

УДК 616.314-084:616-084

© Ю.П. Апухтин, В.Н. Кириченко, 2011.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДООПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЗУБНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Ю.П. Апухтин, В.Н. Кириченко*ГУ- «Крымский государственный медицинский университет им.С.И. Георгиевского, кафедра хирургической стоматологии (зав. - проф. С.Г. Безруков), г. Симферополь.*

THE ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF EARLEAR TEETH IMPLANTATION DIFFICILIS METHODS Y.P. Apukhtin, V.N. Kirichenko

SUMMARY

The clinic survey and surgical treatment of 128 patients aged 35 to 50 years with partial secondary edentulous. Clinical groups are formed on the basis of: 1 (control) group of 42 patients whose preoperative tissue for implantation was not carried out, and 2 (control) group (36 persons) - single vacuum therapy for 7-8 days before implantation, and 3 (main) group 56 patients - single exposure electrophoresis Erbisol day before to dental implantation. Analysis of clinical and biochemical indicators of oral liquid in the postoperative period revealed that patients in group 1 marked imbalance in the biochemical activity of oral fluid was observed up to 7, in group 2 studies - up to 10, and 3 group declines persisted only up to 3 days of observation.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ДООПЕРАЦІЙНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РАННІХ УСКОДНЕНЬ ЗУБНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ

Ю.П. Апухтін, В.М. Кириченко

РЕЗЮМЕ

В клініці проведено обстеження і хірургічне лікування 128 хворих у віці від 35 до 50 років із частковою вторинною адентією. Клінічні групи сформовані із розрахунку: 1-а (контрольна) група 42 пацієнта у яких доопераційна підготовка тканин до імплантації не проводилась; 2-а (контрольна) група (36 людей) – односеансна вакуум-терапія за 7-8 діб до імплантації, 3-я (основна) група (50 пацієнтів) – одноразово впливали електрофорезом ербісолу за добу до зубної імплантації. Аналіз клінічних та біохімічних показників ротової рідини у післяопераційному періоді дозволив встановити, що у пацієнтів в 1-й групі виражений дисбаланс в біохімічній активності ротової рідини спостерігали до 7-ї, у 2-й групі – до 7-ї, а в 3-й групі зниження показників зберігалися тільки до 3-х діб спостережень.

Ключевые слова: профилактика осложнений, физиотерапия, эрбисол, зубная имплантология.

В настоящее время замещение дефектов зубных рядов всё чаще осуществляется методом зубной имплантации. Зубные протезы с опорой на имплантаты, без обязательного включения в опорную часть конструкции интактных зубов, восстанавливают жевательную функцию, возвращая пациентам ощущение комфорта и психологической уверенности [1, 2].

Существующие методы их предупреждения направлены на местное и общее лекарственное воздействие в послеоперационном периоде. Однако известно, что наибольшей профилактической эффективностью обладают ранние мероприятия, в частности, электрофорез лекарственных препаратов и вакуум-терапия, используемые в дооперационном периоде [2].

Электрофорез лекарственных препаратов связан с образованием в тканях альвеолярного отростка депо одноименно заряженных с электродом частиц. Высокая локальная концентрация, повышенная электрическая активность ионов, биофизические и биохимические изменения в костной ткани, вызванные постоянным током, способствуют выраженному

местному фармако-физиотерапевтическому эффекту [3, 4].

Препарат эрбисол (разрешение для применения в медицинской практике на Украине №UA/9178/01/01/) относится к серии лекарственных препаратов нового поколения, вводится в ткани методом электрофореза, не оказывая влияния на состояние организма в целом. Имеет широкий спектр репаративных и иммуномодулирующих свойств, включая в процессы восстановления нормальной физиологической деятельности патологически измененные органы и ткани [5, 6].

Под воздействием пониженного давления (40 мм рт ст) на слизистой оболочке десны образуются гематомы (В.И. Кулаженко, 2000 г.), которые активизируют трофические, иммунологические и регенеративные процессы. Вследствие развития местной гипоксии стимулируются клеточные защитные и адаптационные механизмы, происходит раскрытие резервных капилляров и развитие нового микрососудистого русла [7].

Цель исследования – повысить эффективность хирургического лечения стоматологических больных методом зубной имплантации путем дооперационной профилактики ранних осложнений с помощью местной адаптационной терапии (электрофорез эрбисола или вакуум-воздействие).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оценки эффективности методов дооперационной профилактики осложнений зубной имплантации использовали клинические, рентгенографические, функциональный, биохимические смешанной слюны, статистические методы исследования.

В клинике проведено обследование и хирургическое лечение 128 больных в возрасте от 35 до 50 лет с частичной вторичной адентией.

Клинические группы сформированы из расчета: 1-я (контрольная) группа 42 пациента у которых предоперационная подготовка тканей к имплантации не проводилась; 2-я (контрольная) группа (36 человек) – в предоперационном периоде проводилась односеансная вакуум-терапия за 7-8 суток до имплантации (рис.1).



Рис.1. Схема размещения вакуумных гематом на альвеолярном отростке.

