

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННО ВЫРАЩЕННОЙ ОСТЕОГЕННОЙ ТКАНИ В ХИРУРГИИ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. Радкевич.

(Красноярская медицинская академия, ректор – акад. АН ВШ В.И. Прохоренков)

Резюме. Проанализированы результаты оперативного лечения 36 больных в возрасте от 7 до 15 лет с околокорневыми кистами челюстей. Для пластики остаточных полостей использовали остеогенную ткань, искусственно выращенную в толще гребня подвздошной кости. Показано, что пересадка данного вида трансплантата способствует восстановлению разрушенной кости, сохранению постоянных зубов и их зачатков.

За последние десятилетия в отечественной и зарубежной литературе накопился значительный фактический материал по применению различных веществ, которые после заполнения изъянов альвеолярной кости, возникших в результате удаления периапикальных хронических очагов одонтогенной инфекции, способствуют ускорению регенерации. Как известно, после иссечения патологических тканей, репаративный остеогенез в челюстных костях протекает крайне медленно – от 6 мес до 10 лет [2,5], а в ряде случаев костная ткань в них полностью не восстанавливается [1,3,7]. Сохранившиеся дефекты альвеолярных отростков приводят к косметическим нарушениям, рецидиву хронических очагов одонтогенной инфекции, значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстного аппарата за счет частичной потери устойчивости зубов. Дефицит альвеолярной кости ведет к большей упругой деформации и увеличению удельного давления, воспринимаемыми оставшимися тканями пародонта во время нагрузки, что сопровождается большей амплитудой движения зубов и усилению атрофии опорных структур [6] с вытекающими отсюда последствиями. В детской практике дополнительные трудности зачастую возникают в случаях вовлечения в патологический процесс зачатков постоянных зубов. Не восстановление окружающей кости в данной ситуации часто сопровождается нарушением их развития.

В целях ускорения регенерации в остаточных костных полостях многие специалисты использовали препараты аллокости, плаценты человека, гидроксиапатита и т.д. Как показывают клинические исследования, данные материалы полностью не удовлетворяют требованиям клиницистов из-за отсутствия стабильно прогнозируемого положительного результата, обусловленного низкими остеоиндуктивными свойствами предлагаемых материалов [4,8]. Другими весьма важными недостатками этих технологий являются невозможность их применения при наличии на слизистой оболочке в проекции кисты выходных отверстий свище-

вых ходов и невозможности в следствие ее плотного ушивания, в случаях удаления кист, вросших в верхнечелюстную пазуху или полость носа, разрушивших их дно на значительном протяжении.

Свободная пересадка губчатой кости, согласно нашим наблюдениям, ведет к резорбции трансплантата, по-видимому, обусловленной неполноценной васкуляризацией реципиентных тканей. Значительную роль играет и время, необходимое для ревазуляризации трансплантата.

Проведенные нами экспериментально-клинические исследования показали возможность заполнения остаточных полостей после цистэктомии остеогенной тканью, полученной из толщи гребня подвздошной кости [9,10].

Под наблюдением находилось 36 больных в возрасте от 7 до 15 лет с околокорневыми кистами челюстей, размеры которых достигали от 2 до 5,5 см в наибольшем измерении. Из них 15 встали в верхнечелюстную синус, 7 в носовую полость. Всем больным проводилась цистэктомия с удалением временных. резекцией верхушек корней постоянных зубов, имеющих отношение к новообразованию. В случаях нагноения и поражения слизистой околоносовых пазух, в зависимости от локализации процесса выполняли верхнечелюстную синусотомию, этмоидотомию.

В целях реконструкции пораженной части альвеолярного отростка и тела челюсти нами использовалась остеогенная ткань, полученная путем имплантации пористого никелид титана марки ТН-10 в толщу гребня подвздошной кости. Имплантат представлял собой полую трубку, выполненную из пористого никелид титана толщиной 0,3-0,4 мм, диаметром 10-12 мм, длиной 15-20 мм. Геометрические характеристики конструкции устанавливали в зависимости от анатомических особенностей подвздошной кости и объема поражения челюсти. Для предотвращения прорастания внутрь последней тканей со стороны надкостницы, поверх имплантата помещали фольгу из никелид титана, толщиной 0,2 мм. Согласно кли-

