

Д.Ю. Харитонов, Е.А. Азарова, О.А. Азарова

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
С ГРАНУЛЯЦИОННЫМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. челюстно-лицевой хирургии

Резюме. Изучалось течение послеоперационного периода при хирургическом лечении грануляционного периодонтита с использованием различных остеопластических материалов и без них. Составлялась ежедневная таблица учета объективных и субъективных показателей. Таблица включала показатели: боль в ране, наличие послеоперационного отека и гематомы, температуру тела, отделяемое из раны, тип заживления раны. По данным результатов исследования, применение остеопластических материалов совместно с резорбируемой мембраной облегчает течение послеоперационного периода, уменьшает отек и болевую реакцию. опережение процессов реконвалесценции происходит на 2-3 дня в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: остеопластические материалы, грануляционный периодонтит, отек, болевой синдром.

Актуальность. В настоящее время, применение различных остеопластических средств получило широкое распространение в хирургической стоматологии. Использование остеоиндукторов позволяет не только увеличить скорость и качество формирования новой костной ткани, но и свести к минимуму возможные послеоперационные осложнения, такие как послеоперационный отек и гематома, осложнения воспалительного характера. [3, 5].

Положительный эффект использования остеопластических материалов доказан множеством исследователей и неоспорим. В тоже время, в литературе встречаются случаи неблагоприятного исхода их применения, когда материал, напротив способствовал возникновению воспалительного процесса и затруднял процесс костной регенерации. Отрицательный был результат связан, чаще всего с возникновением осложнений иммунного характера, когда остеоиндуктор воспринимался организмом как инородное тело. В этом случае регенерации предшествовали процессы нагноения, самоочищения раны и дальнейшего «изгнания» инородного материала из принимающего костного ложа. Следует отметить, что регенерация происходила значительно медленнее, чем в случае классического заживления раны под кровяным сгустком без применения стимулирующих средств. Компании производители объясняют такие реакции погрешностями в операционной технике, практикующие специалисты - нарушением режима очистки и производства материала. Наиболее вероятно, к негативному результату приводит совокупность обоих факторов [2, 3]. Следовательно, желая добиться оптимальных результатов лечения, необходимо совершенствовать операционную технику, четко следуя рекомендуемому алгоритму работы с материалом, так и выбирать качественный остеопластический продукт. Таким образом, перед практикующим специалистом встает вопрос, какой именно

остеопластический материал выбрать в данном клиническом случае и как избежать осложнений. В данном исследовании представлены результаты клинического применения остеопластического материала «Биопласт-дент» в хирургическом лечении грануляционного периодонтита на амбулаторном стоматологическом приеме. [1, 2].

Цель исследования: оценить результаты применения остеопластического материала «Биопласт-дент» в хирургическом лечении грануляционного периодонтита, сравнить полученные данные с результатами контрольной группы.

Материал и методы исследования. Для замещения костных дефектов после проведения операции резекции верхушки корня при лечении грануляционного периодонтита использовался остеопластический материал «Биопласт-дент» и резорбируемая двуслойная мембрана того же производителя. Применяемый материал состоит из природного гидроксиапатита и ксеноколлагена, представляет собой производное костей крупного рогатого скота,

В ходе исследования, создавалась экспериментальная группа, включающая 22 пациента с грануляционным периодонтитом в области фронтальной группы зубов верхней и нижней челюсти, в контрольную группу составляло 15 пациентов.

Пациентам экспериментальной группы в костную полость, полученную после проведения операции резекции верхушки корня, закладывался, предварительно пропитанный собственной кровью, остеопластический материал, рана изолировалась мембраной, накладывались глухие швы «Викрил». В контрольной группе хирургические манипуляции производились по стандартной методике- полученный костный дефект заполнялся кровяным сгустком.

В течение 7 дней с момента проведения вмешательства до снятия швов пациенты обеих групп во время ежедневных перевязок заполняли анкету, полученные субъективные и объективные данные заносились в таблицу. Таблица отражала такие параметры, как боль в ране, температура тела, наличие послеоперационного отека или гематомы, состоятельность швов, отделяемое из раны, тип заживления раны. Степень выраженности каждого параметра выражалась в числовых значениях от 1 до 4.

Боль в ране: 1- отсутствует; 2- умеренная; 3- выраженная. Послеоперационный отек и гематома: 1-отсутствует; 2 –незначительный; 3- умеренный; 4-выраженный.

Температура тела: 1- в норме; 2- субфебрильная; 3-повышена от 38 и выше.

Отделяемое из раны: 1- отсутствует; 2-серозное; 3- геморрагическое; 4- гнойное.

Тип заживления раны: 1- первичное; 2- вторичное.

Полученные результаты и их обсуждение. Согласно полученным результатам, на 1-2 сутки послеоперационного периода 11 из 18 пациентов экспериментальной группы характеризовали боль в послеоперационной ране, как незначительную, 5 как умеренную, 2 – выраженную. В группе контроля отмечали незначительную боль 3 из 15 пациентов, умеренную - 8, выраженную- 4 пациента.

Выраженный послеоперационный отек и гематома ни в экспериментальной группе и ни в контрольной группе не наблюдались. В группе эксперимента: умеренный выраженный отек, и гематома выявились у 8 из 18 пациентов, незначительный у 10 человек. В контрольной группе умеренный отек наблюдался у 11 из 15 пациентов, незначительный у 4.

