

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ISSN 2091-5845

№ 4, 2022 (89)



36

Анализ эффективности антимикробных препаратов при лечении хронического генерализованного пародонтита

58

Оценка состояния гуморального и местного иммунитета полости рта у детей больных сахарным диабетом 1 типа

66

Новый взгляд на классификацию воспалительных заболеваний периапикальных тканей

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Таиров У.Т., Сиродждинов Ш.Б. Радионуклидные исследования динамики репаративной регенерации пластинчатой костной ткани, искусственно моделированного дефектов верхней челюсти.....5	Tairov U.T., Sirodzhidinov Sh.B. Radionuclide researches dynamics of reparative regeneration of lamellar bone tissue with simulated deffects of maxilla.....5
Хасанова Л.Р., Ахмедов А.А. Шероховатость поверхности дентальных имплантатов в зависимости от способа их обработки.....11	Khasanova L.R., Akhmedov A.A. Surface roughness of dental implants depending on the method of their processing.....11
Pulatova B.Zh., Achilova N.G. The role of biochemical indices in the diagnosis of osteoporosis of the jaws.....14	Pulatova B.Zh., Achilova N.G. The role of biochemical indices in the diagnosis of osteoporosis of the jaws.....14
Pulatova B.Zh., Achilova N.G., Abdulkarimov N.M. The effectiveness of calcium and vitamin d preparations in the treatment of osteoporosis in the early menopausal period.....17	Pulatova B.Zh., Achilova N.G., Abdulkarimov N.M. The effectiveness of calcium and vitamin d preparations in the treatment of osteoporosis in the early menopausal period.....17
Ибрагимова Ф.И. Кимёвий саноат ишчиларида стоматологик касалликларини клиник-лаборатор текшириш кўрсаткичлар таҳлиллари.....20	Ibragimova F.I. Clinical and laboratory examination of dental diseases in chemical industry workers analysis of indicators.....20

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

THERAPEUTIC DENTISTRY

Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Рузikuлова М. Оценка биохимических показателей больных хроническим катаральным гингивитом при патологии гепатобилиарной системы.....22	Kamilov Kh.P., Ibragimova M.Kh., Ruzikulova M. Evaluation of biochemical parameters of patients with chronic catarrhal gingivitis in the pathology of the hepatobiliary system.....22
Даминова Ш.Б., Казакова Н.Н. Индивидуальный подход к разработке методов диагностики стоматологических заболеваний у женщин с остеопорозом в менопаузальном периоде.....26	Daminova Sh.B., Kazakova N.N. Individual approach to the development of diagnostic methods dental diseases in women with osteoporosis in the menopausal period.....26
Усманова Ш.Р., Хаджиметов А.А., Камилов Х.П. Роль тромбогенного потенциала слюны у лиц с хроническим генерализованным пародонтитом перенёсших хронической ишемии мозга.....29	Usmanova Sh.R., Khadzhimetov A.A., Kamilov Kh.P. The role of thrombogenic potential of saliva in persons with chronic generalized periodontitis who underwent chronic cerebral ischemia.....29
Усманова Ш.Р., Хаджиметов А.А. Оғзини химоя қилиш тизими ва буйракнинг тубулоинтерстициал тизими белгиларининг ўзаро боғлиқлигини баҳолаш.....32	Usmanova Sh.R., Khadzhimetov A.A. Oғzni hymoya qilish tizimi va buyrakning tubulointerstitial tizimi belgilarining ўзаро boglikligini baholash.....32
Саматов У.А. Анализ эффективности антимикробных препаратов при лечении хронического генерализованного пародонтита...36	Samatov U.A. Analysis of the effectiveness of antimicrobial drugs in the treatment of chronic generalized periodontitis.....36

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

SURGICAL DENTISTRY

Ширинбек И., Абдуллажонова Ш.Ж., Нормуродов М.Т., Нуриддинова М. Метод аутокостной пластики при атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти.....32	Shirynbek I., Abdullazhonova Sh.Zh., Normurodov M.T., Nuriddinova M. The method of autobone grafting in case of atrophy of the alveolar process of the lower jaw.....32
Маматкулов Х.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т. Влияние сорбентов на клиническое течение периоститов челюстно- лицевой области.....44	Mamatkulov H.A., Eshbadalov H.U., Mahkamova F.T. Influence of sorbents on clinical course of periostitis at maxillofacial area.....44

МЕТОД АУТОКОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ АТРОФИИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



