

УСТРАНЕНИЕ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Д.И. Хушвахтов, Х.Т. Меликов, Б.И. Ирданов
Городская стоматологическая поликлиника № 2

Актуальность. Хирургическое лечение кистозных и доброкачественных образований челюстных костей приводит к появлению полости в костной ткани. Самостоятельное восстановление костных структур в образовавшихся полостях происходит длительное время и занимает от нескольких месяцев до нескольких лет. Порой эти процессы остаются незавершёнными, дефект заполняется лишь соединительной тканью и делает проведённое вмешательство неэффективным. Ввиду скорого возникновения рецидива заболевания требуется повторная операция (1,4).

С целью сокращения сроков восстановления полостного образования костной ткани предлагается её тампонада гипсом, йодоформенной турундой, кровяным сгустком, гемостатической губкой а также использование ауто-, алло-, ксеногенотрансплантатов, полимерных и синтетических материалов (4). Однако применение первых вызывает проблемы, связанные с послеоперационным уходом за раной, сложностью их моделирования во время оперативного вмешательства, а у вторых сильно выражены местные токсические и антигенные свойства. Многие из них, обладая остеокондуктивными свойствами, лишены остеоиндуктивных качеств (5).

Все ауто-, алло- ксенотрансплантаты, полимерные и синтетические материалы, используемые для «запечатывания» костных полостей, довольно часто подвержены резорбции или элиминации, что является их недостатком. В этой связи проблема восстановления костной ткани в полости, оставшейся после удаления кистозных и костных доброкачественных образований, считается актуальной (7).

В последние годы с целью «запечатывания» таких полостей применяют способ их заполнения мелкогранулированным пористым никелидом титана с использованием пористых тканевых мембран из этого же материала, позволяющих направлять процесс репаративной регенерации. Благодаря биологической совместимости данного материала с тканями организма по биохимическим, биофизическим, биомеханическим параметрам и особыми характеристиками, выражающимися эффектом смачиваемости и сверхэластичности, они обладают высокими интеграционными свойствами и лишены вышеперечисленных недостатков (3).

Цель исследования - совершенствование хирургических методов лечения больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением за период 2005-2008г. находились 12 больных с кистозными и доброкачественными образованиями челюстных костей. Возраст больных - от 18 до 40 лет. Среди обследованных больных женщин было 7, мужчин - 5.

Из общего количества больных у 5 диагностированы радикулярные кисты, у 3 - ограниченные остеобластокластомы, у 2 - гигантоклеточные эпулиды, сопровождающиеся разрушением костной ткани, и у 2 - кистогранулёмы.

Клиническое обследование больных проводилось по традиционной методике. До оперативного вмешательства всем больным проводили ортопантомографию челюстных костей, при необходимости дополняли её прицельными дентальными рентгеновскими снимками, по которым определяли взаимоотношения корней зубов с полостными образованиями. При необходимости проводили депульпирование зубов с выведением пломбировочной массы за верхушку корней.

Всем больным проводили оперативное вмешательство по удалению патологических об-

разований с заполнением образовавшихся полостей по предлагаемой методике.

Техника операции: разрез слизистой над кистозным образованием производится по переходной складке. При наличии свищевого хода к основному разрезу дополнительно добавляется полуовальный разрез, окаймляющий последний. Над образованием скелетизируется кость, острым инструментом снимается кортикальная пластинка и обнажается костная полость. Далее осуществляется вылушивание образования, производится разглаживание острых краёв кости. Костная поверхность полости обрабатывается фрезой до тех пор, пока образования на раневой поверхности не выступит «роса», т.е. до капиллярного кровотечения по всей поверхности. После гемостаза и антисептической обработки последней на всю раневую поверхность укладывается тонкий слой предварительно простерилизованного мелкогранулированного никелида титана. Оставшийся свободный объём полости заполняется синтетическим коллагеновым материалом и заранее приготовленной тромбоцитарной массой. Далее сформированное костное окошечко закрывается тканевым пористо-проницаемого никелид титана соответствующего размера, служащим в качестве мембраны. Его вырезают соответствующего размера ex tempore из цельного куска простерилизованного материала таким образом, чтобы его края на 0,5 мм перекрывали костную полость. Фиксация мембраны осуществляется благодаря эффекту прилипаемости материала к раневой поверхности и дополнительным поднадкостничным введением. Далее лоскуты укладываются на место и ушиваются узловыми швами с оставлением резиновой полоски на 48 часов. Снятие швов производится на 10 сутки после вмешательства. Следует отметить, что на данный способ получен охранный документ - положительное решение НПИ центра РТ № 0800209 от 16.04.2008.

