

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «BIO OST» ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОКОЛОКОРНЕВЫМИ КИСТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Ю. В. Ефимов, Е. Ю. Ефимова, И. В. Долгова, П. В. Куреев

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ВолгГМУ

Операции по поводу околокорневых кист челюстей по-прежнему относятся к наиболее часто встречающимся хирургическим вмешательствам в стоматологической практике. В то же время в стенках костного дефекта, образующегося после цистэктомии, отмечается угнетение репаративных процессов вследствие развития в них воспаления, а окружающие ткани становятся очагами хронической инфекции. Следовательно, образование кровяного сгустка в костной полости создает угрозу его инфицирования и развития воспалительных осложнений, частота которых остается высокой [3, 7, 10]. Это диктует необходимость поиска новых методов и средств реабилитации этих больных.

В настоящее время широко известно применение в клинике различных остеопластических материалов на основе биологически активного стекла [5], гидроксипатита [8, 11, 12], сульфата кальция [4, 13, 14], трикальцийфосфата [9, 10, 15], костного коллагена и сульфатированных гликозаминогликанов [6].

Каждый из перечисленных препаратов достаточно эффективен, но вероятность их отторжения все же высока [12].

Результаты клинических исследований, выполненных J. Hiddind et al. [1996], свидетельствуют об эффективности оптимизации процессов регенерации в костных дефектах, заполненных материалом «Bio-Ost». Однако тот факт, что он обладает кинетикой резорбции, сужает рамки его применения [16, 17]. С этих позиций наиболее целесообразно использование остеозамещающего материала отечественного производства Bio Ost.

Методика исследования

Под нашим наблюдением находилось 136 пациентов, оперированных по поводу околокорневых кист челюстей. Мужчин было 52 (38,23 %), женщин – 84 (61,77 %) человек. Возраст больных колебался от 17 до 57 лет.

Диагностика деструктивных изменений в периапикальной области основывалась на рентгенологических данных. Наиболее часто (67,43 %) рентгенографию выполняли в цифровом формате на радиовизиографе фирмы «Grophil», Франция. У остальных пациентов использовалась стандартная внутриротовая рентгенография в изометрической проекции.

Наиболее часто локализацию околокорневых кист мы наблюдали в области резцов, клыков и премоляров обеих челюстей: на верхней челюсти у 93 (68,38 %), на нижней челюсти у 43 (31,62 %) пациентов. Такую статистику мы связываем с наиболее частым желанием пациентов сохранить именно эти группы зубов, а также с техническими сложностями выполнения цистэктомии в области моляров.

Показанием к хирургическому лечению служили кисты малых (в пределах одного зуба) и средних (в пределах двух зубов) размеров. Все пациенты были разделены на две клинические группы, которые по количественному и качественному составу были идентичными. Операцию выполняли с сохранением анатомической формы зуба (Ефимов Ю. В., 1994). В первой клинической группе (группа сравнения) восстановление костного дефекта происходило под кровяным сгустком. Во второй (основной) клинической группе костный дефект заполняли остеозамещающим материалом отечественного производства «Bio Ost». Динамическое наблюдение проводили через 3, 6, 9 месяцев после операции.

Результаты исследования и их обсуждение

В ближайшем послеоперационном периоде у 7 (10,29 %) пациентов первой клинической группы отмечалось расхождение швов и нагноение кровяного сгустка.

Анализ причин осложнения показал, что у всех больных в дооперационном периоде были диагностированы кисты средних размеров.

У больных основной клинической группы расхождения швов мы не наблюдали.

При кистах малых размеров в обеих клинических группах послеоперационный период протекал гладко и заживление послеоперационной раны отмечено на 7-е – 9-е сутки.

Через 3 месяца после операции у больных обеих клинических групп клинических признаков местного воспалительного процесса не наблюдалось. В то же время у больных первой группы рентгенологически размеры костного дефекта оставались прежними. При этом отмечалось пристеночное снижение прозрачности его тени. Во 2-й группе рентгенологическая картина отличалась более выраженным пристеночным снижением прозрачности тени дефекта. Этот факт можно объяснить более выраженной интенсивностью репаративных процессов.

Через 6 месяцев после операции в первой клинической группе рентгенологически отмечалось незначительное уменьшение размеров костного дефекта за счет увеличения площади сниженной прозрачности пристеночной его тени. При этом признаки костного рисунка не прослеживались. Во второй группе рентгенологически на фоне равномерного усиления плотности тени дефекта прослеживался костный рисунок.

Через 9 месяцев в первой группе рентгенологически отмечалось неравномерное усиление плотности тени костного дефекта, однако костный рисунок прослеживался не на всем протяжении.