**Ширынбек Ильяс, Абдуллажонов Ш.Ж.,
Нормуродов М.Т., Нуриддинова М.**

Южно-Казахстанская Медицинская Академия

*Ташкентский государственный стоматологический институт Республиканский
специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации*

Использование дентальных имплантатов в виде опоры для протезов и коронок затруднено в связи с атрофией кости альвеолярного отростка (АО). Причиной такого состояния АО является долговременное отсутствие после экстракции зубов (65%), некомпетентное удаление (20%), травматические повреждения челюстных костей (13%), небрежная пластика на костях (7%). Доля первичных пациентов, имеющих атрофию АО и потребность в предоперационных костно-реконструктивных вмешательствах до проведения самой дентальной имплантации, превышает 60% [1,2,6].

Костью альвеолярного отростка неактивной по функциональным свойствам считается зона, лишенная зубов, поскольку она не испытывает жевательную нагрузку. При экстракции единственного зуба эффективность десневой микроциркуляции снижается на 13%, при удалении нескольких зубов – на 25%. Происходит это в связи с инволюцией функционально-неработающих сосудов, по интенсивности тока пониженных соответственно на 8 и 38%. Значительная атрофия альвеолярного гребня приводит к существенному снижению интенсивности кровотока, что в свою очередь, отрицательно влияет как на заживление процессов в мягких тканях, так и стадии репарации остеогенеза при имплантированной кости [3-5,8].

При атрофии наблюдается недостаток объёма кости и дефицит мягких тканей, что создаёт определённые неудобства при проведении направленной костной регенерации (). Эти принципы требуют предварительного планирования формы слизисто-надкостничного лоскута (СНЛ), а в большинстве случаев

необходимы также дополнительные послабляющие разрезы во избежание натяжения при ушивании раны [7,9].

Малотравматичное отслаивание лоскута и двуслойное ушивание раны позволяют увеличить толщину мягких тканей в зоне вмешательства. Таким образом, по мнению I.A. Urban [8], нет необходимости в заблаговременной пересадке десневых трансплантатов.

Таким образом, вышеописанные факторы диктуют необходимость в разработке оптимальных методов увеличения объёма мягких тканей в области планируемой остеопластической операции.

Цель исследования

Оценка эффективности способа аутокостной пластики для увеличения объёма костных тканей при атрофии альвеолярного гребня.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 32 больных с частичной вторичной адентией (ЧВА) и атрофией альвеолярного гребня (АГ) (более чем 4 мм), которые обратились в отделение хирургической стоматологии клиники Южно-Казахстанской медицинской академии (Шымкент, Казахстан). Возраст пациентов варьировал от 38 до 60 (средний возраст – $48,6 \pm 7,2$ года).

При обращении в клинику у больных изучали жалобы, данные анамнеза, проводили дополнительные методы исследования. При сборе анамнеза выявляли этиологию дефектов, хронологию проводимой терапевтической и ортопедической помощи, обращали внимание на перенесенные ранее заболевания и наличие общесоматических заболеваний, аллергических

реакций. Обращали также внимание на наличие асимметрии лица, изучали состояние и функциональную целостность височно-нижнечелюстного сустава.

У всех 32 пациентов, включённых в исследование, была атрофия нижней челюсти по альвеолярному гребню, все они нуждались в увеличении высоты и/или ширины гребня более чем на 4 мм при недостаточном количестве мягких тканей. У 13 человек был включённый дефект, у 3 – концевой односторонний, у 2 – концевой двусторонний, у 4 – комбинированный дефект зубного ряда.

После клинического обследования и проверки соответствия пациентов критериям включения в исследование был составлен план лечения. В зависимости от тактики формирования слизисто-надкостничного лоскута больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 16 пациентов, у которых СНЛ был сформирован традиционным методом: проведение трапецевидного разреза в зоне реконструкции («открытый» хирургический доступ); во 2-ю группу включены 16 пациентов, у которых был произведено забор костного блока

и аутоостружки с фиксацией костного блока и коллагеновой мембраны, а также костной стружки на имплантируемое ложе.

Наша методика существенно отличается от классической методики профессора Кюри тем, что благодаря меньшему объёму донорской кости наносится меньшая травма. Наша методика также существенно отличается от «Инлей техники с использованием ксеногенного костного блока профессора Пьетро Феличи тем, что меньше риск разрыва надкостницы или последующей инвагинации, травмирования нижнечелюстного нерва во время фиксации костных блоков костными винтами и пластинами, так как лоскут отслаивается не полностью. В зависимости от необходимого объёма расширения мягких тканей применялось три типа аутоотрансплантата, различающихся по объёму и конструкции (табл. 1).

