

В.И. Семенников, Ю.В. Тейтельбаум, А.В. Пантелеев, Л.А. Костюченко

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Для реконструкции зубочелюстного аппарата в настоящее время все большее значение приобретают технологии с использованием имплантатов. Одним из основных показателей длительного сохранения имплантатов является интенсивность резорбции тканей пародонта. Поэтому обеспечение наиболее благоприятных режимов микроциркуляции в зоне альвеолярных отростков способствует долговременному и полноценному функционированию имплантатов.

Цель работы — изучение эффективности применения фотофореза ангиопротектора троксевазина и жидких фолатов — «Ангиовита» — для лечения и профилактики периимплантита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено простое проспективное контролируемое долговременное исследование 73 пациентов в возрасте 45–65 лет, средний возраст $59,4 \pm 5,5$ года. Из них 41 женщина и 32 мужчины с отсутствием премоляров и моляров нижней челюсти — 39, верхней челюсти — 34 человека. Всем пациентам введены имплантаты системы MDI, USA. Пациентам 1-й группы (12 чел.) проводили лазерную терапию 2 мин, режим-1 (Лазер-Оптодан, Россия) 10 сеансов. Пациентам 2-й группы (21 чел.) — троксевазин — фотофорез, гель наносили на вестибулярную и оральную поверхности альвеолярного отростка. Пациенты 3-й группы (40) — получали фотофорез жидкими фолатами, как пациенты 2-й группы. Эффективность лечения оценивалась по степени подвижности имплантата — «Периостеометр», Siemens, Germany, прицельной радиовизиографии и денситометрии, доплеровской флоуметрии (аппарат ЛАКК - 02 (НПП «Лазма», г. Москва) до и после имплантации и проведенного лечения через 12 и 24 месяца. Для статистического анализа использованы непараметрические методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели микроциркуляции во всех группах до лечения не имели отличий и составили на верхней челюсти $17,2 \pm 0,7$ пф.е., на нижней — $16,5 \pm 0,78$ пф.е. ($p = 0,55$). После установки имплантатов и проведения лечения в сроки через 12 и 24 месяца и повторного курса фотофореза установлено, что через 12 месяцев в 1-й группе интенсивность микроциркуляции улучшилась — $16,2$ пф.е. и $15,1 \pm 0,8$ пф.е. (восстановление интенсивности микроциркуляции на 89 %), у двух других наблюдалось полное восстановление параметров микроциркуляции — соответственно $17,1$ пф.е. и $16,1 \pm 0,57$ пф.е. Подвижность имплантатов отсутствовала во всех группах 3 ± 1 и 2 ± 1 балла соответственно. Данные рентгеноденситометрии не выявили достоверных изменений предыдущих показателей. Через 24 месяца параметры микроциркуляции во всех группах приблизились к исходным, а подвижность имплантатов не определялась. По данным рентгеноденситометрии оптическая плотность кости в периимплантатной зоне во всех группах составила 199 ± 27 у.е.н., интенсивность резорбции — $0,1$ мм в год.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование фотофореза с указанным комплексом препаратов можно рекомендовать для профилактики периимплантита и поддержки долговременного функционирования имплантатов.

И.Ж. Семинский, А.И. Левента, С.Е. Кисель, Д.А. Шукин, О.В. Шабатурова

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАЖИВЛЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОЙ ЛИНЕЙНОЙ РАНЫ ПОД ВЛИЯНИЕМ МАЗЕЙ РАЗЛИЧНОГО СОСТАВА

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

В настоящее время используется большое количество методов лечения ран и ожогов. Однако метод местного медикаментозного лечения остаётся самым признанным в силу своей простоты, доступности, дешевизны, эффективности. На данный момент целесообразен поиск средств, которые в быстрые сроки и наиболее качественно будут способствовать репаративным процессам, обладая при этом минимумом побочных эффектов.

Нами было изучено действие мазей с экстрактом горноколосника колючего (*Orostachis spinosa*) на процессы заживления линейной раны на коже. За мазевую основу были взяты мази промышленного

производства «Фузимет», «Левомиколь» и вазелин с ланолином в соотношении 1 : 9. В эксперименте использовались 15 беспородных кроликов, которым под местной анестезией наносились в области спины раны. На раны накладывали мазевые повязки с препаратами сравнения: «Левомеколь», «Фузимет», ланолин с вазелином 1 : 9; контроль — 0,9%-ный раствор NaCl. Для гистологических исследований забирали ткань раны с прилегающей неповрежденной кожей. Были проведены три серии эксперимента.