Во второй клинической группе послеоперационный дефект не прослеживался, что свидетельствовало о полном его заполнении костным регенератом.

Заключение

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

- 1) при хирургическом лечении больных околокорневыми кистами челюстей средних размеров использование кровяного сгустка для заполнения костного дефекта мало эффективно и должно быть ограничено;
- 2) остеозамещающий материал отечественного производства «Bio Ost» является эффективным средством не только профилактики воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, но и способствует активизации остеорепаративных процессов в костном дефекте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбулаторная хирургическая стоматология: Руководство для врачей / В. М. Безруков [и др.] – М. : Медицинское информационное агенство, 2002. – 75 с.
2. Ефимов, Ю. В. Хирургическое лечение нагноившихся околокорневых кист с дооперационным прогнозом размеров остаточной костной полости / Ю. В. Ефимов, В. А. Семенов // Стоматология. – 1994. – Т. 72, № 2. – С. 83–85.
3. Ефимов, Ю. В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей с математическим моделированием действительных размеров остаточной костной полости : дис. ... канд. мед. наук / Ю. В. Ефимов. – М., 1994. – 135 с.
4. Иванов, С. Ю. Разработка биоматериалов для остеопластики на основе коллагена костной ткани / С. Ю. Иванов, А. М. Панин, Д. Н. Володина // Клиническая стоматология. – 2005. – № 4. – С. 21–23.
5. Котова-Лапоминская Н. В. Применение стеклокристаллического остеопластического материала «Биосит СР Элкор» в хирургической и ортопедической стоматологии : дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Котова-Лапоминская. – СПб., 2006. – 143 с.
6. Ларионов, Е. В. Роль сульфатированных гликозаминогликанов (СГАГ) в физиологии и патофизиологии тканей пародонта / Е. В. Ларионов, Т. А. Глыбина // Стоматология сегодня. – 2007. – № 2. – С. 52–53.
7. Оперативное лечение кист челюстей с использованием гидроксиапатита ультравысокой дисперсности / В. М. Безруков [и др.] // Стоматология. – 1998. – № 1. – С. 31–35.
8. Остеопластические и ранозаживляющие материалы и препараты нового поколения на основе гидроксиапатита / С. Г. Курдюмов, [и др.] // Проблемы имплантологии в отоларингологии Матер. IX науч.-практич. конф. отоларингологов г. Москвы. – М. : Пресс-соло. – 2000. – С. 16–18.

9. Панин А. М. Новое поколение остеопластических материалов (разработка, лабораторное обоснование, клиническое внедрение) : дис. ... докт. мед. наук / А. М. Панин. – М., 2004. – 162 с.
10. Экспериментально-клиническое обоснование применения материалов на основе фосфатов кальция для заполнения костных дефектов челюстных костей / А. Н. Гурин [и др.] // Медицинский алфавит. Стоматология. – 2010. – № 1. – С. 36–38.
11. Bjork, A. Variations in the growth pattern of the human mandible : longitudinal radiografic study bu the implant method / A. Bjork // Journal of Dental research Suppl. – 1999. – 42. – 400–411.
12. Composites of bone morphgenetic protein and type 4 collagen, coralderived coral hydroxlapatite, and tricalcium phoaphate ceramic / T. Gao [et al.] // Int. orthop. – 1996. – Vol. 20, № 5. – P. 321–325.
13. Mercier, P. Residual ridge reconstruction with hydroxlapatite: a retrospective studi / P. Mercier // Dtsch Zahnartzli. Z. – 2004. – S. 120–123.
14. Mehlisch, D. R. Evalution of collagen / hydroxlapatite for augmenting deficientalveolar ridges: a premiliminary report / D. R. Mehlisch, D. G. Leibold // J. O. Maxillofac. Surg. – 2007. – Vol. 45. – P. 408–413.
15. Morris, C. R. Panogamic radiographic surveri / C. R. Morris // J. O. Surg. – 2001. – P. 122–125.
16. Orsin, G. Maxillary sinus augmentation with Bio-Oss particles: A light, scanning and transmission election microscopy study in man / G. Orsin, T. Traini, A. Scarano // Inc. J. Biomed. Mater. Res. Part B Appl. Biomater. – 2005. – Vol. 74B. – P. 448–457.
17. Wenz, B. Analysis of the risk of transmitting bovine spongiform encephalopathy through bone grafts derived from bovine bone / B. Wenz, B. Oesch, M. Horst // Biomaterials. – 2001. – Vol. 22. – P. 1599–1606.