В 3-ю (основную) группу вошли 50 пациентов, у которых в дооперационном периоде (за сутки до операции) на ткани альвеолярного отростка однократно воздействовали электрофорезом эрбисола (рис. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Представители всех групп наблюдений отмечали незначительную болезненность тканей десны в зоне нанесенной хирургической травмы, сохраняющуюся в течение первых суток. При осмотре обращали внимание на выраженность признаков воспаления (боль, отек, гиперемия, экссудация) оценивали состояние швов.

В ранние сроки наблюдений (3-4 сутки) местные осложнения, в виде приступов боли, отека, гиперемии, мы наблюдали у 21,1 % представителей всех групп. В 1-й (контрольной) группе они были диагностированы у 16 человек (38,0 %), во 2-й (контрольной) – у 7

представителей группы (19,4 %). В 3-й (основной) группе явления воспаления отмечены у 4-х пациентов (8,0%). Межгрупповые различия достоверны.



Рис.2. Позиция пациента при проведении сеанса электрофореза препаратом эрбисол.

У всех пациентов в основной группе (100 %) отек мягких тканей в зоне травмы угасал в течение 5 суток, слизистая оболочка приобретала бледно-розовую окраску, края раны оставались сопоставленными. В то же время, у 11 (26,1 %) представителей 1-й группы и у 4 (11,1 %) - 2-й группы к этому сроку наблюдений сохранялись умеренный отек и гиперемия слизистой оболочки вдоль линии швов, выявлена незначительная экссудация. При пальпации отмечалась умеренная болезненность тканей. Полное стихание местных воспалительных реакций у пациентов в 1-й (контрольной) группе наблюдалось к 10-м, у представителей 2-й (контрольной) группы – к 7 суткам.

Анализ результатов определения РКД в группах сравнения в динамике наблюдений даёт возможность установить, что достоверное и наиболее выраженное повышение этого показателя (при $p < 0,001$) имело место уже на 30-е сутки после имплантации у больных в 3-й (основной) группе, что указывало на благоприятные местные условия для течения восстановительного процесса.

В ранние сроки наблюдений (до одного месяца) после проведения имплантации рентгенографическое обследование мы не проводили, так как костная ткань к этому времени не имеет признаков остеогенеза.

Биохимическое исследование ротовой жидкости включало определение общей концентрации белков (ОКБ), концентрации окисленно-модифицированных белков (ОМБ), определение антиоксидантной активности (АОА). По уровню снижения показателей АОА и ОКБ при увеличении ОМБ, судили об интенсивности воспалительной реакции на хирургическую травму. Темпы восстановления анализируемых показателей в группах сравнения отражали динамику течения воспалительного процесса и являлись одним из

оснований для оценки эффективности проводимого лечения.

Анализ показателей ротовой жидкости в послеоперационном периоде позволил установить, что у пациентов в 1-й (контрольной) группе выраженный дисбаланс в биохимической активности ротовой жидкости наблюдался до 7-и суток. При этом показатель ОМБ возростал на 26,4 %, в сравнении с цифровыми

значениями контроля (здоровые) ($p < 0,01$). Аналогичная закономерность выявлялась и в АОА белков, которая была ниже исходных показателей на 32,6 % ($p < 0,01$). Общая концентрация белка уменьшалась на 28,2% ($p < 0,01$).

Приближение цифровых значений этих показателей к норме отмечена к 10-м суткам наблюдений ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), соответственно (табл. 1).

Таблица 1

Биохимические показатели ротовой жидкости в 1-й контрольной группе (n=42)

Исследуемые показатели	Контроль * (здоровые)	Значения показателя до операции	Сроки наблюдений (сутки)		
			3	7	10
Общая концентрация белков (г/л)	4,5±0,2	4,5±0,1	3,0±0,3 -33,3% P<0,01	3,5±0,1 -22,2% P<0,01	4,2±0,2 -6,6% P>0,5
Концентрация окисленно-модифицированных белков (D/%)	0,53±0,04	0,52±0,06	0,81±0,03 +52,8% P<0,01	0,67±0,05 +26,4% P<0,01	0,64±0,04 +20,7% P<0,05
Антиоксидантная активность (е.а.)	0,49±0,02	0,48±0,03	0,30±0,04 -38,8% P<0,01	0,33±0,03 -32,6% P<0,01	0,37±0,02 -24,6% P<0,01

Примечание:

D/% - оптическая плотность деленная на процентное содержание белка; е.а. - единица активности;

P – достоверность по отношению к контролю (здоровые); * - данные взяты из статьи (Проценко А.И., 1999).

Во 2-й (контрольной) группе сравнения существенные изменения биохимических показателей ротовой жидкости наблюдались в течение 7-и суток,

а приближение их к исходным цифровым значениям - на 10-е (табл. 2).

