

социально-экономических условиях является одним из важнейших отрицательных факторов, определяющих здоровье и работоспособность будущих специалистов.

3. Состояние здоровья студентов необходимо оценивать в комплексе с учетом уровней и тенденций общей заболеваемости, временной и продолжительной утратой трудоспособности, результатов профилактических осмотров, показателей физического развития и функционального состояния организма.

4. Комплексные характеристики здоровья и на этом основании коррекция медицинского обеспечения студентов с усилением профилактического направления, существенно способствуют объективизации и эффективности мероприятий по укреплению здоровья студентов.

Литература

1. Кучма, В. Р. Основы рационального питания и гигиеническая оценка пищевого статуса студента: Монография / В.Р. Кучма, Е.Г. Блинова, Г.А. Оглезнев.– Омск: Издат. ОмГМА, 2007.– 172 с.

2. Макарова, А.Н. Питание студентов– проблема

настоящего времени / А.Н. Макарова, Л.З. Шильман // Молодые ученые – агропромышленному комплексу Поволжского региона.– Саратов, 2004.– С. 168–171.

3. Михайлуц, А.П. Гигиеническая оценка стереотипов пищевого поведения по физиологическим и биохимическим показателям: метод, рекомендации / А.П. Михайлуц, О. П. Рынза.– Кемерово, 2006.– 30 с.

4. Рагимова, О.А. Основы здорового образа жизни студентов. Учебное пособие / О. А. Рагимова.– Саратов: СГУ, 2006.– 50 с.

5. Скурихин, И.М. Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания: Справочник / И.М. Скурихин, В.А. Тутельян.– М.: ДеЛи принт, 2007.– 276 с.

6. Тутельян, В.А. Концепция государственной политики в области здорового питания, научное обеспечение и практическая реализация / В.А. Тутельян // Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей.– М., 2001.– С. 703–708.

УДК 616.31

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ ПЛАСТИНЫ КАРДИОПЛАНТ В КАЧЕСТВЕ РЕЗОРБИРУЕМОЙ МЕМБРАНЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.В. ИВАНОВ*, Н.В. БУЛКИНА, Г.А. КАПРАЛОВА*, Л.А. ЗЮЛЬКИНА*, А.П. ВЕДЯЕВА****

**Медицинский институт, Пензенский государственный университет,
Лермонтова ул., д.3, г. Пенза, Россия, 440026, e-mail: sto-kafedra@yandex.ru*

***ГБОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
ул. Большая Казачья, 112, Саратов, 410012, e-mail: stomat@sgmu.ru*

Аннотация: исследование посвящено изучению эффективности использования остеорепаративных средств, используемых при хирургических вмешательствах в полости рта в сравнении с заживлением костной раны под кровяным сгустком. Приводятся данные клинического использования остеопластического материала Коллапан-Л в сочетании с резорбируемой мембраной Кардиоплант.

Ключевые слова: пластина ксеноперикардальная «Кардиоплант», резорбируемая мембрана, костный дефект.

THE CLINICAL BASIS OF THE USE OF THE PLATE XENOPERICARDIAL CARDIOPLANT AS RESORBABLE MEMBRANE IN OUTPATIENT DENTAL PRACTICE

P.V. IVANOV*, N.V. BULKINA, G.A. KAPRALOVA*, L.A. ZYULKINA*, A.P. VEDYAEVA****

**The Institute of Medicine, Penza State University*

***Saratov State Medical University*

Abstract: research is devoted to studying of efficiency of use of the osteoreparative means for surgical interventions in an oral cavity in comparison with healing of a bone wound under a blood clot. Data of clinical use of the osteoplastic material of Kollapan-L in combination with a resorbable membrane of Cardioplant are presented.

Key words: plate xenopericardial "Cardioplant", resorbable membrane, bone defect.

Актуальной проблемой реконструктивной хирургии является оптимизация процессов репаративной регенерации костной ткани, в частности, в челюстно-лицевой области.

В практической хирургической стоматологии при проведении ряда операций (цистэктомии, удалении ретинированных и дистопированных зубов и др.) возникают дефекты кости, требующие восстановления полноценной костной ткани. Неизбежное нарушение целостности кости в области хирургического вмешательства нередко сопряжено с длительным заживлением, исходом которого становится неполное и/или неполноценное восстановление костной ткани [5,6].

