

УДК: 616.31-089+616.716+616.52-001.4+616-018+617-089

С. Г. Безруков, д. мед. н., Р. Ю. Заитова

Крымский государственный медицинский университет

КЛИНИКО-ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТИВНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ И КЛЕЕВОЙ ПОВЯЗКИ

В статье представлен анализ клинико-цитологического исследования результатов лечения 106 пациентов с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области. Установлено, что применение активного дренирования и клеевой пленочной повязки в послеоперационном периоде позволило снизить выраженность местных воспалительных реакций, оптимизировать течение раневого процесса и повысить эстетичность рубцов.

Ключевые слова: послеоперационная рана, челюстно-лицевая область, лечение, активное дренирование, клеевая повязка, клиника, цитология, эстетичность рубца.

С. Г. Безруков, Р. Ю. Заитова

Кримський державний медичний університет

КЛІНІЧНО-ЦИТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО - ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ З ЗАСТОСУВАННЯМ АКТИВНОГО ДРЕНУВАННЯ ТА КЛЕЙОВОЇ ПОВ'ЯЗКИ

У цій статті показано аналіз клінічно-цитологічного дослідження наслідків лікування 106 пацієнтів з доброкачественними пухлинами та пухлинноподібними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки. Встановлено, що застосування активного дренивання та клейової пов'язки у післяопераційний період дозволяє зменшити вираженість місцевих запальних реакцій, оптимізувати хід раневого процесу та збільшити естетичність рубців.

Ключові слова: післяопераційна рана, щелепно-лицева ділянка, лікування, активне дренивання, клейова пов'язка, клініка, цитологія, естетичність рубця.

S. G. Bezrukov, R. Y. Zaitova

Crimean National Medical University

CLINICOCYTOLOGICAL APPRAISAL OF CURE RATE OF POSTOPERATIVE WOUND WITH SOFT TISSUES IN MAXILLOFACIAL AREA WITH USING OF DRAINAGE AND GLUE DRESSING

In the article there is an analysis of clinicocytological research of one hundred and six (106) patient with innocent

tumor and diseases connected with tumors of soft tissues in maxillofacial area. It is established that the usage of active drainage and glue dressing in postoperative period helped to reduce the evidence of local inflammatory reaction and to optimize the course of wound process and to raise the aestheticness of scar.

Key words: postoperative wound, maxillofacial area, cure, active drainage, glue dressing, clinic, cytology, aestheticness of scar.

К наиболее важным задачам хирургии на современном этапе относят поиск эффективных методов соединения краев кожной раны, предупреждающих грубое рубцевание поврежденных тканей. Высокие эстетические требования к заживлению ран мягких тканей на открытых участках тела обуславливают необходимость развития хирургической науки и техники (А. Е. Белоусов, 1998; Я. Золтан, 1983).

Известно, что для выбора метода соединения краев раны следует учитывать особенности воспалительно-репаративных реакций в поврежденных тканях. Исход процесса заживления раны зависит также от общей реактивности организма и состояния кожи в области вмешательства, правильно выбранного хирургического доступа и использованного метода соединения краев кожи (А. Е. Белоусов, 1998; Ю. А. Давыдов и соавт., 1999; С. Г. Измайлов и соавт., 2004; В. Р. Мороз, 2006; К. П. Пшениснов и соавт., 2005; И. А. Фришберг, 2005).

На сегодняшний день известны многочисленные попытки оптимизировать процесс заживления ран кожи, однако все они остаются несовершенными. Так, при послойном ушивании раны нить, как инородное тело, во время своего пребывания в тканях поддерживает воспалительную реакцию, задерживая ее на моноцитарно-макрофагальной стадии. Это не только увеличивает опасность гнойных осложнений, но и препятствует завершению формирования и, следовательно, повышению прочности раневого рубца (В. М. Буянов, 2000; А. В. Дыдыкин и соавт., 2003; П. И. Ивасенко, 2002; Г. П. Рузин, 2008). Воспалительно-рубцовые изменения, возникающие в тканях при рассасывании нитей, играют негативную роль в связи с тем, что снижаются как косметические, так и функциональные результаты операции, которые в хирургии лица и шеи часто имеют первостепенное значение.