При НКР для реконструкции альвеолярного гребня была применена смесь аутоотрансплантата (костная стружка) из ретромолярной области и ксеноматериал Bone-D XB (MedPark, Южная Корея) в соотношении 1:1.

Таблица 1

Размеры ксеноматериала до (числитель) и после (знаменатель) подсадки

Параметры	TEX007	TEX010	TEX021
L, мм	12/20	13/22	15/24
D, мм	4/7	5/9	6/11
V, мл	0,15/0,7	0,25/1,3	0,42/2,1

Примечание. L – длина, D – ширина, V – объём.

При контрольных осмотрах анализировали болевые реакции после операций по NRS-

цифровой рейтинговой шкале (Numerical Rating Scale, 2018) (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика интенсивности болевого симптома по шкале NRS

Цифровое значение	Выраженность болевого симптома
0	боли нет
1, 2, 3	слабая боль
4, 5, 6	умеренная боль
7, 8, 9, 10	выраженная боль

Основное внимание уделялось количеству принимаемых обезболивающих средств в послеоперационном периоде в течение 1, 7 и 14 суток.

Обращали внимание на объём коллатерального отека, учитывали частоту возникновения осложнений после НКР.

УЗИ области введения экспандера

осуществлялось с помощью системы визуализации E-CUBE 9 Diamond (Alpinion medical systems®, Южная Корея). Для оценки толщины прикрепленной десны использовали интратротовой датчик IO3-12 (частота 3-12 МГц). Изменения объёма расширителя тканей и толщины десны над эспандером измеряли путем оценки высоты и ширины во время расширения

с интервалами 3-5 мм; далее рассчитывали их средние значения.

У всех пациентов на начальном этапе (предоперационный, во время первичного осмотра) и в конце расширения мягких были получены альгинатные оттиски и изготовлены модели реципиентных зон. Слпки отсканированы с помощью оптического сканера Cerec 3D (Sirona Dental Systems GmbH, Германия), а полученные изображения импортированы в программное обеспечение CAD Geomagic Studio® 2013 (Raindrop Geomagic, Северная Каролина, США) для оценки изменений размеров мягких тканей.

Для оценки микроциркуляторного кровотока на слизистой оболочке АГ в проекции предполагаемой имплантации и одинаковой другой стороне использован лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) (анализатор ЛАКК-02, Россия).

Результаты и обсуждение

После отслоения слизисто-надкостничного лоскута проводится забор костного блока с ветви нижней челюсти меньше, чем при

методике Кюри. На ложе реципиента не нужно проводить декортикацию с помощью сверла, достаточен забор стружки костным скребком. На пике альвеолярного гребня на наиболее атрофированном участке фиксируется аутоблок высотой 5 мм и длиной, достаточной для устранения дефекта. Зазор между аутоблоком и принимающим ложем тоже корректируется врачом. Для лучшей васкуляризации зазор заполняется костной стружкой. Отступя от фиксированного блока, укладывается ксеногенный остеопластический материал, пропитанный ПРФ. Уложенный ксеногенный остеопластический материал покрывают коллагеновой мембраной, не задевая костный аутоблок. Мембрана фиксируется безударными пинами, что упрощает работу врача и снижает психоэмоциональное напряжение у пациента. Надежно зафиксировав мембрану, можно аккуратно расщепить надкостницу с вестибулярного лоскута. После мобилизации лоскут ушивается П-образными и узловыми швами желательнo нерезорбирующимися нитками.

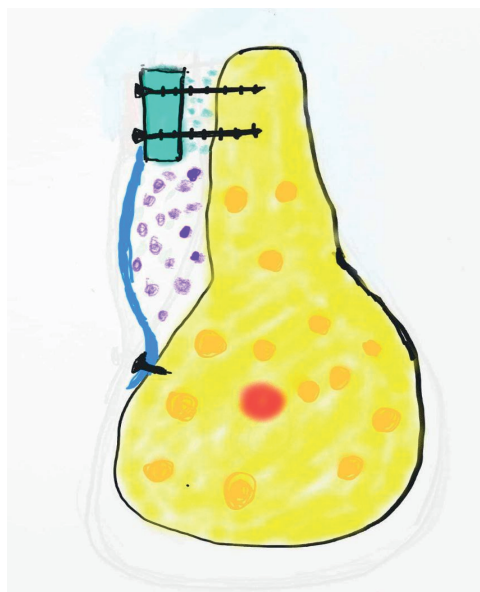


Рис. 1. Забор костного блока и аутостружки. Фиксация костного блока и костной стружки на ложе.