Для иллюстрации технологии использования мелкогранулированного тканевого никелид титана в качестве мембраны, тромбоцитарной массы, а также синтетического коллагена при заполнении полостей в костной ткани, приводим пример:

«Больная Р., 45 лет, амбулаторная карта 536/4 обратилась в поликлинику с жалобами на наличие новообразования в области фронтального отдела верхней челюсти справа. Из анамнеза выяснено, что проводилось лечение 13 11| зубов по поводу хронического периодонтита с пломбированием корневых каналов. В последнее время больная заметила появление образования над пролеченными зубами, имеющего тенденцию к увеличению.

При осмотре полости рта отмечается наличие опухолевидного образования по переходной складке на уровне 13 11|, при пальпации болезненное. Отсутствие 12|. Симптом Дипютрие-на положительный. На R-грамме отмечается наличие кистозного образования размером 2,5х3 см неправильной формы, с «вросшими» в полость корнями зубов (рис.1 а).



Рис. 1 До(а) и после операции (б)

Выполнено оперативное вмешательство согласно разработанной технологии. Контрольный осмотр через 6 месяцев. Жалоб пациентка не предъявляет. На контрольной рентгенографии отмечается полная интеграция введенных материалов и заполнение дефекта «костными структурами» (рис.1 б).

Результаты и их обсуждение. Таким образом, в динамике клинический и рентгенологический контроль над оперированным участком показывает, что благодаря хорошим интеграционным свойствам мелкогранулированного тканевого никелид титана в комбинации с тромбоцитарной массой и синтетическим коллагеном, через 6-8 месяцев происходит полное восстановление костных структур на оперируемом участке исключительно за счёт остеогенной репарации. При этом отмечены также остеоиндуктивные и остеокондуктивные эффекты использования материалов. Осложнений после проведения вмешательства по предлагаемому способу нами не обнаружено ни в одном случае.

Результаты применения данной технологии показали её высокую эффективность при устранении полостей в костях челюстно-лицевой области и позволяют рекомендовать её челюстно-лицевым хирургам, онкологам и травматологам как метод выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Рабухина Е.А., Бадалян В.А. Амбулаторная хирургическая стоматология (современные методы). М., 2002
2. Биосовместимые материалы и имплантаты с памятью формы Томск, 1998
3. Григорьян А.С., Назаров С.Г., Малорян Е.Л., Копейкин В.Н. Влияние биогенной пасты, содержащей гидроксиапатит, на динамику остеоинтеграции имплантатов. Стоматология 1990, № 3, -С. 14-16
4. Дробышев А.Ю. Экспериментальное обоснование и практическое применение отечественных биокомпозиционных материалов при костно-восстановительных операциях на челюстях. Автореф. докт. дисс., М, 2001
5. Кац А.Г. Регенерация костной ткани после удаления кист челюстей Стоматология, 1965
6. Никольский В.Ю., Фадяев И. Дентальная импланталогия, М., 2007
7. Радкевич А.А., Гантиморов А.А., Гюнтер В.Э. Хирургическое лечение больных с расщелинами альвеолярного отростка с использованием материалов с памятью формы. Метод. пособие. 22, Томск, 2007
8. Чупахин П.В. Использование нерезорбируемых мембран для направленной регенерации тканей парадонта. Автореф. канд. дисс., 1995
9. Шакиров М.Н. Хирургическое лечение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области с применением имплантатов с памятью формы. Автореф. докт. дисс., Душанбе, 2003
10. Шишкова М.В. Влияние биокомпозиционных материалов при заполнения послеоперационных дефектов после цистэктомии, регенерацию костной ткани. Аннотация канд. дисс., МГМСУ, 2005