Альтернативой классическому сшиванию поверхностных слоев раны может быть метод, не вносящий каких-либо дополнительных структурных изменений в ткани, например, лейкопластырная фиксация. Однако, при своей простоте и надежности она имеет свои недостатки. Полоски

лейкопластыря не препятствуют эверсии краев раны. Более глубокие слои тканей, не имеющие дополнительной фиксации, образуют в ране просветы, где скапливается раневой экссудат и сгустки крови, являющиеся средой для развития инфекции (Ю. К. Абаев, 2005; Л. И. Толстых и соавт., 1988; Ю. А. Давыдов и соавт., 1999).

Известно, что быстрая эвакуация раневого экссудата благоприятно сказывается на заживлении, способствует ускорению процессов регенерации и выздоровлению больного в целом. Отток из раны традиционно осуществляется путём дренирования. Но при применении резиновых выпускников и трубчатых дренажей, можно рассчитывать только на пассивный отток отделяемого, что возможно лишь при расположении дренажа в самом низком участке раны или в положении больного лежа.

Вопросы влияния активного дренирования (отрицательного давления) на ткани раны стали изучаться с недавнего времени. Однако перспективность его использования в сочетании с клеевой пленочной фиксацией краев раны пока не оценивалась. В этой связи усовершенствование известных способов закрытия кожной раны с повышением их эффективности приобретает актуальность.

Цель настоящего исследования. Повысить эффективность комплексного лечения хирургических стоматологических больных путем использования в раннем послеоперационном периоде активного дренирования раны и клеевой пленочной повязки.

Материалы и методы исследования. В клинике обследовано 106 больных обоего пола, в возрасте от 20 до 60 лет, с доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями мягких тканей в челюстно-лицевой области (аденомы, липомы, боковые кисты и свищи шеи, дермоидные кисты, хронические гиперпластические лимфадениты).

Все больные были распределены на две группы: основную (52 человека) и контрольную (54). В контрольной группе после удаления образования рану послойно ушивали нитью «Викрил» 4/0, поверхностно накладывали внутрикожный шов атравматической нитью «Пролен» 3/0. В ране оставляли пластиночный (перчаточный) резиновый дренаж. Наружно использовали асептическую лейкопластырную повязку. Перевязки осуществляли ежедневно в течение семи суток.

В основной группе на дно раны по всей её длине укладывали дренажную перфорированную трубку (катетер желудочный детский № 8), через отверстия которой на всем протяжении раневого канала осуществляли равномерное воздействие на ткани отрицательным давлением и обеспечи-

вали непрерывный отток содержимого из раны. Для сведения и фиксации краев кожи использовали внутрикожный шов атравматической нитью «Пролен» 3/0. Рану закрывали прозрачной стерильной пленкой Tegaderm, покрытой гипоаллергенным клейким веществом. К наружному концу дренажа присоединяли источник отрицательного давления в виде стандартной резиновой груши с диаметром сферы 10 см. Одновременно этот баллон служил резервуаром для сбора раневого экссудата. Внутрикожный шов удаляли через 2-е суток после оперативного вмешательства, дренаж из раны - через 3-е суток. Пленку снимали через 7 суток.

В комплекс послеоперационной терапии у пациентов в контрольной и основной группах в соответствии с существующими рекомендациями включали:

- кетанов (1т. × 2 раза в день, в течение первых суток), с целью противовоспалительного и обезболивающего действия;
- аскорбиновая кислота (1т. × 2 раза в день), как антиоксидант;
- траумель С (2т. × 3 раза в день, в течение 7 суток), как иммунокорректор;
- поливитамины.