Неполное прорезывание сформированного зуба через компактную пластинку нередко сопровождается воспалительными явлениями. Ретинированный зуб также может являться источником воспалительного процесса, невралгии или неврита. Врачебная тактика при неправильном положении зуба и недостатке места в альвеолярной части челюсти, осложненном деструкцией костной ткани у шейки зуба и по ходу корня, рецидивах воспалительного процесса, а также по ортодонтическим показаниям, заключается в удалении причинного зуба. Подобная операция в отношении третьего маляра представляет определенные трудности, поскольку приходится освобождать зуб от значительного по объему участка костной ткани, в которой он находится. Заживление костной раны после подобной операции нередко осложняется альвеолитом, в некоторых случаях – остеомиелитом челюсти [8].

Не менее актуальной и не полностью решенной является проблема лечения верхушечного периодонтита [2]. Несмотря на значительные успехи дентальной имплантологии, преимущество сохранения естественных зубов, вовлеченных в воспалительные процессы околокорневых тканей, не вызывает сомнений. Опыт свидетельствует, что сохранение таких зубов целесообразно как с точки зрения перспектив результатов лечения, качества функционирования сохранившихся зубов, так и с экономической точки зрения.

Нерешенным остается вопрос о поиске материалов, способствующих созданию наиболее оптимальных условий для формирования костной ткани после оперативных вмешательств в области челюсти. При этом активно используются костнопластические материалы различного происхождения – алло-, ксено- и синтетические аналоги минерального и органического компонентов кости [1,4]. По литературным данным, материалы на основе гидроксиапатита биосовместимы с тканью, а некоторая пористость способствует быстрому врастанию в них костной ткани [7]. Однако, остеопластические материалы в основном выполняют каркасную или поддерживающую функцию. В тоже время не всегда возможно надежно фиксировать остеопластические материалы

в костной полости. Дискуссионным остается вопрос о способах защиты раны от инфицирования (результатом которого является образование мягкотканного регенерата), в том числе и о необходимости использования биорезорбируемых мембран, как факторов оптимизирующих процессы заживления слизистой оболочки при ушивании раны над костным дефектом. Именно поэтому вопрос о средствах направленной регенерации (мембранах) сохраняет свою актуальность [3,9].

Цель исследования – экспериментально обосновать и применить в стоматологической практике ксеноперикардальную пластину Кардиоплант в качестве резорбируемой мембраны для оптимизации регенерации костной ткани челюстей.

Материалы и методы исследования. Исследование эффективности пластины ксеноперикардальной Кардиоплант для лечения пациентов с патологией, требующей хирургического вмешательства с образованием в процессе лечения интраоперационных дефектов, было проведено на базе кафедры стоматологии Медицинского Института ПГУ.

Проведено обследование 156 пациентов в возрасте от 20 до 59 лет. Из них 107 человек дали информированное согласие на участие в исследовании. В результате из 107 человек в исследование были включены 85 человек с диагнозом «Ретенция, дистопия зубов», «Радикулярная киста».

В соответствии с задачами исследования все пациенты были разделены на три группы: основную, группу сравнения и контрольную. В контрольной группе оперативное вмешательство осуществлялось без использования барьерных мембран. В группе сравнения, у пациентов применялась резорбируемая мембрана Кардиоплант без заполнения костных дефектов остеопластическим материалом Коллапан. Пациентам основной группы проводилось заполнение костных дефектов остеопластическим материалом Коллапан, а в качестве барьерной мембраны использовалась пластина ксеноперикардальная Кардиоплант.

Обследование проводилось по стандартной схеме, включая выяснение жалоб, анамнеза, развития заболевания, наличие и отсутствие сопутствующей патологии. Пациентам всех групп проводилось рентгенологическое обследование до операции, через 1, 3, 6 и 12 месяцев после оперативного вмешательства. Исследование проводилось на аппарате ортопантомограф Romexis фирмы «PLANMECA» (Финляндия).

При операции цистэктомии вид выполняемого разреза определяли в зависимости от групповой принадлежности оперируемого зуба, топографии и размеров хронических очагов инфекции. Слизисто-надкостничный лоскут отслаивался тупым путем с использованием распатора. Шаровидным стоматологическим бором, проводилась трепанация компактной пластины челюстной кости в проекции хронического очага инфекции, с последующим раскры-

тием трепанационного окна фиссурным бором. Препарирование проводили со скоростью 35000 оборотов в минуту с охлаждением режущего инструмента стерильным физиологическим раствором. Хронический очаг инфекции удалялся кюретажной ложечкой. При необходимости проводили резекцию верхушек причинных зубов. Далее интраоперационный костный дефект вели тремя способами, в зависимости от принадлежности пациента к одной из исследуемых групп.

