей заживления ран в полости рта в результате применения скальпеля, радионожа и лазера, в ходе которого были сделаны следующие выводы: что раневое заживление слизистой оболочки в значительной степени зависит от метода нанесения повреждения.

При использовании лазера важно выставить правильные режимы при проведении операции. Так исследование показало, что при работе на мощности 6 Вт через трое суток после операции на слизистой оболочке образовывались обширные раневые дефекты, при этом регенерации тканей не происходило. На дне раны наблюдался фибринозно-лейкоцитарный экссудат с обширным некротическим тканевым детритом. В слизистой оболочке были видны крупные очаги некроза мышц и выраженная воспалительная инфильтрация. На другой группе испытуемых была испробована мощность равная 1,5 Вт. В те же сроки раневой дефект был меньше, начиналась краевая регенерация эпителия, на дне раны образовывалась грануляционная ткань с большим количеством сосудов и фибробластов и умеренной воспалительной инфильтрацией. Некроз тканей был значительно меньше, чем при мощности лазера равной 6 Вт.

На шестые сутки после использования мощности 6 Вт тканевой дефект уменьшился, на дне раны образовалась грануляционная ткань, которая была значительно инфильтрирована воспалительными клетками. Всё ещё наблюдался некроз мышечной ткани. При использовании лазера мощностью 1,5 Вт эпителий полностью покрывал раневой дефект, формировалась рубцовая ткань.

Таким образом, раневой дефект слизистой оболочки щеки, нанесенный эрбиевым лазером при мощности облучения 1,5 Вт, вызывает значительно меньшие некротические изменения тканей и способствует более быстрому заживлению раны, чем при мощности облучения 6 Вт.

При проведении операции радионожом уже на 3 сутки раневой дефект был полностью эпителизирован, при этом новообразованный эпителий дифференцирован на слои, но отличается гиперплазией. Грануляционная ткань имела зрелый характер. На 6-е сутки раневой дефект уже полностью закрыт хорошо дифференцированным эпителием. Грануляционная ткань, заполняющая раневой канал, трансформируется в фиброзно-рубцовую, некротизированная ткань полностью резорбирована, воспалительная инфильтрация отсутствует. Через 11 суток рубец становится тонким и рыхлым, ткань вокруг него полностью нормализуется, эпителий не отличается от интактного.

При использовании скальпеля (контрольная группа) к 3-м суткам эпителизация раневого дефекта имелась только на краях раны. Большая часть дефекта покрыта фибринозно-лейкоцитарным экссудатом. Раневой канал заполнен соединительной и мышечной некротизированной тканью, а также очагами незрелой грануляционной ткани. Отмечалась также воспалительная инфильтрация ткани. В глубине раневого канала и вокруг него оставалась некротизированная мышечная ткань. К 6-м суткам раневой дефект уже полностью эпителизирован. Новообразованный эпителий характеризуется гиперплазией и врастает в раневой канал. Грануляционная ткань, заполняющая раневой канал, созревает, но не превращается в рубцовую соединительную ткань, и сохраняется воспалительная инфильтрация. На 11-е сутки на месте раневого канала формировался клиновидный, относительно широкий и грубый рубец из плотной соединительной ткани.

Из выше написанного можно сделать вывод, что раневой дефект слизистой оболочки полости рта, нанесенный эрбиевым лазером при мощности 1,5 Вт или радионожом, заживает в более короткое время, чем при нанесении разреза обычным скальпелем. Некротизированная ткань быстрее отторгается и резорбируется макрофагами. Грануляционная ткань в раневом канале созревает и претерпевает фиброзно-рубцовую трансформацию в более короткое время. Регенерация эпителия, его дифференциация и полная эпителизация дефекта наступает значительно раньше, а формирующийся после заживления рубец остается более тонким и пластичным.

# 

# ГЛАВА 2. Материалы и методы

# 2.1. Обоснование объекта и методов исследования

Для изучения выбора врачей-стоматологов относительно возраста проведения манипуляций по устранению малой аномалии развития полости рта – короткой или низкоприкреплённой уздечки верхней губы, а также выбора методики проведения операции, были составлены анкеты для врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов.

Объектом анкетирования стали 40 врачей стоматологов-хирургов и 20 врачей ортодонтов, ведущих приёмы пациентов в Государственных поликлиниках и частных клиниках. Предметом исследования является осведомлённость врачей стоматологов по поводу оптимального возраста проведения манипуляции подрезания уздечки верхней губы.

Были составлены анкеты двух видов для докторов разных специальностей, где были предложены вопросы, касающиеся пластики уздечки верхней губы. (Приложение 1)

# 2.2. Параклинические методы

В данной работе были использованы социологический метод (анкетирование) и математический метод для обработки полученных данных

**Математический метод**

Полученные результаты обрабатывались с помощью статистических методов. В частности, была использована программа Microsoft Excel.

**Социологический метод (анкетирование)**

Для получения полного представления о том, какую тактику лечения выбирают врачи-стоматологи при данной малой аномалии полости рт, были составлены два вида анкет: для стоматологов-хирургов и для врачей ортодонтов.

# 

# ГЛАВА 3. Результаты исследования

# Статистическая обработка результатов

Таблица 3.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по месту работы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Место работы | | | | | | | |
| Государственная  поликлиника | | Частная (коммерческая) клиника | | Стационар | | Свой кабинет | |
| Стоматолог-хирург | 21 | 44% | 22 | 46% | 3 | 6% | 2 | 4% |
| Ортодонт | 8 | 38% | 13 | 62% | 0 | 0% | 0 | 0% |

Рис. 3.1. Распределение врачей по месту работы.

Рис. 3.1.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов по месту работы, %.

Рис. 3.1.2. Распределение врачей ортодонтов по месту работы, %.

В таблице 3.1 и на рисунках 3.1 приведено распределение врачей по месту работы. Больше всего врачей работают в частных клиниках: 46% хирургов и 62% ортодонтов. В государственных поликлиниках работают 44% стоматологов-хирургов и 38% врачей ортодонтов. В стационарах и собственных кабинетах работают 6% и 4% хирургов соответственно.