Характер заживления ран контролировали с помощью таких клинических критериев, как: наличие боли в зоне травмы, отека тканей, гиперемии кожи, отделяемого из раны, оценка состояния швов, консистенции и размеров (ширины) рубца.

С целью изучения динамики репаративных процессов в тканях ЧЛЮ в условиях применения активного дренирования послеоперационной раны нами выполнено цитологическое исследование содержимого трубчатого дренажа и мазков-соскобов, взятых с поверхности раны. Морфометрический анализ цитограмм проведен у 30 больных (15 - представители контрольной группы и 15 - основной). Для верификации полученных сведений анализ цитограмм проводили на 1-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки раннего послеоперационного периода.

Для оценки статистической достоверности различий распределения показателей при использовании двух методик лечения применён критерий Брандта-Снедекора. Для оценки статистической значимости в данной работе использован U-критерий Уилкоксона-Манна-Уитни.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели послеоперационного отека и болевого компонента в группах сравнения демонстрировали меньшую выраженность этих симптомов у больных, где в послеоперационном периоде применялся активный дренаж (основная группа). Достоверные различия имели место с

первых суток наблюдений как по числу пациентов с отсутствием явлений отека и боли, так и по интенсивности проявления симптома. На наш взгляд, такая положительная динамика преобразований клинических признаков местных воспалительных реакций в раннем послеоперационном периоде обусловлена использованием активного (принудительного) дренирования, существенно повышающего эффект декомпрессии в очаге отека мягких тканей. В основной группе уже через одни сутки после операции наблюдали преимущественно незначительный отек (39 пациентов, 75,0 %), в то время как при использовании традиционного метода выраженный отек был зарегистрирован у 9,26 % (5) больных, умеренный – у 87,04 % (47). Самопроизвольная боль у всех пациентов в паравульнарной зоне либо отсутствовала, либо расценивалась как незначительная, ноющего характера.

В срок семь суток после операции раннее снятие швов и наличие на ране клеевой повязки Tegaderm обеспечило почти полное отсутствие признака гиперемии кожи. В то же время, при традиционном методе лечения гиперемия кожи была более выраженной. При этом среднее значение показателя в контроле составило 1,83 мм, что на 5,8 % выше, чем на пятые сутки после лечения ($p < 0,01$). На наш взгляд, это объясняется тем, что нить, как инородное тело, во время своего пребывания в тканях поддерживает воспалительную реакцию в поверхностных слоях кожи, пролонгируя первую стадию заживления раны.

Определение продолжительности периода экссудации и качественных характеристик содержимого раны позволяло оценить условия, формируемые для течения восстановительных процессов. В 1 сутки после хирургического вмешательства в основной группе в 100 % случаев видимая часть дренажа была заполнена отделяемым (сукровичным – в 38,5 %, геморрагическим – в 61,5 % случаев).

В контрольной группе на первые сутки отделяемое из раны удалось получить у 20 (37,03 %) больных. Данный факт свидетельствует о низкой эффективности пассивного дренирования раны и объясняет наличие умеренного и выраженного послеоперационного отека у пациентов в этой группе наблюдений.

На третьи сутки послеоперационного периода в основной группе в 100 % случаев наблюдался серозный экссудат в видимой части дренажа при минимальной выраженности послеоперационного отека у пациентов в этой группе. В контрольной группе экссудация остается неинтенсивной, обуславливающей сохранение выраженного и умеренного отека мягких тканей в 70,4 %

случаев. У одного пациента (1,8 %) из раны выделилось серозное отделяемое с примесью гноя.

Наблюдения, проведенные на пятые сутки в основной группе, указывают на отсутствие отделяемого в 94,23 % случаев и лишь у 3 (5,77 %) пациентов при пальпации тканей в паравульнарной зоне из дренажного отверстия получено незначительное количество серозного экссудата. В этот же срок в контрольной группе экссудат отсутствовал в 94,44 % случаев. У трех больных (5,56 %) при пальпации из раны выделилось 2-3 капли гноя. Однако, наличие в ране гнойного экссудата не сопровождалось выраженными симптомами воспаления и было расценено как асептическая воспалительная реакция на присутствие в раневой щели инородного тела (шовного материала). Это мнение подтверждалось ещё и тем фактором, что гнойная экссудация наблюдалась нами на ограниченных участках раны.