Операции по удалению третьего ретенированного моляра проводили следующим образом. В ретромолярной области проводился треугольный разрез с последующим отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута тупым путем распатором. Бормашиной трепанировалась кортикальная пластинка альвеолярного гребня в области третьего моляра. Удаление зуба проводилось с помощью элеватора. После удаления третьего моляра и ревизии костной полости, так же как и в предыдущей методике, ведение костной раны зависело от групповой принадлежности пациента. Слизисто-надкостничный лоскут мобилизовывался, рана ушивалась материалом Викрил.

В контрольной группе заживление костного дефекта происходило под кровяным сгустком без закрытия биорезорбируемой мембраной «Кардиоплант». В группе сравнения костный дефект заполнял кровяной сгусток, а изоляция обеспечивалась пластиной ксеноперикардальной Кардиоплант. У пациентов основной группы в дефект вводили остеопластический материал Коллапан-Л и изолировали биорезорбируемой мембраной Кардиоплант. Мембрана извлекалась из стерильной упаковки, где она хранилась в консерванте, тщательно отмывалась в стерильном физиологическом растворе и формировалась фигурно, таким образом, чтобы ее края перекрывали интраоперационный костный дефект на 3 мм по периметру. Слизисто-надкостничные лоскуты укладывали на место и ушивали рану узловыми и матрацными швами шовным материалом Викрил.

Послеоперационная терапия включала полоскание 0,05% раствором хлоргексидина, назначение анальгетиков, антибактериальных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Поскольку основной задачей исследования являлось изучение регенерации костной ткани при проведении операций с образованием в процессе лечения интраоперационных дефектов с использованием биокомпозиционной мембраны и без нее в отдаленные сроки, особое внимание уделяли качеству рентгенограмм. Проводили сравнительную оценку рентгенограмм на разных этапах лечения.

У пациентов, лечение которых велось с применением пластины ксеноперикардальной «Кардиоплант» (основная и группа сравнения) рентгенологическая картина динамики остеорепаративных про-

цессов была схожа.

На рентгенограммах через 1 месяц после операции появились первые признаки наличия тени костного регенерата, распространяющиеся от края к центру по периметру дефекта.

На рентгенограммах через 3 месяца после операции отмечались: уменьшение костного дефекта в диаметре в 2 раза, новообразование костной ткани по краям, с первыми признаками остеогенеза, схожего с периостальным.

Данные рентгенологического обследования через 6 месяцев после операции свидетельствовали о восстановлении дефекта в 47 случаях из 60 на 100% от общего объема. Дефекты были заполнены костным регенератом, выполненным, хаотично расположенными костными трабекулами стремящимися по периферии к рисунку здоровой кости.

Через 12 месяцев отмечалась полная регенерация костной ткани, дефекты были заполнены костными трабекулами по расположению схожими с рисунком здоровой кости, однако в 2 случаях, четкого трабекулярного рисунка не наблюдалось.

Рентгенологическая картина динамики остеорепаративных процессов у пациентов контрольной группы исследования отличалась по вышеперечисленным признакам более поздними сроками их проявления.

В 9 случаях, где клиническая картина сопровождалась воспалительными явлениями, признаки наличия тени костного регенерата отмечались лишь в сроки от 3 месяцев после операции.

Через 12 месяцев после операции рентгенологическая картина у 5 пациентов из 9 соответствовала рентгенологической картине пациентов основной и группы сравнения на сроке 6 месяцев. Еще у 3 человек, где клинически отмечалось западение слизистой в полость дефекта, рентгенологические признаки периостального остеогенеза выявлены не были, а полное восстановление костной структуры дотировалось сроками 14-16 месяцев после операции.

В одном случае, клинически сопровождавшимся образованием свищевого хода, пришлось прибегнуть к повторной операции.

В процессе клинической апробации биорезорбируемой мембраны «Кардиоплант» была разработана методика ее использования.