Таблица 3.2. Распределение врачей-стоматологов по стажу работы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Стаж работы | | | | | | | |
| Менее 5 лет | | 5-10 лет | | 11-15 лет | | Более 15 лет | |
| Стоматолог-хирург | 5 | 13% | 15 | 37% | 10 | 25% | 10 | 25% |
| Ортодонт | 7 | 35% | 4 | 20% | 2 | 10% | 7 | 35% |

Рис. 3.2. Распределение врачей-стоматологов по стажу работы.

Рис. 3.2.1. Распределение хирургов-стоматологов по стажу работы, %.

Рис. 3.2.2. Распределение врачей-ортодонтов по стажу работы, %.

В таблице и на рисунке 3.2 продемонстрировано распределение врачей по стажу работы. Большинство из опрошенных хирургов – 15 человек (37%) имеют стаж работы от 5 до 10 лет. Меньше всего респондентов из врачей-хирургов имеют стаж менее 5 лет – 5 человек (13%). Среди ортодонтов по 7 человек (35%) имеют стаж работы менее 5 лет и более 15 лет, от 5 до 10 лет – 4 врача (20%), а от 11 до 15 – 2 врача (10%).

Таблица 3.3. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору методики выполнения манипуляции в зависимости от стажа работы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стаж работы | Методика | | | | | | | |
| Френулэктомия | | V-пластика | | Z-пластика | | Другое | |
| Менее 5 лет | 1 | 7% | 3 | 10% | 3 | 14% | 1 | 8% |
| 5-10 лет | 4 | 32% | 10 | 34% | 8 | 36% | 4 | 33% |
| 11-15 лет | 6 | 46% | 8 | 28% | 4 | 18% | 5 | 42% |
| Более 15 лет | 2 | 15% | 8 | 28% | 7 | 32% | 2 | 17% |

Рис. 3.3. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору методики выполнения манипуляции в зависимости от стажа работы.

Рис. 3.3.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих менее 5 лет по выбору методики выполнения манипуляции, %.

Рис. 3.3.2. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих от 5 до 10 лет по выбору методики выполнения манипуляции, %.

Рис. 3.3.3. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих от 11 до 15 лет по выбору методики выполнения манипуляции, %.

Рис. 3.3.4. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих более 15 лет по выбору методики выполнения манипуляции, %.

Таблица 3.4. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору использования методик пластики в своей практике:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Методика Всего | Френулэктомия | | V-пластика | | Z-пластика | | Другое\* | |
| 13 | 17% | 28 | 37% | 22 | 30% | 12 | 16% |

\*Под ответом «другое» врачи чаще всего писали «методика по Гликман».

Рис. 3.4. Распределение врачей по используемым методикам.

Рис. 3.4.1. Распределение врачей по используемым методикам, %.

Таблица 3.5. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по выбору оптимальных методик:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | | Методика | | | | | | | | | |
| Френулэктомия | | | V-пластика | | Z-пластика | | Другое\* | | |
| Стоматолог-хирург | | 5 | | 11% | 20 | 43% | 14 | 29% | 8 | | 17% |
| Ортодонт | | 0 | | | 0 | | 17 | 74% | 6 | | 26% |
| Итого | 5 | | 7% | | 20 | 29% | 31 | 44% | 14 | 20% | |

\*Под ответом «другое» врачи чаще всего писали «по показаниям».

Рис. 3.5. Распределение врачей по выбору оптимальных методик.

Рис. 3.5.1. Распределение врачей по выбору оптимальных методик, %.

Рис. 3.5.2. Распределение стоматологов-хирургов по выбору оптимальных методик, %.

На основании диаграмм 3.3.1. – 3.3.4. можно сделать вводы, что врачи, чей стаж менее 5 лет, от 5 до 10 лет и более 15 лет чаще используют Z-пластику (36%, 27% и 35% соответственно), Стоматологи-хирурги, чья практика составляет от 11 до 15 лет, чаще проводят френулэктомию (34%).

Однако в таблице 3.4-3.5 и на диаграммах показано, что большинство хирургов (37%) используют в своей практике методику V-пластики. Однако 44% всех врачей (хирурги и ортодонты), принявших участие в анкетировании выбрали методику Z-пластики (74% ортодонтов считают данную методику наиболее оптимальной для проведения пластики уздечки верхней губы, при этом V-пластику не отметил ни один ортодонт), и только 29% - V-пластику. По мнению врачей-хирургов, оптимальной методикой является V-пластика (43%), однако используют данный метод только 37% (рис. 3.4.1.)

Таблица 3.6. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках и частных клиниках, по методикам проведения манипуляции, которые они используют в своей работе.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место работы | Методики | | | | | | | |
| Френулэктомия | | V-пластика | | Z-пластика | | Другое | |
| Государственная поликлиника | 7 | 15% | 17 | 36% | 17 | 36% | 6 | 13% |
| Частная клиника | 6 | 15% | 16 | 41% | 9 | 23% | 8 | 21% |

Рис. 3.6. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках и частных клиниках, по методикам проведения манипуляции, которые они используют в своей работе.

Рис. 3.6.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках, по методикам проведения манипуляции, которые они используют в своей работе, %.

Рис. 3.6.2. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в частных клиниках, по методикам проведения манипуляции, которые они используют в своей работе, %.

На основании таблицы 3.6. можно сделать вывод, что в государственных поликлиниках врачи чаще всего используют методики Z-пластики и V-пластики – 36% хирургов, а в частных клиниках 41% - большинство хирургов-стоматологов применяют методику V-пластики.

Таблица 3.7. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору инструментов для проведения операции:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Инструмент | Диодный лазер | | Электрокоагулятор | | Традиционный скальпель | |
| Всего | 18 | 29% | 8 | 13% | 37 | 58% |

Рис. 3.7. Распределение врачей по выбору инструментария для проведения операции.