На 7 сутки наблюдений у одного пациента (1,85 %) в контрольной группе при осмотре раны получено незначительное количество серозного отделяемого. Во всех остальных случаях отделяемое получить не удалось.

Как видно из приведенных данных, структуры выборки относительно характера отделяемого из раны при лечении двумя разными методами являются настолько выраженными, что проверка статистической значимости их различий не требуется.

Критерием, отражающим характер течения восстановительных процессов и формирования рубца, являются темпы эпителизации поверхности раневой щели. На третьи сутки в контрольной группе у трех пациентов появились участки неплотного смыкания (расхождения) краев раны. Эти участки были непродолжительными (6-14 мм). В основной группе незначительные расхождения сохранялись только в дренажном месте после удаления катетера.

Через 5 суток после операции, на фоне продолжающегося снижения выраженности местных воспалительных реакций, в основной группе, через прозрачную пленку Тегадерм визуально обнаруживались признаки эпителизации раневой щели. В контрольной группе в этот срок наблюдений поверхность ран была преимущественно закрыта корочками разной ширины и толщины, что свидетельствовало о незавершенности процесса эпителизации.

На седьмые сутки после операции у большей части больных в основной группе (92,31 %) при визуальном местном обследовании (после удаления пленки) определялась эпителизация раневой щели на всем её протяжении, т.е. заживление характеризовалось первичным натяжением. Лишь у 4 (7,69 %) пациентов процесс эпителизации оста-

вался незавершенным. В контрольной группе у 18 (33,3 %) больных значительные участки раны оставались закрытыми корочками и мелкими струпами.

Результаты цитологического исследования мазков и мазков-соскобов с 3 по 7-е сутки послеоперационного периода ярко иллюстрируют смену альтеративно-экссудативных реакций в ране, наблюдаемых на 3 сутки на репаративные процессы на 5 и 7 -е сутки у больных в обеих группах сравнения.

В цитограммах, выполненных на 1 сутки, в обеих группах отмечается большое количество эритроцитов, покрывающих всё поле зрения, и единичные лимфоциты.

В обеих группах в мазках-соскобах на 3 сутки появляются лейкоциты и макрофаги, ото-

бражающие проявление экссудативной реакции в ране. В контрольной группе количество нейтрофилов увеличено (46,6 %), в сравнении с основной (36,55 %) на 10,05 %. Количество макрофагов, наоборот, увеличено в основной группе (45,5%), в сравнении с контрольной (25,1 %) на 10,4 %. Среди нейтрофилов в основной группе преобладали фагоцитирующие формы (14,9 %) над нефагоцитирующими (10,2 %), а в контрольной группе фагоцитирующие формы (18,6 %) отмечались реже, чем нефагоцитирующие (26,9%). Кроме того, такая же тенденция отмечалась и в отношении макрофагальной реакции. Общее количество макрофагов преобладало в основной группе и составило 46,6% в сравнении с контрольной группой (36,5%), из них фагоцитирующие макрофаги составили 28,5% (табл.).

Таблица

Процентные соотношения клеточных элементов в мазках-соскобах у больных в группах сравнения в раннем послеоперационном периоде