ническим наблюдениям, в течение 4 недель происходило заполнение внутренней части конструкции молодой костной тканью, представляющей собой подобие хряща. В эти сроки выполняли основное вмешательство, которое осуществляли следующим образом. Вначале извлекали полученную остеогенную ткань из гребня подвздошной кости. Со стороны преддверия полости рта выкраивали и отслаивали слизисто-надкостничный лоскут в проекции кисты, вскрывали либо расширяли костную полость путем частичного удаления наружной компактной пластинки. Иссекали оболочки образования. Зубы или их зачатки, расположенные в области кисты, представляющие функциональную ценность, сохраняли. После промывания раны растворами антисептиков, костную полость заполняли остеогенной тканью, по мере необходимости моделировали альвеолярный отросток, дно верхнечелюстной пазухи или носовой полости. Рану ушивали наглухо. В случаях прорастания кисты в верхнечелюстной синус и наличия у больных хронического верхнечелюстного синусита или сочетания последнего с этмоидитом, помимо цистэктомии выполняли санацию соответствующих околоносовых пазух. Больным, у которых в области новообразования оперативному вмешательству предшествовал острый гнойно-воспалительный процесс, первым этапом вскрывали гнойный очаг, проводили противовоспалительную терапию, затем, через 10-14 дней, по мере стихания воспалительных явлений осуществляли цистэктомию с реконструкцией пораженной кости.

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдали. Раны зажили первичным натяжением. Контрольное обследование через месяц и в последующие сроки наблюдения показало отсутствие жалоб, нормальную конфигурацию альвеолярного отростка челюсти. Слизистая оболочка в зоне оперативного вмешательства была бледно-розового цвета. При пальпации определялась плотная, гладкая поверхность кости, болезненные ощущения отсутствовали.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE USE OF ARTIFICIALLY GROWN OSTEOGENIC TISSUE IN SURGERY OF PERIRADICAL CYSTS OF THE JAW IN CHILDREN AND JUVENILES

A.A. Radkevich

(Krasnojarsk State Medical Academy)

We have analysed the results of operative treatment of 36 patients at the age of 7 – 15 years with periradical cyst of the jaw. Osteogenic tissue artificially grown in the thickness of iliac crest was used for plasty of residual cavities. It was shown that the transplantation of present graft promoted the recovery of destroyed bone and the preservation of second teeth and their germs.

Литература

1. Ашман А. Обработка атрофированной челюстной кости с использованием новой хирургической восстанавливающей технологии для наращивания альвеолярного отростка // Новое в стоматологии. – 1997. – №6 (56). – С.115.
2. Бакиев Б.А. Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей: Дис. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1985. – 233с.
3. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология. – СПб.: Питер, 1995. – 272с.
4. Безруков В.М., Григорьян А.С. Гидроксиапатит как субстрат для костной пластики: теоретические и практические аспекты проблемы // Стоматология. – 1996. – №5. – С. 7-12.
5. Ботбаев Б.Д. Хирургическое лечение больных с кистами челюстей с использованием биогенных

ли. Через месяц после операции исчезла патологическая подвижность зубов, корни которых стояли в кистозную полость. Функциональных нарушений со стороны носа и околоносовых пазух не определялось.

Рентгенологически спустя месяц после вмешательства наблюдалась утрата четкости краев костного изъема. Конфигурация дна носовой полости и верхнечелюстного синуса не нарушена. Случаев смещения трансплантата не выявлено. Через 2 месяца отмечалось затемнение бывшего дефекта, что говорило о нормальной перестройке кости, спустя 3 месяца в зоне вмешательства определялся костный конгломерат. Резорбции корней зубов не обнаружили.

В отдаленные сроки у большинства больных постоянные зубы, оттесненные кистой или находящиеся внутри последней, после прорезывания занимали нормальное положение в зубном ряду. В 4 случаях потребовалось ортодонтическое лечение.

Таким образом, проведенные клинические и рентгенологические исследования показали высокую эффективность разработанной нами технологии реконструкции костных изъянов при оперативных вмешательствах на челюстных костях по поводу околокорневых кистозных образований в детском возрасте. Применение в этих целях остеогенной ткани способствует заживлению костной раны, позволяет устранять дефекты любой конфигурации, формировать нормальную анатомическую форму альвеолярных отростков челюстей, дна верхнечелюстной пазухи и носовой полости, сохранять зубы, тем самым обеспечивая нормализацию анатомо-функциональных особенностей зубочелюстного аппарата. Методика и устройство для получения остеогенной ткани дает возможность выращивать аутопластический материал в достаточном количестве, нанеся тканям организма минимальную травму. В отличие от других, этот материал после пересадки не подвергается резорбции, и как показал наш клинический опыт, обладает высокой степенью остеиндукции.