Рис. 3.7.1. Распределение врачей по выбору инструментария для проведения операции, %.

Таблица 3.8. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках и частных клиниках, по видам инструментов, которые они используют в своей работе для проведения манипуляции.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место работы | Инструменты | | | | | |
| Диодный лазер | | Электрокоагулятор | | Традиционный скальпель | |
| Государственная поликлиника | 6 | 18% | 5 | 15% | 23 | 68% |
| Частная клиника | 13 | 36% | 4 | 11% | 19 | 53% |

Рис. 3.8. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках и частных клиниках, по видам инструментов, которые они используют в своей работе для проведения манипуляции.

Рис. 3.8.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в государственных поликлиниках по видам инструментов, которые они используют в своей работе для проведения манипуляции, %.

Рис. 3.8.2. Распределение врачей стоматологов-хирургов, работающих в частных клиниках, по видам инструментов, которые они используют в своей работе для проведения манипуляции, %.

На основании приведённых таблиц и диаграмм можно сделать вывод, что в частных клиниках также как и в государственных поликлиниках чаще всего используют традиционный скальпель для проведения пластики уздечки верхней губы (53% и 67% соответственно), на втором месте по использованию диодный лазер – в частных клиниках его используют 36% врачей

Таблица 3.9. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по выбору наиболее частых показаний к пластике уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Показания | | | | | | | |
| Косметические недостатки | | Локальный пародонтит | | Препятствие ортодонтическому/ортопедическому лечению | | Другое | |
| Стоматолог-хирург | 9 | 12% | 27 | 35% | 35 | 45% | 7 | 9% |
| Ортодонт | 4 | 14% | 10 | 34% | 15 | 52% | 0 | 0% |
| Итого | 13 | 12% | 37 | 35% | 50 | 47% | 7 | 7% |

Рис. 3.9. Распределение врачей по выбору наиболее частых показаний к пластике уздечки верхней губы.

Рис. 3.9.1. Распределение хирургов-стоматологов по выбору наиболее частых показаний к пластике уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.9.2. Распределение врачей ортодонтов по выбору наиболее частых показаний к пластике уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.9.3. Распределение хирургов-стоматологов и ортодонтов по выбору наиболее частых показаний к пластике уздечки верхней губы, %.

На рисунках 3.9.1 - 3.9.3 показаны сведения о выборе наиболее частых показаний для проведения пластики уздечки верхней губы у детей среди хирургов и ортодонтов. И хирурги (44%), и ортодонты (52%) считают, что самое частое показание – препятствие ортодонтическому/ортопедическому лечению. 34% хирургов и 35% ортодонтов считают, что частым показанием является локальный пародонтит. 12% хирургов и 14% ортодонтов выбрали ответ «косметические недостатки».

Таблица 3.10. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по выбору основного критерия для необходимости коррекции уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Критерии | | | | | | | | | |
| Направление ортодонта/ортопеда | | Жалобы пациента | | Недостаточная длина уздечки/низкое прикрепление уздечки верхней губы | | Функциональные нарушения | | Другое | |
| Стоматолог-хирург | 18 | 21% | 8 | 9% | 31 | 36% | 25 | 29% | 4 | 5% |
| Ортодонт | 4 | 17% | 0 | 0% | 8 | 33% | 12 | 50% | 0 | 0% |
| Итого | 22 | 20% | 8 | 7% | 39 | 35% | 37 | 34% | 4 | 4% |

Рис.3.10. Распределение врачей по выбору основного критерия для необходимости коррекции уздечки верхней губы.

Рис. 3.10.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору основного критерия для необходимости коррекции уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.10.2. Распределение врачей ортодонтов по выбору основного критерия для необходимости коррекции уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.10.3. Распределение врачей хирургов-стоматологов и ортодонтов по выбору основного критерия для необходимости коррекции уздечки верхней губы, %.

В таблице 3.10. показано, что основным критерием для проведения операции для хирургов является недостаточная длина / низкое прикрепление уздечки верхней губы, а для ортодонтов – функциональные нарушения.

Таблица 3.11. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по выбору оптимального возраста для проведения наиболее эффективной пластики уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Возраст | | | | | | | | | | | |
| С момента выявления | | До 6-7 лет | | | 7-9 лет | | 10-12 лет | | | 12 лет и старше | |
| Стоматолог-хирург | 9 | 20% | 2 | 5% | | 19 | 43% | 7 | 16% | | 7 | 16% |
| Ортодонт | 5 | 28% | 0 | 0% | | 10 | 55% | 1 | 6% | | 2 | 11% |
| Итого | 14 | 23% | 2 | 3% | 29 | | 47% | 8 | 13% | 9 | | 14% |

Рис. 3.11. Распределение врачей по выбору оптимального возраста для проведения наиболее эффективной пластики уздечки верхней губы.

Рис. 3.11.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения наиболее эффективной пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.11.2. Распределение врачей ортодонтов по выбору оптимального возраста для проведения наиболее эффективной пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.11.3. Распределение врачей хирургов и ортодонтов по выбору оптимального возраста для проведения наиболее эффективной пластики уздечки верхней губы, %.

Из таблицы 3.11. можно сделать выводы, что большинство хирургов (43%) и ортодонтов (55%) наиболее оптимальным возрастом для проведения оперативного вмешательства считают от 7 до 9 лет; тогда как возраст 12 лет и старше выбирают всего 14% врачей.

Таблица 3.12. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по выбору данных, на которых основывается их мнение в выборе наиболее оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Данные | | | | | | | |
| Научные статьи | | Опыт коллег | | Собственный опыт | | Другое | |
| Стоматолог-хирург | 19 | 26% | 20 | 27% | 33 | 46% | 1 | 1% |
| Ортодонт | 9 | 27% | 10 | 30% | 14 | 43% | 0 | 0% |
| Итого | 28 | 26% | 30 | 29% | 47 | 44% | 1 | 1% |

Рис. 3.12. Распределение врачей по выбору данных, на которых основывается их мнение в выборе наиболее оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы.