Цитограмма (%)	Сроки наблюдений					
	3 сутки		5 сутки		7 сутки	
	M±m		M±m		M±m	
	Контр. группа	Основ. группа	Контр. группа	Основ. группа	Контр. группа	Основ. группа
Нейтрофилы	45,5	25,1	8,2	5,1	2,0	00,0
-фагоцитирующие	18,6±0,3	14,9±0,5	5,2±0,6	3,1±0,5	2,0±0,2*	00,0±0,0
Нефагоцитирующие	26,9±0,6	10,2±0,6	3,0±0,4	2,0±0,2	00,0±0,0	00,0±0,0
Макрофаги	36,5	46,6	17,6	9,8	4,2	00,0
-фагоцитирующие	18,7±0,4	28,5±0,6	12,3±0,5	6,7±0,5	4,2±0,1	00,0±0,0
Нефагоцитирующие	17,8±0,7	18,1±0,6	5,3±0,6	3,1±0,3	00,0±0,0	00,0±0,0
Лимфоциты	17,9±0,6	12,8±0,3	9,8±0,5	6,4±0,5	2,0±0,1	00,0±0,0
Фибробласты	00,0±0,0	6,3±0,6	19,1±0,3	9,2±0,3	7,4±0,4	00,0±0,0
Эпителиоциты	00,0±0,0	9,2±0,3	45,3±0,5	66,0±0,2	84,4±0,4	100,0

Также в мазках соскобах отмечали наличие лимфоцитов, но в основной группе их было 12,8 %, а в контрольной (17,9 %) на 5,1% больше. Такая цитологическая картина говорит о более быстром завершении фагоцитоза в основной группе больных, что способствует более быстрой ликвидации последствий травмы. Наличие небольшого количества фибробластов (6,3%) в основной группе говорит о начале процесса пролиферации.

В препаратах контрольной группы в мазках фибробласты и эпителиоциты на третьи сутки отсутствовали.

На пятые сутки лечения качественное и количественное соотношение клеточного состава

менялось. Общее количество нейтрофилов, макрофагов и лимфоцитов резко снизилось в обеих группах. В большей степени позитивные изменения касаются цитограмм в основной группе. Так здесь отмечается меньшее количество нейтрофилов (5,1 %), макрофагов (9,8 %), лимфоцитов (6,4 %) в сравнении с контролем, где эти данные составили соответственно 8,2 %, 17,6 %, 9,8 %. Такие показатели говорят о снижении экссудативных реакций и стихании воспалительного процесса в ране. Но, в этот же срок нарастают репаративные процессы, которые подтверждаются наличием фибробластов и появлением молодых эпителиальных клеток (табл.).

Следует отметить, что количество фибробластов оказалось на 9,9 % больше в контрольной группе (19,1 %), чем в основной (9,2 %). Такое процентное соотношение может способствовать более длительному заживлению подэпителиальных структур с образованием гипертрофического рубца.

Наибольший процент клеточного состава в мазках-соскобах в этом сроке наблюдений составляли молодые эпителиоциты, которые имели овальную форму и гиперхромные ядра. Известно, что такие признаки говорят о повышенной пролиферативной функции этих клеток. В основной группе они составили 66,0 %, а в контрольной 45,3 %. Значимые различия в показателях эпителиоцитов на 5-е сутки лечения свидетельствовали о более активном закрытии поверхности раневой щели в основной группе.

На седьмые сутки послеоперационного периода мазки-соскобы были очень скудными в обеих группах. При анализе цитограмм в основной группе визуализировались только зрелые эпителиальные клетки, имеющие полигональную форму и центральное расположение ядра. В контрольной группе эпителиоциты имели различную степень дифференцировки (84,4 %), обнаруживались также единичные нейтрофилы (2 %), макрофаги (4,2), лимфоциты (2 %) и фибробласты (7,4 %).

Таким образом, на основании материалов исследования мазков-соскобов, взятых с поверхностей оперированных тканей, в условиях применения сравниваемых методов лечения, следует отметить, что в течение первых 7-и суток наблюдений цитологические признаки восстановления эпителия отмечались во всех исследуемых группах больных. Однако в основной группе, где в послеоперационном периоде применяли активное дренирование в сочетании с клеевой повязкой, течение процесса эпителизации раны было более эффективным. Присутствие в цитограммах эпителиоцитов выявлено здесь уже на третьи сутки лечения. В этот же срок наблюдений уровень активности фагоцитоза превышал показатели контрольной группы, а на 5 сутки отмечено заметное стихание воспалительных клеточных реакций.