Преимущества этого метода заключаются в том, что при меньшей травме мы получаем желаемый результат в нужном отделе атрофированного участка.

Забранные ткани имеют морфологию, сопоставимую с таковой реципиентной зоны, а также обладают местным иммунитетом к агрессивной микрофлоре полости рта. Хорошо

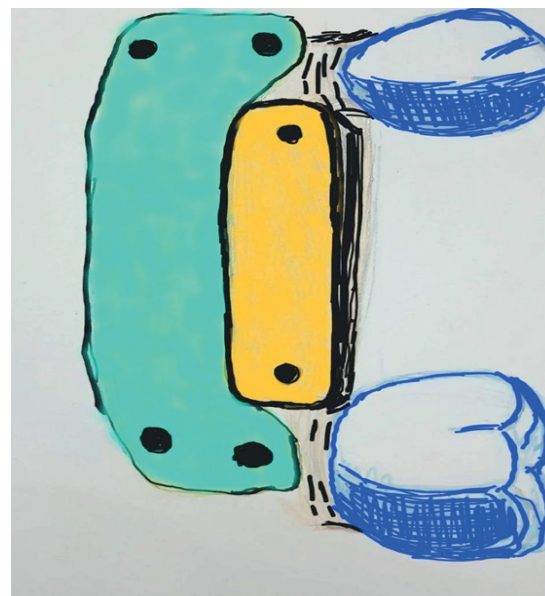


Рис. 2. Фиксация коллагеновой мембраны. Посадка ксеноматериала.

подходит пациентам с тонким биотипом десны. Даже если происходит оголение лоскута, аутоблок не контаминируется слюной, как инородные материалы.

С расширителем обращались осторожно, придерживая его плоский конец пинцетом.

Швы удаляли во время контрольного осмотра через 14 дней после введения расширителя.

Окончательный расширенный объем получали через 28 дней и далее приступали к выполнению НКР.

При контрольных осмотрах у пациентов не было жалоб на дискомфорт, боль или покраснение слизистой оболочки в области введения аутотрансплантата. Расширение мягких

тканей прошло без признаков воспаления, разрыва или повреждения (рис. 3). Перфорации слизистой оболочки не наблюдалось. При введении аутотрансплантата в мягких тканях на поверхности кости реципиентной зоны признаков потенциальной резорбции из-за давления не обнаружено (рис. 4).

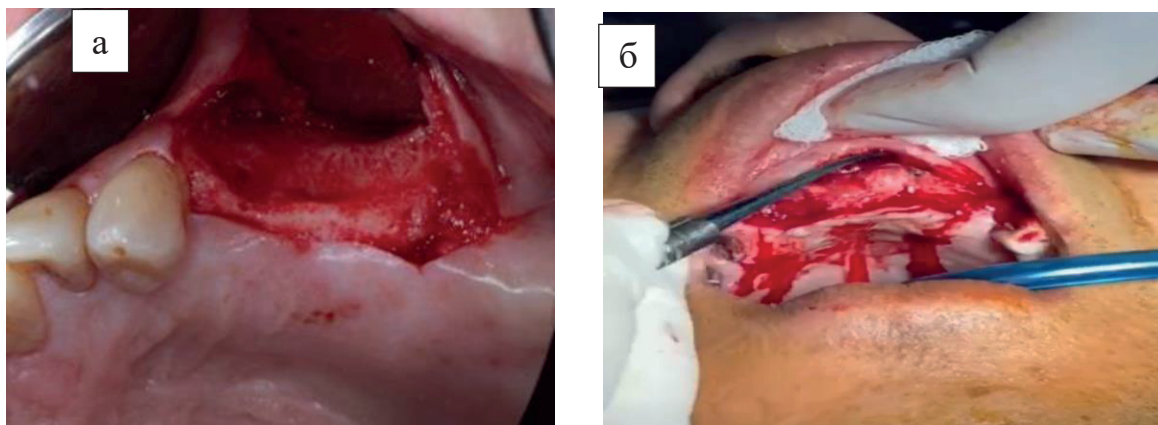


Рис. 3. Пациент С., 45 лет с атрофией фронтальной области зубного ряда: донорская зона (а), отслойка слизисто-надкостничного слоя (б).