ХУЛОСА

Баргараф кардани бавучудоии ковокиҳои устухони чоғу рӯй

Д.И. Хушвахтов, Х.Т. Меликов, Б.И. Ирданов

Дар мақола нишондодҳои муоинаҳои сарири-озмоишгоҳӣ дар шароити дармонгоҳ нисбати 12 бемори дорои носур ва омоси некзоти устухонҳои чоғҳо оварда шудааст. Таҳлили усулҳои анъанавии табobati ҷарроҳии онҳо гузаронида шудааст.

Барои тақмили ин самт тарзи маҳкам кардани ковокиҳои устухонӣ бо истифода аз масолеҳи биомувофиқ, аз он ҷумла гранулаи никелид-титанӣ бо иловаи технологияи мембранӣ пешниҳод карда мешавад.

SUMMARY

THE REMOVAL OF HOLLOW FORMATIONS OF BONE TISSUE OF JAW-FACE PART

D.I. Hushvahtov, H.T. Melikov, B.I. Irdanov

The data of clinical laboratory investigation of 12 patients with cyst and tumor formations of jaw bones were observed at polyclinic. The analysis of traditional methods of operative treatment was made. Therefore the method of cover of bone cavities by biocompatibilited materials was offered, including the use of small granulled titan nikelide on membrane technology.



ОСОБЕННОСТИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Ходжаева, М.Г. Мамадярова, А.К. Асоев

Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. В эндемичных странах, к которым относится и Республика Таджикистан, малярия остаётся одной из серьёзных проблем здравоохранения в связи с сохранением местной передачи *vivax* и *falciparum*-малярии. Кроме того, неблагоприятным фактором стало появление и распространение лекарственно-устойчивых штаммов *P.falciparum* в зоне интенсивной передачи инвазии. Последние исследования показали, что большинство инфицированных являются бессимптомными носителями *P.vivax* и *P.falciparum* [1, 2].

Общеизвестно, что тропическая малярия, ввиду генетических и антигенных особенностей возбудителя, характеризуется тяжёлым течением, а также развитием серьёзных осложнений, нередко приводящих к летальным исходам [2-4]. Рассматривая клиническую характеристику тропической малярии у детей, ввиду своеобразия клинической картины целесообразно представить особенности заболевания в каждой возрастной группе.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тропической малярии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 65 больных в возрасте от 6 мес. до 3 лет, госпитализированных в 2000-2005 гг. в ГКИБ г. Душанбе и ЦРБ района А. Джамии Хатлонской области. Диагноз верифицирован микроскопией крови. Лёгкая форма болезни наблюдалась у 10 (15,3%) детей, среднетяжёлая - у 29 (44,6%) и тяжёлая - у 26 (40,0%).

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина *falciparum*-малярии у детей раннего возраста характеризовалась преимущественно острым началом заболевания (92,3%) с повышения температуры тела до фебрильных цифр, неправильной температурной кривой (86,1%), отсутствием типичных малярийных пароксизмов. Ремиттирующий тип лихорадки констатирован у 5 (7,7%) больных, постоянный - у 3,1%, субфебрилитет - у 3,1%. В данной возрастной группе характер температурной кривой, как правило, не имеет дифференциально-диагностического значения, что согласуется с данными других авторов [3, 4].

У детей раннего возраста тропическая малярия преимущественно протекала в среднетяжёлой и тяжёлой форме (44,6 и 40,0% соответственно), что фактически в два раза превышает удельный вес тяжёлых форм при трёхдневной малярии.

Симптомы интоксикации, характеризующиеся вялостью, слабостью, капризностью (48,3-57,7%), нарушением аппетита (27,6-84,6%), тошнотой (3,8%) и рвотой съеденной пищей (17,2-26,9%, соответственно при среднетяжёлой и тяжёлой формах) коррелировали с тяжестью заболевания.