На седьмые сутки после операции в основной группе нейтрофилы и макрофаги не наблюдались ни у одного больного, лимфоциты отмечены у одного пациента, фибробласты - у трех. Уровень эпителиоцитов, отличный от 100 (но не менее 96), на седьмые сутки после лечения предложенным методом наблюдался всего у трех пациентов. В этот срок в мазках-соскобах отмечали только зрелые эпителиальные клетки, что свиде-

тельствует о завершении процесса эпителизации раны.

Выборочные данные свидетельствуют о чрезвычайно низкой (практически – нулевой, $p < 0,01$) вероятности совпадения средних значений цитологических показателей при использовании двух сравниваемых методов лечения ран в послеоперационном периоде. Таким образом, изменения изучаемых показателей, наблюдаемые при использовании активного дренирования и клеевой повязки являются статистически значимыми и будут иметь место для генеральных совокупностей пациентов.

В клинике заживление ран у больных с применением активного дренирования и клеевой пленочной повязки проходит на фоне менее выраженных проявлений отека, локальной гиперемии и болевого компонента. В то же время раневой процесс сопровождается более выраженной экссудацией в первые сутки, о чем свидетельствует возрастание количества раневого отделяемого. Заживление первичным натяжением с эпителизацией раны на всем протяжении на 7-е сутки отмечено у всех больных (основная группа 100%, контрольная - 87,04%).

Цитологическая картина позволяет здесь выявить существенное сокращение сроков местных клеточных воспалительных реакций и более ранний запуск репаративных процессов.

Использование активного дренирования и клеевой пленочной повязки в послеоперационном периоде позволяет оптимизировать течение раневого процесса, снижать выраженность и продолжительность местных воспалительных реакций, что является важным условием для раннего запуска репаративных процессов и формирования эстетичных рубцов.

Список литературы

1. **Абаев Ю. К.** Расстройства заживления ран и методы их коррекции / Ю. К. Абаев // Вестник хирургии. – 2005. – № 1. – С. 111–113.
2. **Белоусов А. Е.** Заживление раны и оптимальный рубец / А. Е. Белоусов, П. Е. Куприн // Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб. : Гиппократ, 1998. – 106–122.
3. **Буянов В.М.** Хирургический шов / В. М. Буянов, В. Н. Егиев, О. А. Удотов. – М. : Фирма Антис, 2000. – С. 97.
4. **Давыдов Ю. А.** Вакуум терапия ран и раневой процесс / Ю. А. Давыдов, А. Б. Ларичев. – М. : Медицина, 1999. – 160 с.
5. **Дыдыкин А. В.** Патогенетическое обоснование способов оптимизации заживления кожных ран при травматологических операциях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.22 / А. В. Дыдыкин. – М., 2003. – 25 с.

6. **Измайлов С. Г.** Новые технологии в хирургии ран: монография / С. Г. Измайлов, Г. А. Измайлов. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2004. – 340 с.

7. **Мороз В. Р.** Условия оптимизации заживления хирургических ран в челюстно-лицевой области / В. Р. Мороз // 36. наук. праць ін-ту стоматології КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К., 2004. – Вип. 1. – С. 158–160.

8. **Пшениснов К. П.** Основы пластической хирургии / К. П. Пшениснов, С. В. Кадочников, В. А. Демченко // Избранные вопросы пластической хирургии. – 2005. – Т 1, № 13. – 49 с.: ил.

9. **Рузін Г. П.** Основы технологии операций у хирургичній стоматології та щелепно-лицевій хірургії : навч. посіб. / Г. П. Рузін, М. П. Бурих. – Вид. 2-ге. – Вінниця: НОВА КНИГА, 2008. – 367 с.: ил.

10. **Толстых Л. И.** Биологически активные пересадочные и хирургические шовные материалы / Л. И. Толстых, В. К. Гостищев, А. Д. Вирник, Б. Н. Арутюнян // Хирургия. – 1988. – № 4. – С. 3–8.