Рис. 4. Вид области аугментации костными блоками.

В нашей практике были несколько клинических случаев, когда происходили разрывы слизистой из-за неправильной мобилизации или очень тонкой слизистой. В этих случаях достаточно зашлифовать поверхность под охлаждением поверхность оголенной пластинки и ушить заново.

Конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ). В области 1.2 зуба перед аутокостной пластикой по типу предложенной техники: высота альвеолярного отростка более 14 мм, ширина – 3,5 мм. Корковый слой во всех отделах хорошо выражен, плотность губчатого вещества однородная. После аутокостной пластики: линейные размеры альвеолярного отростка

сохранены, плотность коркового слоя и губчатого вещества сохранены. Аутотрансплантат хорошо минерализован, слизистая оболочка после расширения ткани не истончалась. Значение этого показателя до расширения было равно $1,52 \pm 0,12$ мм, после расширения – $1,45 \pm 0,24$ мм, что указывает на минимальный клинический риск расхождения и травмирования тканей во время расширения (рис. 5).

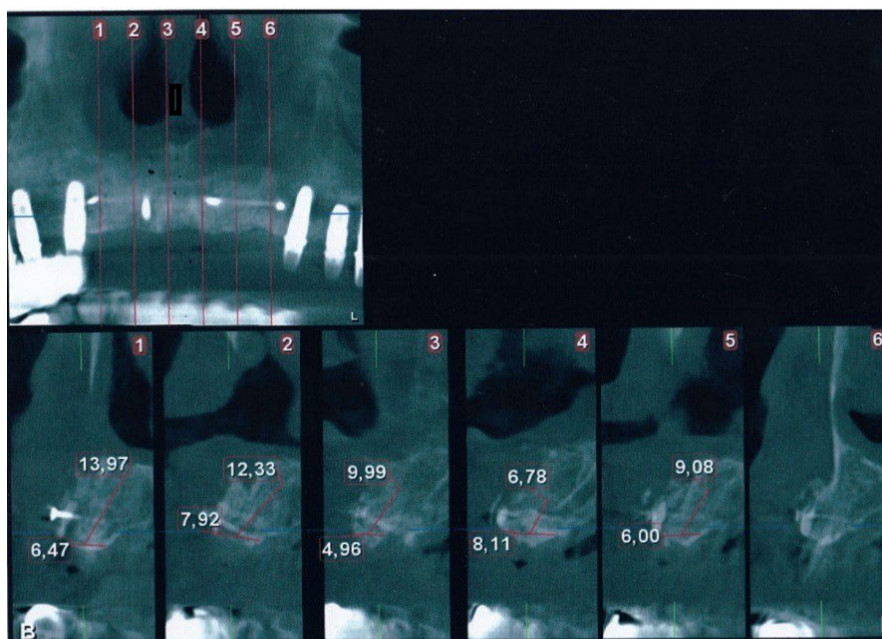


Рис. 5. КЛКТ пациента К. Хороший результат через 6 мес. после аутокостной пластики.

Результаты ЛДФ до введения ауотрансплантата в микрососудистое русло показали понижение в модуляции тканевого кровотока и худший венозный отток (повышение пульсовых флюктуаций на 10%). Сосудистый тонус по сравнению с симметричной стороной

был снижен, что говорит о вазоконстрикции. На слизистой оболочке АО выявлен спад доли микроциркуляции, происходящий за счет ухудшения жевательного давления на данных участках.

Таблица 3

Характер изменений кровотока в области имплантации до и после введения ауотрансплантата, $M \pm m$

Показатель	Срок наблюдения, день				Норма	Симметричная сторона (контроль)
	до введения	через 3	через 14	через 28		
М, усл. ед.	10,88±0,25	16,8±0,3	14,64±0,2	15,45±0,25	18-20	15,48±0,3
σ, усл. ед.	1,35±0,05	1,88±0,02	1,68±0,04	1,79±0,02	1,8-2,2	2,05±0,03
K _v , %	9,25±0,82	10,16±0,4	13,53±0,5	12,62±0,4	12-15	13,56±0,2
A _{LF} /σ, %	114,4±10,2	136,5±4,8	133,5±9,5	120,5±6,4	144,0±16	106,8±10,2
σ/A _{LF} , %	91,7±6,3	88,4±7,2	98,4±4,2	82,2±3,1	74,0±9,0	100,7±4,3
A _{HF} /σ, %	61,4±8,4	65,8±4,2	61,6±8,2	60,6±3,6	69,0±8,0	59,4±4,4
A _{CF} /σ, %	30,3±6,6	34,5±1,7	38,8±1,4	27,8±3,2	37,0±7,0	35,5±3,5
ИФМ	1,24±0,06	1,25±0,05	1,3±0,1	1,4±0,2	1,42±0,12	1,25±0,05