Рис. 3.12.1. Распределение хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение в выборе наиболее оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.12.2. Распределение врачей ортодонтов по выбору данных, на которых основывается их мнение в выборе наиболее оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.12.3. Распределение врачей хирургов и ортодонтов по выбору данных, на которых основывается их мнение в выборе наиболее оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы, %.

На основании данных таблицы 3.12. и рисунка 3.12.3 можно сделать вывод, что большинство врачей обеих специальностей при выборе оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы опираются на собственный опыт (44% - 47 человек), что свидетельствует о недостаточном количестве научных данных по этой теме.

Таблица 3.13. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение, при проведении пластики уздечки верхней губы в зависимости от стажа работы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стаж работы | Данные | | | | | | | |
| Научные статьи | | Опыт коллег | | Собственный опыт | | Другое | |
| Менее 5 лет | 3 | 16% | 4 | 20% | 3 | 9% | 0 | 0% |
| 5-10 лет | 5 | 26% | 9 | 45% | 13 | 41% | 0 | 0% |
| 11-15 лет | 6 | 32% | 4 | 20% | 7 | 22% | 0 | 0% |
| Более 15 лет | 5 | 26% | 3 | 15% | 9 | 28% | 1 | 100% |

Рис. 3.13. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение, при проведении пластики уздечки верхней губы в зависимости от стажа работы.

Рис. 3.13.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение, при проведении пластики уздечки верхней губы в зависимости от стажа работы, %.

Рис. 3.13.2. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение, при проведении пластики уздечки верхней губы в зависимости от стажа работы, %.

Рис. 3.13.3. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору данных, на которых основывается их мнение, при проведении пластики уздечки верхней губы в зависимости от стажа работы, %.

На основании таблицы 3.13. можно сделать вводы, что на научные статьи больше всех опираются врачи со стажем от 11 до 15 лет – 32%, хирурги, работающие от 5 до 10 лет, в основном опираются на свой опыт или опыт коллег, врачи со стажем более 15 лет предпочитают руководствоваться собственным опытом, а доктора, чей стаж менее 5 лет опираются на опыт коллег, что не может являться приемлемым для проведения оперативных вмешательств.

Таблица 3.14. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения операции на основании различных данных.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные | Возраст | | | | | | | | | |
| С момента выявления | | До 6-7 лет | | 7-9 лет | | 10-12 лет | | 12 лет и старше | |
| Научные статьи | 1 | 5% | 0 | 0% | 11 | 58% | 3 | 16% | 4 | 21% |
| Опыт коллег | 6 | 28% | 2 | 9% | 8 | 36% | 4 | 18% | 2 | 9% |
| Собственный опыт | 8 | 22% | 2 | 5% | 17 | 46% | 4 | 11% | 6 | 16% |
| Другое | 1 | 100% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |

Рис. 3.14. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения операции на основании различных данных.

Рис. 3.14.1. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения операции на основании научных статей, %.

Рис. 3.14.2. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения операции на основании опыта коллег, %.

Рис. 3.14.3. Распределение врачей стоматологов-хирургов по выбору оптимального возраста для проведения операции на основании собственного опыта, %.

На основании диаграмм 3.14.1 – 3.14.3. можно сделать вывод, что хирурги предпочитают проводить оперативное вмешательство на уздечке верхней губы в возрасте 7-9 лет. Опираясь на научные статьи этот вариант выбрали 58% врачей, опираясь на опыт коллег – 36%, на собственный опыт – 46%. Только 16% врачей нашли в научных статьях по данной теме указания на проведение данной манипуляции в возрасте от 10 до 12 лет. Таким образом, научные статьи преимущественно рекомендуют возраст для проведения пластики уздечки от 7 до 9 лет.

Таблица 3.15. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по количеству наблюдений за отдалёнными результатами своей работы:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Наблюдение за отдалёнными результатами | | | | | |
| Да | | Нет | | От случая к случаю | |
| Стоматолог-хирург | 23 | 57% | 2 | 5% | 15 | 38% |
| Ортодонт | 8 | 40% | 0 | 0% | 12 | 60% |
| Итого | 31 | 52% | 2 | 3% | 27 | 45% |

Рис. 3.15. Распределение врачей по количеству наблюдений за отдалёнными результатами своей работы.

Рис. 3.15.1. Распределение хирургов по количеству наблюдений за отдалёнными результатами своей работы, %.

Рис. 3.15.2. Распределение ортодонтов по количеству наблюдений за отдалёнными результатами своей работы, %.

Рис. 3.15.3. Распределение хирургов и ортодонтов по количеству наблюдений за отдалёнными результатами своей работы, %.

На основании приведённых диаграмм можно сделать вывод, что большая часть хирургов - 57% врачей наблюдают за отдалёнными результатами после проведённых операций и лишь 5% никогда не наблюдают; среди ортодонтов 60% отметили, что они наблюдают от случая к случаю (однако именно ортодонты при коррекции прикуса могут длительное время наблюдать за своими пациентами).

Таблица 3.16. Распределение врачей стоматологов-хирургов по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стоматолог-хирург | Проведение повторных операций | | | | | |
| Да, после моих операций | | Да, после операций других врачей | | Нет | |
| Всего | 1 | 3% | 15 | 37% | 24 | 60% |

Рис. 3.16. Распределение врачей по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции.

Рис. 3.16.1. Распределение врачей по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции, %.

Таблица 3.17. Распределение врачей ортодонтов по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ортодонт | Проведение повторных операций | | |
| Да, редко | Да, часто | Нет |
| Всего | 14 | 0 | 6 |

Рис. 3.17. Распределение врачей ортодонтов по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции.

Рис. 3.17.1. Распределение врачей ортодонтов по частоте встречаемости с необходимостью проведения повторной операции, %.