Таблица 2

Биохимические показатели ротовой жидкости при однократной дооперационной вакуум-терапии в зоне планируемой имплантации (2-я контрольная группа) (n=36)

Исследуемые показатели	Контроль * (здоровые)	Значения показателя до операции	Сроки наблюдений (сутки)		
			3	7	10
Общая концентрация белков (г/л)	4,5±0,2	4,6±0,1	3,6±0,3 -20,0% P<0,05	3,5±0,3 -15,5% P<0,05	4,1±0,2 -8,9% P>0,5
Концентрация окисленно-модифицированных белков (D/%)	0,53±0,04	0,53±0,06	0,76±0,03 +43,4% P<0,01	0,62±0,04 +16,9% P<0,05	0,59±0,05 +11,8% P<0,05
Антиоксидантная активность (е.а.)	0,49±0,02	0,49±0,03	0,35±0,04 -28,6% P<0,01	0,37±0,02 -24,5% P<0,01	0,40±0,03 -18,4% P<0,05

Примечание:

D/% - оптическая плотность деленная на процентное содержание белка; е.а. - единица активности;
P – достоверность по отношению к контролю (здоровые);* - данные взяты из статьи (Проценко А.И., 1999).

Иная картина имела место у представителей в 3-й группе. Так, снижение показателей АОА и ОКБ ротовой жидкости сохранялось только до 3-х суток наблюдений, где показатели уменьшились на 26,5% (p<0,01) и 17,8% (p<0,05), соответственно. Явления их нормализации отмечены на 7-е сутки послеоперационного периода. При

этом межгрупповые различия приобретали статистически значимый характер. В последующие сроки наблюдений (10-е сутки) биохимические показатели ротовой жидкости, по отношению к исходному уровню, носили статистически невыраженный характер и приближались к значениям контроля (здоровые) (табл. 3).

Таблица 3

Биохимические показатели ротовой жидкости при однократном дооперационном электрофорезе Эрбисола в зоне планируемой имплантации (3-я основная группа) (n=50)

Исследуемые показатели	Контроль * (здоровые)	Значения показателя до операции	Сроки наблюдений (сутки)		
			3	7	10
Общая концентрация белков (г/л)	4,5±0,2	4,6±0,1	3,7±0,3 -17,8% P<0,05	4,2±0,2 -6,6% P>0,05	4,5±0,3 100% P>0,5
Концентрация окисленно-модифицированных белков (D/%)	0,53±0,04	0,54±0,06	0,65±0,05 +22,6% P<0,01	0,59±0,03 +11,3% P>0,05	0,54±0,05 +1,9% P>0,05
Антиоксидантная активность (е.а.)	0,49±0,02	0,48±0,03	0,36±0,02 -26,5% P<0,01	0,42±0,04 -14,3% P>0,05	0,45±0,03 -8,2% P>0,05

Примечание:

D/% - оптическая плотность деленная на процентное содержание белка; е.а. - единица активности;
P – достоверность по отношению к контролю (здоровые);* - данные взяты из статьи (Проценко А.И., 1999).

ВЫВОДЫ

1. Анализ ближайших результатов хирургического лечения больных в группах наблюдений, по данным изменений клинической картины, сроков восстановления цифровых значений биохимических показателей смешанной слюны, свидетельствует о более быстром завершении местных и общих воспалительных реакций (7 суток) у представителей 3 группы, в сравнении с 1-й (10) и 2-й (10) контрольными группами.

2. Предложенный нами метод способствует оптимизации условий для более благоприятного течения репаративных процессов, является эффективным средством профилактики осложненных воспалительного характера, развивающихся в альвеолярном отростке челюстей после выполнения зубной имплантации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов С.Ю. Стандарты дентальной имплантологии – путь к созданию системы управления каче-

ством проводимого лечения / С.Ю. Иванов с соавт. / Клиническая стоматология.-2004.-№ 4.-С.32-41.

2. Угрин М.М. Вимоги до проведення стоматологічної імплантації відповідно до рівнів втручання / М.М. Угрин // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія.-2006.-№ 2(4).-С.14-18.

3. Свінціцький А.С. Застосування нового вітчизняного препарату ербісол у лікуванні хворих з поєднаною патологією гастродуоденальної зони та ротової порожнини / А.С. Свінціцький із // Матеріали симпозиуму «Актуальні питання реабілітації гастроентерологічних хворих». -Чернівці, 1996.-296 с.

4. Гладкий А.В. Применение “Эрбисола” в комбинированной и комплексной регионарной химиотерапии злокачественных опухолевых поражений печени / А.В. Гладкий с соавт. // Экспериментальная онкология.-1997.-№1.-С.57-58.

5. Николаенко А.Н. Концептуальные подходы в разработке высокоэффективных лекарственных препаратов нового поколения класса «Эрбисол» / А.Н. Никола-

енко // Фармакологічний вісник.-1998.-№6.-С.69-74.

6. Борисенко А.В. Возможности і перспективи застосування препарату ербісол в терапевтичній стоматології / А.В. Борисенко, А.Н. Данченко // Новый ук-

раинский препарат эрбисол: тез. докл.-К., 1994.-С. 22-23.

7. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко. СК.: Здоров'я, 2000. s 461 с.