11. **Фришберг И. А.** Эстетическая хирургия лица / И. А. Фришберг. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2005. – 276 с.: ил.

Поступила 30.03.09.



УДК 616.314-089.843:5

В. В. Лепский, В. И. Карый, к. мед. н.;
Л. Н. Россаханова, к. биол. н.

ГУ "Институт стоматологии АМН Украины"

ВЛИЯНИЕ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ НА БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАЖИВЛЕНИЯ И РЕГЕНЕРАЦИИ ЛУНКИ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЯ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПАРОДОНТОЗНЫХ ЗУБОВ

У 16 больных генерализованным пародонтитом III-IV степени с удаленными зубами и последующим пломбированием лунки зуба препаратом "Остеопласт" (содержит коллаген и гидроксиапатит из свиной кости) в сочетании с препаратом "Остеовит" (содержит соевые изофлавоны, цитрат кальция, сульфат цинка и витамин Д₃) с помощью биохимических маркеров изучено состояние регенеративной ткани (степень воспаления и дисбиоза). Установлено, что предполагаемый способ лечения улучшает состояние ткани (по состоянию микробиоценоза), однако полного устранения воспалительно-дистрофических процессов не происходит.

Ключевые слова: альвеолит челюстей, остеопластические и остеостимулирующие препараты, регенерация, маркеры воспаления и дисбиоза.

В. В. Лепський, В. І. Карий,
Л. М. Розсаханова

ДУ "Інститут стоматології АМН України"

ВПЛИВ ОСТЕОПЛАСТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ НА БІОХІМІЧНІ ПОКАЗНИ- КИ ЗАГОЄННЯ І РЕГЕНЕРАЦІЇ ЛУНКИ ТА АЛЬВЕОЛЯРНОГО КРАЮ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ПАРОДОНТОЗНИХ ЗУБІВ

У 16 хворих на генерализований пародонтит III-IV ступеня з видаленими зубами і подальшим пломбуванням лунки зуба препаратом "Остеопласт" (містить коллаген і гідроксиапатит з свинячої кістки) у поєднанні з препаратом "Остеовіт" (містить соєві ізофлавоїни, цитрат кальцію, сульфат цинку і вітамін Д₃) за допомогою біохімічних маркерів вивчений стан регенеративної тканини (ступінь запалення і дисбіозу). Встановлено, що передбачуваний спосіб лікування покращує стан тканини (за станом мікробіоценозу), проте повного усунення запально-дистрофічних процесів не відбувається.

Ключові слова: альвеоліт щелеп, остеопластичні і остеостимулюючі препарати, регенерація, маркери запалення і дисбіоза.

V. V. Lepskij, V. I. Karyj, L.N.Rossakhanova

SE "the Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine"

THE INFLUENCE OF OSTEOPLASTIC MATERIALS UPON BIOCHEMICAL INDICES OF THE HEALING AND REGENERATION OF ALVEOLAR SOCKET AND MARGIN AFTER THE REMOVAL OF PARODONTOSE TEETH

The state of regenerative tissue (the degree of inflammation and disbiosis) was studied with the help of biochemical markers in 16 patients with generalized periodontitis of III-IV degree with extracted teeth and further dental filling with the preparation "Osteoplast" (contains collagen and hydroxyapatite from pig bone) combined with the preparation "Osteovit" (contains soy isoflavones, calcium citrate, zinc sulfate and vitamin D₃). The supposed method of treatment was determined to improve the state of tissue (as to the state of microbiocenosis), but the complete elimination of inflammatory-dystrophic processes doesn't occur.

Key words: alveolitis of jaws, osteoplastic and osteostimulating preparations, regeneration, inflammatory markers, disbiosis.

Рост заболеваемости пародонтитом и низкая эффективность существующих методов профилактики и лечения [1-3] обуславливают увеличение числа удаленных зубов и необходимость последующего применения имплантологических