На основании таблиц и рисунков 3.16. и 3.17. можно сделать выводы, что врачи редко сталкиваются с проблемой проведения повторных операций на уздечке верхней губы.

Таблица 3.18. Распределение врачей стоматологов-хирургов по частоте встречаемости с осложнениями после своих операций:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Стоматолог-хирург | Осложнения после своих операций | | | |
| Да | | Нет | |
| Всего | 12 | 30% | 28 | 70% |

Рис. 3.18. Распределение врачей по частоте встречаемости с осложнениями после своих операций.

Рис. 3.18.1. Распределение врачей по частоте встречаемости с осложнениями после своих операций, %.

На основании таблицы и диаграммы 3.18. можно сделать вывод, что 70% - 28 хирургов никогда не встречались с осложнениями после проведения своих операций.

Таблица 3.19. Распределение врачей ортодонтов по частоте встречаемости с осложнениями после операций по поводу аномалии уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ортодонт | Осложнения после операций | | | |
| Да | | Нет | |
| Всего | 9 | 45% | 11 | 55% |

Рис. 3.19. Распределение врачей по частоте встречаемости с осложнениями после операций по поводу аномалии уздечки верхней губы.

Рис. 3.19.1. Распределение врачей ортодонтов по частоте встречаемости с осложнениями после операций по поводу аномалии уздечки верхней губы, %.

На основании таблицы и диаграммы 3.19. можно сделать вывод, что более половины опрошенных ортодонтов не встречались с необходимостью проведения повторной операции.

Таблица 3.20. Распределение врачей стоматологов-хирургов и ортодонтов по видам осложнений, с которыми они встречаются, после пластики уздечки верхней губы:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Специальность | Осложнения | | | | | | | | | | |
| Воспалительные | | Несостоятельность швов | | Рубцевание | | | Аллергические реакции | | Ожог слизистой оболочки | |
| Стоматолог-хирург | 2 | 11% | 5 | 25% | 10 | 53% | | 0 | 0% | 2 | 11% |
| Ортодонт | 0 | 0% | 0 | 0% | 10 | 77% | 0 | | 0% | 3 | 23% |
| Всего | 2 | 6% | 5 | 16% | 20 | 62% | 0 | | 0% | 5 | 16% |

Рис. 3.20. Распределение врачей по видам осложнений, с которыми они встречаются, после пластики уздечки верхней губы.

Рис. 3.20.1. Распределение врачей хирургов по видам осложнений, с которыми они встречаются, после пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.20.2. Распределение врачей ортодонтов по видам осложнений, с которыми они встречаются, после пластики уздечки верхней губы, %.

Рис. 3.20.3. Распределение врачей хирургов и ортодонтов по видам осложнений, с которыми они встречаются, после пластики уздечки верхней губы, %.

На основании таблицы и диаграмм 3.20. можно сделать выводы, что самым частым осложнением после проведения манипуляции по пластике уздечки верхней губы является рубцевание, что соотносится с тем, что наиболее часто применяемым инструментом для проведения операции по пластике уздечки верхней губы является традиционный скальпель.

Таблица 3.21. Распределение частоты встречаемости осложнений после проведённых операций опрашиваемых врачей стоматологов-хирургов:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стоматолог-хирург | Частота осложнений | | | | | | | |
| Осложнения не встречаются | | До 2% | | От 2 до 10% | | Более 10% | |
| Всего | 10 | 37% | 15 | 55% | 1 | 4% | 1 | 4% |

Рис. 3.21. Распределение частоты встречаемости осложнений после проведённых операций опрашиваемых врачей стоматологов-хирургов.

Рис. 3.21.1. Распределение частоты встречаемости осложнений после проведённых операций опрашиваемых врачей стоматологов-хирургов, %.

На диаграмме 3.21.1. продемонстрировано, что 55% хирургов-стоматологов – 15 человек ответили, что встречаются с осложнениями после проведённых ими операций до 2% случаев, 37% хирургов дали ответ, что после проведённых ими операций никогда нет осложнений.

Таблица 3.22. Распределение врачей стоматологов-хирургов по видам осложнений после проведённых ими операций в зависимости от стажа работы.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Стаж работы | Осложнения | | | | | | | | | |
|  | Воспалительные | | Несостоятельность швов | | Рубцевание | | Аллергические реакции | | Ожоги СОР | |
| Менее  5 лет | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 10% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| 5-10 лет | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 40% | 0 | 0% | 1 | 50% |
| 11-15 лет | 2 | 100% | 3 | 60% | 2 | 20% | 0 | 0% | 1 | 50% |
| Более 15 лет | 0 | 0% | 2 | 40% | 3 | 30% | 3 | 100% | 0 | 0% |

Рис. 3.22. Распределение врачей стоматологов-хирургов по видам осложнений после проведённых ими операций в зависимости от стажа работы.

Рис. 3.22.2. Распределение осложнения «несостоятельность швов» у врачей стоматологов-хирургов после проведённых ими операций в зависимости от стажа работы, %.

Рис. 3.22.3. Распределение рубцовых осложнений у врачей стоматологов-хирургов после проведённых ими операций в зависимости от стажа работы, %.

В таблице 3.22. приведены распределения возможных осложнений после проведения пластики уздечки верхней губы у хирургов-стоматологов. Самым часто встречаемым осложнением у хирургов различного рабочего стажа является рубцевание (традиционным скальпелем данную манипуляцию выполняют более половины опрошенных врачей). Такое осложнение как несостоятельность швов отмечают хирурги, чей стаж более 10 лет. Ожоги СОР после применения лазерных методик чаще у врачей, работающих от 5 до 15 лет (что свидетельствует о том, что данной методикой как более новой не пользуются врачи старшего поколения, но и молодые специалисты предпочитают начинать работу с традиционных методик).