пластических материалов на основе брeфокости и гидроксиапатита: Дис. ... канд. мед. наук. – Алма-Ата, 1990. – 174с.

6. Копейкин В.Н. Ортопедическое лечение заболеваний пародонта. – М.: Триада-Х, 1998. – 175с.
7. Лосев Ф.Ф. О методе направленной регенерации // Стоматология для всех. – 1998. – №1. – С.9-13.
8. Островский А. Остеопластические материалы в современной пародонтологии и имплантологии // Новое в стоматологии. – 1999. – №6. – С.39-52.
9. Радкевич А.А., Пуликов А.С., Божененко П.В. и др. Морфогенез остеогенной ткани, полученной с по-

мощью пористого никелида титана // Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. – Красноярск, 2000. – С.88-89.

10. Радкевич А.А., Пуликов А.С., Божененко П.В. и др. Морфологические особенности остеопластики альвеолярных отростков челюстных костей у собак // Новые биосовместимые сверхэластичные материалы и новые медицинские технологии в стоматологии. – Красноярск, 2000. – С.74-75.

© СИЗЫХ Т.П., НИКОНОВА М.А. –
УДК 616.248

КЛИНИКА АСПИРИНОВОЙ ТЕТРАДЫ И ЕЕ НЕРАЗВЕРНУТЫХ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ

Т.П. Сизых, М.А. Никонова.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра госпитальной терапии ИГМУ, зав. – проф. Т.П. Сизых)

Резюме. В настоящей работе представлены результаты полного клинико-лабораторного обследования больных аспириновой тетрадой и ее неразвернутыми вариантами течения, включая данные аспиринового, антипиринового тестов и комплексного изучения функций печени.

По определению Международного консенсуса (1992) бронхиальная астма (БА) – хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием тучных клеток, эозинофилов и др. У предрасположенных лиц этот процесс вследствие связанного с ним усиления реакции дыхательных путей на различные раздражители вызывает симптомы, как правило обусловленные распространенной, различной степени выраженности бронхиальной обструкцией, обычно обратимой либо спонтанно, либо под воздействием лечения [8].

Аспириновая бронхиальная астма (АА) представляет собой отдельный неиммунный клинко-патогенетический вариант бронхиальной астмы; характеризуется особенно тяжелым, прогрессирующим течением; с трудом поддается лечению и требует нередко назначения глюкокортикоидов [10]. Основными проявлениями являются приступы удушья, непереносимость аспирина и нестероидных противовоспалительных препаратов, риносинусит, в ряде случаев полипозный (астматическая триада) [7,9].

В 90-х годах Т.П. Сизых и Н.Ю. Ефимова доказали, что при всех вариантах АА в 100% случаев выявляется еще один синдром – гепатобилиарный, который проявляется холестатическим, гепатодепрессивным синдромами, а так же нарушением биотрансформационной, поглотительной и выделительной функции печени. При этом авторами установлено, что ведущим механизмом формирования АА является энзимопатия в системе цитохромов гепатоцитов. Аспирин же является биологическим маркером аспиринового гепатоза (энзимопатии), т.к. обладает свойством ингибировать

цитохромы, и вследствие этого блокировать циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты. Следовательно, развернутый вариант АА правомочно назвать аспириновой тетрадой (АТ) [3].

Анализируя ретроспективно истории болезни больных аспириновой астмой, а так же данные литературы, мы обратили внимание, что все больные до постановки данного диагноза в течение многих лет находились под наблюдением у различных специалистов по поводу хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, кожи.

Наиболее часто встречались следующие патологии: хроническая круглогодичная ринопатия, сочетание ринопатии с бронхиальной астмой или гепатобилиарным синдромом, а так же сочетание хронической псевдоаллергической крапивницы с бронхиальной астмой или гепатобилиарным синдромом. Мы предположили, что эти патологические состояния являются неразвернутыми вариантами течения аспириновой тетрады. Кроме того, за время нашего 12 летнего исследования отмечалось развитие этих патологических состояний в клинику аспириновой тетрады.

Материалы и методы

Для выявления клинических особенностей аспириновой тетрады и ее неразвернутых вариантов течения проводилось углубленное обследование по единой методике в условиях стационара выявленных нами в процессе эпидемиологического обследования больных – жителей мр-на Солнечный г.Иркутска (37 человек) и п.Меget (32) [4,5,6]. На каждого больного заполнялась индивидуальная, специально нами разработанная анкета. Все боль-