Незначительно выраженный отек и болевой синдром в экспериментальной группе, в первые дни послеоперационного периода, объясняется присутствием в составе материала сульфатированных гликозаминогликанов. Гликозаминогликаны, по сути являются полианионами и имея отрицательный заряд молекулы, регулируют водно-солевой обмен в тканях, оказывая противоотечный эффект, с которым чаще всего связано наличие послеоперационных болей. В организме человека они входят в состав протеогликанов костной ткани (гетерогенный класс белков, роль в контроле роста и дифференцировки) и активно влияют на рост и развитие тканей организма. Также гликозаминогликаны оказывают влияние на построение коллагена тканей, связывают рецепторы клеток воспалительного ряда (макрофагов), те обладают противовоспалительным действием.

По данным термометрии, у пациентов контрольной группы температурная реакция на уровне субфебрильных значений сохранялась в течение 3-4 суток, тогда как в экспериментальной группе, приближалась к нормальным показателям, уже ко 2-м суткам послеоперационного. Данное явление так же можно объяснить вышеуказанным антибактериальным и противовоспалительным действием компонентов материала.

Развитие воспалительной реакции - наличие гнойного отделяемого из раны, с последующим заживлением вторичным натяжением, наблюдалось у одного пациента из контрольной группы. Данное явление объяснялось длительностью заболевания, а так же не выполнением пациентом рекомендаций по проведению медикаментозной антибактериальной терапии и плохой гигиеной полости рта.

Выводы. Таким образом, применения остеопластического материала «Биопласт-дент» совместно с резорбируемой мембраной облегчает течение послеоперационного периода, уменьшая степень выраженности и сокращая продолжительность отека и болевой реакции. Опережение процессов реконвалесценции происходит на 2-3 дня в сравнении с контрольной группой.

Литература.

1. Беззубов А.Е. Сравнительная оценка применения костнопластических материалов для замещения дефектов челюстей (клинико-экспериментальное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Е. Беззубов. - Самара, 2012. – 20 с.
2. Белозеров М.Н. Оценка остеопластических свойств различных биокomпозиционных материалов для заполнения дефектов челюстей: автореф. дис. канд. мед. наук / М.Н. Белозеров. - Москва, 2014. – 23 с.
3. Morphological features of reparative osteogenesis of experimental mandibular hole defects with use of osteoplastic material «Hialuost» / R.V. Naïdyk [et al.] // Lik. Sprava. – 2015. – N 5. – P. 115-120.

4. Peculiarities of bone tissue regeneration when using various osteoplastic materials in experiment / D.A. Trunin [et al.] // Stomatologiya. – 2013. – Vol. 87, N 5. – P. 4-8.

5. Volkov A.V. Histomorphometry of bone in regenerative medicine / AV Wolves, GB Bolshakov // Clinical and experimental morphology. - 2013. - № 3 (7). - S. 65-72.

6. Volova T.G. B68 Materials for medicine, cell and tissue engineering [electronic resource]: an electron. Proc. Manual / TG Volova E.I. Shishatskaya, P.V. Mironov. - Electron. dan. (6 MB). - Krasnoyarsk: IPK SFU 2009.

Abstract

D. Yu. Haritonov, E.A. Azarova, O.A. Azarova

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF AMBULATORY DENTAL PATIENTS WITH GRANULATING PERIODONTITIS

Voronezh State Medical University, dep. of Oral and Maxillofacial Surgery

The course of the postoperative period was studied in the surgical treatment of granulation periodontitis using various osteoplastic materials and without them. The daily table of the account of objective and subjective indicators was made. The table included indicators: pain in the wound, presence of postoperative edema and hematoma, body temperature, separated from the wound, type of wound healing. According to the results of the study, the use of osteoplastic materials in conjunction with the resorbable membrane facilitates the course of the postoperative period, reduces edema and pain reaction. Anticipation of the processes of convalescence occurs for 2-3 days in comparison with the control group.

Key words: osteoplastic materials, granulation periodontitis, edema, pain syndrome.

References.

1. Bezzubov A.E. A comparative evaluation of the application of osteoplastic materials for the replacement of jaw defects (clinical and experimental research): author's abstract. Dis. ... cand. honey. Sciences / A.E. Without teeth. - Samara, 2012. - 20 p.

2. Belozero M.N. Assessment of osteoplastic properties of various biocomposite materials for filling jaw defects: Dis. Cand. honey. Sciences / M.N. Belozero. - Moscow, 2014.-23 p.

3. Morphological features of the reparative osteogenesis of the experimental mandibular hole defects with the use of osteoplastic material "Hialuost" / R.V. Haïdyk [et al.] // Lik. Sprava. - 2015. - N 5. - P. 115-120.

4. Peculiarities of bone tissue regeneration when using various osteoplastic materials in experiment / D.A. Trunin [et al.] // Stomatologiya. - 2013. - Vol. 87, No. 5. - P. 4-8.

5. V.Volkov A.V. Histomorphometry of bone in regenerative medicine / AV Wolves, GB Bolshakov // Clinical and experimental morphology. - 2013. - No. 3 (7). - S. 65-72.

6. Volova T.G. B68 Materials for medicine, cell and tissue engineering [electronic resource]: an electron. Proc. Manual / TG Volova E.I. Shishatskaya, P.V. Mironov. - Electron. Dan. (6 MB). - Krasnoyarsk: IPK SFU 2009.

Сведения об авторах: Харитонов Дмитрий Юрьевич - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Азарова Екатерина Александровна - ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; Азарова Ольга Алексеевна - ассистент кафедры факультетской стоматологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, katerinazarova@yandex.ru.