# 3.2 Заключение

Устранение факторов, способствующих развитию пародонтита, нормализация функции и устранение косметических недостатков – вот главные цели проведения пластики уздечки верхней губы у детей. Для того чтобы данная манипуляция вызывала меньше травматизации слизистой оболочки рта и была проведена однократно, необходимо точно понимать, в каком возрасте нужно её проводить, какие методики являются наиболее правильными и наименее травматичными.

Основной целью данного исследования являлось определение оптимального возраста для проведения пластики уздечки верхней губы, опираясь на данные доказательной медицины.

Проблема данного вопроса определила поставленные перед нами задачи:

* Анализ отечественной и зарубежной литературы, для выявления возрастных показаний в разных странах, а также их обоснованности.
* Определение наиболее частых возрастных показаний, применяемых врачами-стоматологами-хирургами и ортодонтами в Санкт-Петербурге для пластики уздечки верхней губы.

Для решения поставленных задач нами были исследованы отечественные и зарубежные научные статьи, в которых были материалы касательно пластики уздечки верхней губы. Однако, проведя тщательный анализ литературы, было выявлено, что не существует доказательной базы рекомендаций уровня А, относительно оптимального возраста для проведения манипуляции по пластике уздечки верхней губы у детей. В исследуемых нами статьях в основном авторы ссылались на доказательства уровне C и D Также было проведено анкетирование 40 врачей стоматологов-хирургов и 20 ортодонтов, в которых поднимались вопросы оптимального возраста проведения операции, выбора наиболее правильных методик пластики, а также вопросы касательно использования научных данных в выборе вышеперечисленных критериев.

При анализе ответов предоставленных нами анкет было выявлено, что врачи-стоматологи не обладают достаточным количеством научных данных по данной теме, при определении возрастных показаний для проведения операции опираются лишь на собственный опыт или опыт коллег, вне зависимости от стажа работы. При этом большинство опрошенных нами врачей придерживаются мнения, что наиболее оптимальным возрастом для проведения операции по устранению короткой или низкоприкреплённой уздечки верхней губы у детей, является возраст от 7 до 9 лет - когда начинают прорезываться латеральные резцы верхней челюсти, и можно определить является ли диастема физиологической или патологической, все опрошенные доктора основывались либо на данных научных статей, либо на опыте коллег/собственном опыте; и лишь 16% респондентов нашли подтверждения в научных журналах, что данную манипуляцию лучше проводить в возрасте от 10 до 12 лет, когда полностью сформировалась иммунная система.

# 3.3. Выводы

1. В ходе анализа анкет было выявлено, что хирурги стоматологи чаще используют в своей практике Z-пластику, вне зависимости от стажа работы, однако наиболее оптимальной считают V-пластику. Применение данных методик обуславливает предпочтение традиционного скальпеля диодному лазеру или электрокоагулятору при проведении операции.

2. Большинство из опрошенных хирургов и ортодонтов при определении наиболее оптимального возраста опираются лишь на опыт коллег или собственный опыт. Научные статьи как основа доказательной базы для проведения манипуляции используется лишь ¼ хирургов из опрошенных нами врачей.

3. Вне зависимости от доказательной базы, которые хирурги выбирают для себя как основополагающую для проведения пластики уздечки верхней губы (научные статьи, собственный опыт, опыт коллег), чаще всего операции проводятся в возрасте от 7 до 9 лет. Только 16% врачей нашли подтверждения в научных статьях, что возраст от 10 до 12 лет является наиболее оптимальным для проведения операции.

4. В ходе проведения анкетирования было выявлено, что многие молодые специалисты, чей стаж менее 5 лет, при выборе показаний и методик для выполнения манипуляции по пластике уздечки верхней губы опираются на собственный опыт, что при недостаточности опыта может приводить к ошибкам при принятии решения.

5.Анализ литературных источников показал, что в настоящее время отсутствует достоверная доказательная база по вопросу наиболее оптимальных сроков проведения пластики уздечки верхней губы, в связи с чем необходимо дальнейшее проведение научных исследований.

# 3.4 Практические рекомендации

В связи с тем, что в настоящее время недостаточно данных относительно выбора оптимального возраста для проведения манипуляции по пластике уздечки верхней губы у детей, на которые можно опираться врачам стоматологам-хирургам в своей ежедневной практике, необходимо больше проводить исследований по данной теме.

Стоматологи-хирурги при выборе показаний для проведения операции по пластике уздечки верхней губы в своём большинстве опираются на опыт коллег и собственный опыт, игнорируя тем не менее имеющиеся по данной теме научные статьи, что является неприемлемым, и врачам следует больше опираться на рекомендации из достоверных научных источников.

Важным аспектом успешно проведённой операции по пластике уздечки верхней губы является наблюдение за пациентом в постоперационный период, чтобы предупредить развития осложнений, а также наблюдать за отдалёнными результатами своей работы, чтобы в последующем применять оптимальные техники проведения операции, определить возрастную категорию, в которой данная манипуляция будет проведена с максимально положительным эффектом.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Анкета для врачей стоматологов-хирургов**

***Пластика уздечки верхней губы у детей***

1) Вы работаете в клинике:

* государственная поликлиника
* частная (коммерческая) клиника
* стационар
* свой кабинет

2) Стаж работы хирургом-стоматологом:

* менее 5 лет
* 5-10 лет
* 11-15 лет
* более 15 лет

3) Какие методики пластики уздечки верхней губы Вы используете в своей практике:

* френулэктомия (полное иссечение)
* V - пластика
* Z - пластика
* Другое

4) Какую технику считаете наиболее оптимальной:

* френулэктомия
* V – пластика
* Z – пластика
* Другое

5) Каким инструментом Вы пользуетесь:

* диодный лазер
* электрокоагулятор
* традиционный скальпель

6) Каковы наиболее частые показания к пластике уздечки верхней губы из Вашего опыта:

* косметические недостатки
* локальный пародонтит
* препятствие ортодонтическому или ортопедическому лечению
* другое

7) Каков, на Ваш взгляд, основной критерий необходимости коррекции уздечки верхней губы:

* направление ортодонта / ортопеда
* жалобы пациента
* недостаточная длина уздечки / низкое прикрепление уздечки верхней губы
* функциональные нарушения
* другое

8) В каком возрасте, с Вашей точки зрения, наиболее эффективна пластика уздечки верхней губы:

* с момента выявления
* до 6-7 лет
* 7-9 лет
* 10-12 лет
* 12 лет и старше

9) На каких данных основывается ваше мнение:

* научные статьи
* опыт коллег
* собственный опыт
* другое

10) Наблюдаете ли Вы отдалённые результаты Вашей работы:

* да
* нет
* от случая к случаю

11) Встречались ли Вы с необходимостью проведения повторной операции:

* да, после моих операций
* да, после операций других врачей
* нет

12) Встречали ли Вы осложнения после своих операций:

* да
* нет

13) Если да, то какие осложнения:

* воспалительные
* несостоятельность швов
* рубцевание
* аллергические реакции
* ожог слизистой оболочки

14) Какова частота осложнений после проведённых Вами операций:

* осложнения не встречаются
* до 2%
* от 2% до 10%
* более 10%

**Анкета для врачей ортодонтов**

***Пластика уздечки верхней губы у детей***

1) Вы работаете в клинике:

* государственная поликлиника
* частная (коммерческая) клиника
* стационар
* свой кабинет

2) Стаж работы ортодонтом:

* менее 5 лет
* 5-10 лет
* 11-15 лет
* более 15 лет

3) Какую технику пластики уздечки верхней губы Вы считаете наиболее оптимальной:

* френулэктомия
* V – пластика
* Z – пластика
* Другое

4) Каковы наиболее частые показания к пластике уздечки верхней губы из Вашего опыта:

* косметические недостатки
* локальный пародонтит
* препятствие ортодонтическому или ортопедическому лечению
* другое

5) Каков, на Ваш взгляд, основной критерий необходимости коррекции уздечки верхней губы:

* направление ортодонта / ортопеда
* жалобы пациента
* недостаточная длина уздечки / низкое прикрепление уздечки верхней губы
* функциональные нарушения
* другое

6) В каком возрасте, с Вашей точки зрения, наиболее эффективна пластика уздечки верхней губы:

* с момента выявления
* до 6-7 лет
* 7-9 лет
* 10-12 лет
* 12 лет и старше

7) На каких данных основывается ваше мнение:

* научные статьи
* опыт коллег
* собственный опыт
* другое

8) Наблюдаете ли Вы отдалённые результаты после проведения пластики уздечки верхней губы:

* да
* нет
* от случая к случаю

9) Встречались ли Вы с необходимостью проведения повторной операции (коррекции уздечки верхней губы):

* да, редко
* да, часто
* нет

10) Встречали ли Вы осложнения после операций по поводу аномалии уздечки верхней губы:

* да
* нет

11) Если да, то какие осложнения:

* воспалительные
* несостоятельность швов
* рубцевание
* аллергические реакции
* ожог слизистой оболочки

# Список литературы

Книги:

