

УДК 616.716.4-001.5-08:615.831.6:546.41

ПРИМЕНЕНИЕ МЕХАНОАКТИВИРОВАННОГО ГЛЮКОНАТА КАЛЬЦИЯ И ПОЛИХРОМАТИЧЕСКОГО СВЕТА ЛАМПЫ «БИОПТРОН» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Дерябин Е.И., Пермякова Н.Е., Емельянов А.С.

Ижевская государственная медицинская академия, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, г. Ижевск

Оптимизация консолидации отломков нижней челюсти при переломах является важной стороной процесса репарации костной ткани и заключается в регуляции обмена веществ в костной ткани челюстей. В связи с этим в условиях травмы кости является оправданным применение препаратов, регулирующих репаративные процессы в костной ткани челюсти.

В работе произведено изучение влияния на процессы репаративной регенерации костной ткани челюстей препарата модифицированной биохимически совместимой и терапевтически высокоэффективной нанодисперсной наноструктурированной рентгеноаморфной формы кальциевой соли глюконовой кислоты (Кальций-МАКГ) и полихроматического излучения лампы «Биоптрон».

Исследования проводились на кафедре хирургической стоматологии и ЧЛХ ИГМА. Обследовано 90 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет с неосложненным переломом нижней челюсти в пределах зубного ряда, поступивших в ранние сроки после травмы (на 2-5 сутки).

Все пациенты были разделены на 3 группы:

1-я группа сравнения – 30 человек с переломом нижней челюсти и получавших традиционное лечение;

2-я основная группа – 30 человек с переломом нижней челюсти и получавших в комплексе с традиционным лечением препарат механоактивированного глюконата кальция;

3-я основная группа – 30 человек с переломом нижней челюсти и получавших в комплексе с традиционным лечением препарат механоактивированного глюконата кальция и облучение полихромным светом лампы «Биоптрон».

Все больные при поступлении жаловались на боль в области нижней челюсти, равную по ШВА $6,8 \pm 1,1$ балла, нарушение прикуса, ограничение открывания рта, недомогание, слабость. Наличие гипертермии отмечалось у 28 человек, и она колебалась от $37,5$ до $39,3$ °С. У 94 пациентов отмечены выраженный отек мягких тканей лица, смещение костных фрагментов, болезненность при пальпации. Степень ограничения открывания рта варьировала от 1,5 до 3 см. У 47 человек зафиксированы одиночные или множественные ссадины и гематомы на коже лица. Симптом «ступеньки» зарегистрирован у 54 человек, у 28 – наличие сукровичного отделяемого из щели перелома. На рентгенограммах определяли линию просветления с четкими контурами краев костных фрагментов.

Через 9 дней у 96 больных 1-й группы клинического сравнения значительно снизилась интенсивность болей в зоне перелома ($2,7 \pm 1,4$ балла по ШВА), нормализовались общее состояние и показатели термометрии. К 10 суткам отмечалась регрессия отека мягких тканей, рассасывались подкожные кровоизлияния. К моменту выписки из стационара больные активных жалоб не предъявляли, общее состояние расценивалось как удовлетворительное, интенсивность болевых ощущений составляла 1,3 балла у 50 больных, у остальных – 0 баллов. Определялась тугоподвижность костных отломков. На рентгенограммах линия просветления прослеживалась четко, имели место явления остеопороза по краям костных фрагментов. Средние сроки стационарного лечения больных данной группы составили $14,0 \pm 1,2$ сут. У 3 больных в процессе лечения развились воспалительные осложнения. На контрольных рентгенограммах, сделанных через 6 месяцев, прослеживалась нечеткая линия просветления костной ткани с явлением остеопороза.

У пациентов 2-й основной клинической группы, получавших традиционное лечение с добавлением препарата Кальций-МАКГ, через 7 дней отмечено уменьшение площади отека и боли (4 балла) в области зоны перелома, но полное рассасывание отека происходило к 12 суткам. У большинства обследуемых купирование болевого симптома наблюдалось к 13 суткам. К моменту выписки из стационара у 7 больных сохранялись периодические ноющие боли в области перелома, определялась тугоподвижность отломков. Средние сроки консолидации отломков составили $21,2 \pm 1,4$ сут.

У 7 больных сохранялось повышение вечерней температуры до субфебрильных значений в течение 14 дней. В одном случае отмечено развитие воспалительного осложнения перелома нижней челюсти у 1 больного.

Перед выпиской больных данной группы из стационара на рентгенограммах линия перелома прослеживалась на всем протяжении, края фрагментов были неровными с признаками краевого остеопороза.

Пациенты 2-й основной группы при контрольном осмотре через 6 месяцев жалоб не предъявляли. Данные местного исследования указывали на восстановление конфигурация лица, отсутствие подвижности отломков, зубы смыкались в прикус. На рентгенограммах к этому сроку прослеживалась нечеткая широкая линия просветления костной ткани в зоне перелома с явлениями остеопороза.

В 3-й основной группе через 1–2 дня после начала применения препарата Кальций-МАКГ и излучения лампы «Биоптрон» большинство пациентов данной группы (96) отмечали снижение интенсивности болевых ощущений до $3,4 \pm 1,2$ балла по ШВА. На 3 день у 90 из них уменьшились отек и гиперемия мягких тканей в зоне перелома на 40 % по сравнению с 1-й группой клинического сравнения. Полная регрессия отека произошла к 7 суткам. На день выписки больные жалоб не предъявляли, отек и гиперемия тканей отсутствовали, определялась тугоподвижность отломков в зоне перелома. На контрольных рентгенограммах нижней челюсти визуализировалась нечеткая линия перелома с явлениями остеосклероза. Средние сроки консолидации отломков составили при переломе $18,2 \pm 1,1$ дня. Развитие воспалительных осложнений в данной группе не отмечено.

При контрольном осмотре через 6 месяцев жалоб не предъявляли. Данные местного исследования указывали на восстановление конфигурации лица, отсутствие подвижности отломков, зубы смыкались в прикус. На контрольных рентгенограммах линии перелома не визуализировались.

Клинические и рентгенологические исследования выявили более высокий терапевтический эффект в основных клинических группах пациентов сразу после окончания курса лечения. Включение Кальций – МАКГ и излучение лампы «Биоптрон» в лечебный комплекс способствовало ускорению репаративных процессов в костной ткани и снижению осложнений у больных с переломами нижней челюсти.

Литература

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010г.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2009г.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2008г.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2007г.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2006г.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2005г.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2004г.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2003г.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2002г.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2001г.
11. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 1999г.