Основными принципами разработанной методики являются перекрывание краев интраоперационного дефекта по его периметру на 3 мм, наложение мембраны внутренней – шероховатой поверхностью к кости, а наружной – более гладкой, в сторону эпителия, обязательным условием являлось ушивание раны наглухо.

Полученные в ходе клинического исследования данные стали основанием для следующих выводов: остеопластический материал Коллапан-Л и биорезорбируемая мембрана Кардиоплант оказывают

противовоспалительное действие и обеспечивают положительную динамику послеоперационного периода в костной ране.

Результаты рентгенологического исследования указывают на более интенсивные процессы костеобразования в области костных дефектов у той группы больных, где использовался остеопластический материал Коллапан-Л в сочетании с биорезорбируемой мембраной Кардиоплант.

Таким образом, данные исследования свидетельствуют о высоком уровне интенсивности остеорепаративного процесса, что позволяет рекомендовать совместное использование данных препаратов в клинике.

Литература

1. *Абу Бакер Кефах Фархи* Применение биорезорбируемой мембраны «Пародонкол» для оптимизации заживления дефекта челюсти после цистэктомии. Экспериментальное исследование // Дисс. канд. мед. наук / Абу Бакер Кефах Фархи.– 2001.– С.43–46.
2. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с использованием гидроксипатита ультравысокой дисперсности без резекции верхушек корней / Л.А. Григорьянц [и др.] // Клиническая стоматология.– 1997.– №3.– С. 54–57.
3. *Грудянов, А.И.* Значение искусственных мембран в решении проблемы направленной регенерации тканей пародонта (Обзор литературы) /

А.И. Грудянов, О.А. Фролова, С.Б. Десятник // Новое в стоматологии.– 1996.– № 4.– С. 3–9.

4. *Дробышев, А.Ю.* Лечение больных с генерализованной формой пародонтита с применением хирургических, ортодонтических и ортопедических методов / А.Ю. Дробышев, В.С. Агапов, Л.С. Персин, Н.Н. Дробышева // Институт стоматологии.– 2002.– №3.– С. 40–41.

5. *Ефимов, Ю.В.* Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей / Ю.В. Ефимов // Стоматология.– 1993.– №3.– С. 26–27.

6. *Лукиных, Л.М.* Верхушечный периодонтит / Л.М. Лукиных, Ю.Н. Лившиц // Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1999.– 92 с.

7. *Невров, А.Н.* Хирургическое лечение тяжелых форм пародонтита с применением биокomпозиционного материала «Коллапан» (экспериментально-клиническое исследование) — 14.00.21 / А.Н. Невров.– М., 2002.

8. *Робустова, Т.Г.* Хирургическая стоматология. 3-е изд. / Т.Г. Робустова.– М.: Медицина, 2000.– 503 с.

9. *Рыжова, И.П.* Оптимизация метода лечения стоматологических больных с постэкстракционными дефектами челюстей / И.П. Рыжова, Е.В. Милова, И.Г. Бочарова // Сб. тр. 71-й науч. конф. КГМУ и сессии Центрально-Чернозем. науч. центра РАМН.– Курск: КГМУ, 2006.– Т.1.– С. 339–340.

УДК: 616.31-089.28/.29

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА ПОСЛЕ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ПОД НЕСЪЕМНУЮ ОРТОПЕДИЧЕСКУЮ КОНСТРУКЦИЮ

И.Ю. ИППОЛИТОВ

*ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко»,
ул. Студенческая 10, г. Воронеж, 394000, тел.: +7 (4732) 53-05-36*

Аннотация: в работе представлена возможность герметизации дентинных канальцев отпрепарированного зуба под ортопедическую конструкцию с целью снижения его гиперчувствительности на этапах протезирования и проведена сравнительная оценка применяемых для этого материалов.

Ключевые слова: повышенная чувствительность, бондинговая система, дентин зуба, энергодисперсионный анализ.

CLINICO-LABORATORY ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF THE MATERIALS FOR HYPERSENSITIVITY REDUCTION OF HARD DENTAL TISSUES AFTER THE FIXED PROSTHETIC CONSTRUCTION PREPARATION

I. YU. IPPOLITOV

N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy

Abstract: this scientific work describes the possibility of dentinal tubules sealing on orthopedic prepared tooth, in order to reduce its hypersensitivity at prosthetics stages and comparative estimation of applying materials.

Key words: hypersensitivity, bonding-system, dentin, energy-dispersive analysis.