1. Барер Г.М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2013. – Ч. 2. – Болезни пародонта. – 224 с.
2. Барер Г.М., Зуйков Ю.А., Воложин А.И*.* Сравнительная оценка репаративного процесса костной ткани после воздействия лазера Waterlaser Millenium разной мощности и механической травмы. Cathedra 2007;6:3:50—55 с.
3. Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины : учеб. пособие для врачей и организаторов здравоохранения / Центр. науч.-исслед. ин-т орг. и информатизации здравоохранения М-ва здравоохранения Рос. Федерации, Межрегион. о-во специалистов доказат. медицины. - М. : Изд-во Медиа Сфера, 2004. - 135 с.
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – 840 с.
5. Боровский Е.В., Барышева Ю.Д., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология. Москва 1997 г.
6. Виноградова Т.Ф. и соавт. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта у детей. //Высшая школа. М. - 1983. - 208 С.
7. Виноградова Т.Ф., Снагина Н.Г., Рогинский В.В. Пороки развития зубов, челюстей и лица. В книге: Стоматология детского возраста. //Высшая школа. М. - 1987. - с. 34-57
8. Гринхальх Т. основы доказательной медицины: [пер. с англ.], 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 282-с.
9. Зеленский В.А., Мухорамов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.
10. Зиганшиной Л.Е., Лепахина В.К., Петрова В.И., Хабриева Р.У. BNF for children 2011-2012 «Большой справочник лекарственных средств»- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с.
11. Колесов А.А., Жилина В.В. Стоматология детского возраста.// Высшая школа. -М. 1991.-292 С.
12. Кручинский Г.В., Артюшкевич А.С. Анатомическая структура преддверия полости рта и прикрепленной десны в возрастном аспекте. //Стоматология. М. - 1986. - №5. - с. 60-62
13. Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 2002. – 640 с.
14. Мюллер Х.-П. Пародонтология. Науч. ред. изд. на русск. яз. проф. А. М. Политун. Пер.с нем. – Львов: ГалДент, 2004. – 256 с.
15. Ненашев А.П., Куликов С.С. Классификация аномалий уздечки верхней губы и их лечение. Стоматология – 1968. - №1 – 77-81 с.
16. Образцов Ю.А., Варакина И.А. Аномалии уздечки языка. Стоматология. – 1985. №6. 25-26 с.
17. Образцов Ю.А., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия. – СПб – Спец.лит. 2007. 159 с.
18. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – изд. 5-е, издательство «Медицина», Москва, 2003 г – 640 с.
19. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. 144-с.
20. Проффит У.Р. Современная ортодонтия / Перевод с англ.; Под ред. Чл-корр. РАМН проф. Персина Л.С. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 560 с.
21. Прохорова Л.И., Мельник В.И., Шапошникова Н.Ф., Петренко Л.А. Иммунная система, иммунодефицит и методы коррекции иммунитета при хронической соматической патологии у детей и подростков.
22. Рино Буркхардт. Новые пути в пластико-пародонтальной хирургии // Клиническая стоматология. – 2001. – № 1. – С. 30-37.)
23. Рисованный С.И., Рисованная О.Н., Масычев В.И. Лазерная стоматология. Краснодар 2005;275 с.
24. Семёнов М.Г., Муратов И.В. Малые аномалии развития в полости рта. Часть I: Учебное пособие. – СПб.: Человек, 2013. – 28 с.
25. Семёнов М.Г., Муратов И.В. Малые аномалии развития в полости рта. Часть II: Учебное пособие. – СПб.: Человек, 2013. –5-11с.
26. Супиев Т.К., Улитовский С.Б., Мирзабеков О.М., Супиева Э.Т., Профилактика стоматологических заболеваний. г. Алматы, 2009 г.
27. Телебаева Г.Т. Классификация аномалий зубочелюстно-лицевой системы в свете современной методологии медицины. Проблемы стоматологии. – 2010. №1-2. 26-29 с.
28. Топольницкий О.3., Вашкевич В.П. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.
29. Фалин Л.И. В книге: Гистология и эмбриология полости рта и зубов. // Медгиз. М. - 1963. - 219 С.
30. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н. Справочник хирурга-стоматолога.
31. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста
32. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. – М.: Медицина, 1999. – 796 с.
33. Хорошилкина Ф.Я. Этиология, клиника и лечение диастемы. Стоматология., 1972 - №2 – 77-81 с.
34. AntmanE.M*.,* Lau J*.,* Kupelnick B*.,* Mosteller F*.,* Chalmers I*.*A comparison of results of meta-analysis of randomised control trials and recommendations of clinical experts. Treatment for myocardial infarction. JAMA 1992; 268: 240-8.
35. Deppe H., Horch H.H.Laser applications in oral surgery and implant dentistry. Lasers Med Sci 2007; 22:4: 217—221 с.
36. DerSimonian R., Laird N*.*Meta-analysis in clinical trials. Control Clin Trials 1986; 7: 177-88.
37. Edwards JG. The diastema, the frenum, the frenectomy - a clinical study. Am J Orthod 1977;71:489-508.
38. Fahey T., Griffiths S., Peters T.J.Evidence based purchasing; understanding results of clinical trials and systematic reviews. BMJ 1995; 311: 1056-60.
39. Haytac MC, Ozcelik O (2006) Evaluation of patient perceptions after frenectomy operations: a comparison of carbon dioxide laser and scalped technique. J Periodontol 77(11):1815–1817
40. Jesse J., Desai S., Oshita P.The Evolution of Lasers in Dentistry: Ruby for Er: YSGG. Continuing Dental Education Units of the Academy of Dental Therapeutics and Stomatology. Stomatology 2006; 4:10 с.
41. M. E. Díaz-Pizán, M. O. Lagravère, and R. Villena, “Midline diastema and frenum morphology in the primary dentition,” Journal of Dentistry for Children, vol. 73, pp. 11–14, 2006
42. P. D. Miller Jr., “The frenectomy combined with a laterally positioned pedicle graft. Functional and esthetic considerations.,” Journal of Periodontology, vol. 56, no. 2, pp. 102–106, 1985.
43. Schwarz F., Becker J., Sculean A., Romanos G.E. Behandlung der marginalen Parodontitis mit einem Er: YAG-Laser. Laser J 2003;1:22—27.
44. Shetty K, Trajtenberg C, Patel C, Streckfus C (2008) Maxillary frenectomy using a carbon dioxide laser in a pediatric patient: a case report. Gen Dent 56(1):60–63
45. Suter VGA, Bornstein MM (2009) Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. J Periodontol 80(8):1204–1219
46. Thomson PJ, Wylie J (2002) Interventional laser surgery: an effective surgical and diagnostic tool in oral precancer management. Int J Oral MaxillofacSurg 31(2):145–153

Статьи из журналов:

1. Вайнгардт А.Л. Проблема анкилоглоссии в детской стоматологической практике. Вестник КАЗНМУ, №1-2012.
2. Воложин А.И., Топольницкий О.З., Шехтер А.Б. Особенности заживления слизистой оболочки полости рта при нанесении раны скальпелем, лазером и радионожом (экспериментальное исследование). Российская стоматология. 2011;4(1): 12-18
3. Гунько В.И., Труфанов В.Д. Опыт применения радиоволнового прибора «Сургитрон Денто-Сург» при лечении больных с заболеваниями челюстно-лицевой области // В журн.: «Медицинский алфавит», - 2006. 49-52 – с.
4. Золотухина Г.А. Влияние аномалий мягких тканей рта на формирование зубочелюстных аномалий и тактика лечебно-профилактических мероприятий. //Автореф. . к.м.н. М. - 1999. - 23 С.
5. Золотухина Г.А., Ильина С.Б., Алешина О.Е., Юлова И.А. Взаимосвязь аномалий слизистой оболочки полости рта с аномалиями зубочелюстной системы у детей.// Республиканская конференция «Стоматология и здоровье ребенка». М. - 1996. - с. 5-6
6. Локтинова А.Ю., Лазарев А.И., Хлобыстова Т.В. Влияние хирургического лечения укороченных уздечек верхней губы и языка на состояние иммунитета в ротовой полости у детей. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2012 №4.
7. Новичков Г.И*.* Использование радиоволнового хирургического метода лечения в амбулаторной хирургической практике. Урал стоматолжурн 2001;2:42 с.
8. Скрипникова Т.П., Богашова Л.Я., Панькевич А.И., Мельник В.Л., Сирык В.А., Колесник И.А., Гоголь А.М.Хирургическая коррекция мягких тканей полости рта в комплексном лечении зубочелюстных деформаций. ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академии»
9. Суражев Б.Ю. Критерии определения размеров десны, мелкого преддверия полости рта и уровня прикрепления уздечек губ. //Труды 6 съезда СтаР.-М.-2000.-с. 251-253