На всех этапах процесс заживления кожной раны более оптимально и быстро протекал при использовании мази «Фузимет» с горноколосником. Морфологическое исследование данной раны показало, что в первые сутки наблюдаются некротические массы, демаркационный лейкоцитарный вал, состоящий на 90 % из нейтрофилов и 10 % макрофагов; толщина лейкоцитарного вала — 150 ± 24 мкм с плотностью клеток $25 - 30 \times 1000$ кв.м. В отдаленной от некротических масс зоне — ярко выраженная сосудистая реакция. Регистрируется интенсивный диапедез лейкоцитов из сосудов в ткань, перивазальная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов и эозинофилов. Плотность инфильтрата подлежащей к ране соединительной ткани — $11 \pm 3 \times 1000$ кв.м, соотношение нейтрофил : мононуклеар — 1 : 1. Через трое суток — происходит активация клеток фибробластического ряда, начинается синтез коллагена и гликозаминогликанов. Через семь суток регистрировалось полное заживление кожного дефекта с образованием типичной фиброзной ткани толщиной 160 ± 25 мкм, число слоев фибробластов — 12 ± 3 . В отдаленной зоне сосудистая реакция уменьшилась, хотя наблюдалась повышенная концентрация эозинофилов. Поверхность раневого дефекта покрывалась вновь образованным многослойным эпителием. Исследование мазков-отпечатков ран показало соответствие клеточных элементов поверхности стадиям заживления. Патологической микрофлоры не обнаружено.

Таким образом, применение горноколосника на основе мази «Фузимет» ускоряет сроки заживления экспериментальных линейных ран за счёт более быстрого протекания фаз раневого процесса, при этом структурные характеристики вновь образованной соединительной ткани и эпителия соответствуют контрольным показателям. Данная лекарственная форма перспективна для внедрения в медицинскую практику и для дальнейшего изучения её действия на заживление гнойных ран, ожогов и отморожений.

Б.В. Сигуа ^{1, 3}, **А.П. Михайлов** ^{1, 3}, **В.П. Земляной** ¹, **А.М. Данилов** ^{2, 3}

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ РАНЕНИЯХ И ТРАВМАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹ Санкт-Петербургская медицинская академия постдипломного образования (Санкт-Петербург)

² Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

³ Елизаветинская больница (Санкт-Петербург)

Целью исследования явилось снижение частоты гнойно-септических осложнений при повреждениях двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Среди 3077 пострадавших, находившихся на лечении с травмой живота и поясничной области в больнице Святой Преподобномученицы Елизаветы в течение последних 15 лет повреждения двенадцатиперстной кишки были выявлены в 65 (2,11 %) наблюдениях. У 12 (18,5 %) пациентов травма осложнилась забрюшинной флегмоной. У 6 (9,25 %) пострадавших флегмона была следствием позднего обращения. Развитие забрюшинной флегмоны, в послеоперационном периоде, отмечалось у 6 (9,25 %) потерпевших. Причиной развития флегмоны были не выявленные при первичной операции повреждения двенадцатиперстной кишки (3), массивное пропитывание забрюшинной клетчатки желчью (2) и кровью (1). В раннем послеоперационном периоде все больные были подвергнуты повторному оперативному вмешательству. Во время релапаротомии в 3 наблюдениях обнаружены повреждения двенадцатиперстной кишки, не выявленные при первой операции. Ретроспективный анализ показал, что причинами диагностических ошибок у этих пациентов явился отказ от ревизии забрюшинных гематом в проекции нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, правой почки и по ходу правого бокового канала, а также от проведения интраоперационной фиброгастроудоденоскопии для исключения повреждений двенадцатиперстной кишки. Во время релапаротомии раны двенадцатиперстной кишки ушиты. В 3 случаях при повторном оперативном вмешательстве обнаружена несостоятельность швов, с развитием септической флегмоны забрюшинного пространства. При развитии флегмоны забрюшинного пространства, после ушивания ран двенадцатиперстной кишки, производили «выключение» двенадцатиперстной кишки по Грехему — Маттоксу — наложение гастроэнтероанастомоза с прошиванием привратника. Во всех случаях осуществляли вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, санацию и дренирование