Примечание. A_{LF}/σ – вазомоции, σ/A_{LF} – сосудистый тонус, A_{HF}/σ – высокочастотные флюктуации, A_{CF}/σ – пульсовые флюктуации, ИФМ – индекс флаксмоций (A_{LF}/(A_{HF}+A_{CF})).

Так как на всяком хирургическом этапе имеется коллатеральный отёк, он отмечался у всех обследованных, но в различной степени. У пациентов обеих групп наблюдалась аналогичная терминация отека коллатералей. В 1-е сутки после оперативного вмешательства он был незначительным, увеличивался на 3-и сутки и

сравнительно равномерно спадал до полного исчезновения в послеоперационном периоде в течение последующих 2-х недель.

У пациентов 2-й группы, у которых было проведено предварительное расширение мягких тканей реципиентной области, коллатеральный отёк, который чаще локализовался в одной

анатомической области, исчез уже на 10-й день после оперативного вмешательства. У большинства больных 1-й группы припухлость распространялась на близлежащие зоны. Меньшая травма мягких тканей при НКР у больных 2-й группы способствовала тому, что после вмешательства припухлость была менее заметной.

В послеоперационном периоде осуществляли контроль за заживляющим процессом раневой поверхности после НКР, который оказался примерно одинаковым у всех пациентов. Следует отметить, что у пациентов 2-й группы (с предварительным расширением мягких тканей реципиентной области) заживление происходило несколько быстрее: на 10-е сутки доля пациентов с полным заживлением составила 40%, тогда как в 1-й группе этот показатель в среднем равнялся 18%. У больных 1-й группы заживление наступило на $14,5 \pm 0,5$ сутки, 2-й группы – на $12 \pm 0,5$.

Таким образом, применение метода аутокостной пластики при атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в области планируемой НКР позволяет получить достаточный прирост тканей, что, в свою очередь, исключает потребность в послабляющих разрезах – фактор дополнительной травматизации окружающих тканей.

Выводы

1. Стабильно нормальные показатели микроциркуляции обеспечивают оптимальные условия для регенерации и образования костной ткани с достаточной плотностью и объёмом, что обуславливает высокую первичную стабилизацию дентальных имплантантов на этапе их установки. Вышеперечисленное в значительной степени повышает эффективность проведённого имплантологического лечения.

Литература

1. Бениашвили Р.М. и др. Десневая и костная пластика в дентальной имплантологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 240 с.
2. Ширынбек И., Пулатова Б.Ж., Шукпаров А.Б., Шомуродов К.Э. К вопросу об изучении факторов стабильности костного аугментата // Медицина и инновации. – 2022. – Т. 1, вып. 3. – С. 151-156.
3. Эйзенбраун О.В. Применение туннельной техники костной пластики у пациентов с атрофией костной ткани челюстей: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2018. – 257 с.
4. Byun S.-H., Kim S.-Y., Lee H. et al. Soft tissue expander for vertically atrophied alveolar ridges: Prospective, multicenter, randomized controlled trial // Clin. Oral Implant. Res. – 2020. – Vol. 31. – P. 585-594.

5. Collins T.A., Brown G.K., Johnson N. et al. Team management of atrophic edentulous with autogenous inlay, veneer, and split grafts and endosseous implants: case reports // Quintessence Int. – 1995. – Vol. 26, №2. – P. 79-93.

6. Khasanov I.I., Rizaev J.A., Abduvakilov J.U. et al. Results of the study of indicators of phosphorus-calcium metabolism in patients with partial secondary adentia // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 46. – P. 251-258.

7. Park S.H., Choi S.K., Jang J.H. et al. Self-inflating oral tissue expander for ridge augmentation in the severely atrophic mandible. Journal of the Korean // Assoc. Oral Maxillofac. Surg. – 2013. – Vol. 39. – P. 31-34.

8. Urban I.A., Monje A. Guided Bone Regeneration in Alveolar Bone Reconstruction // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer. – 2019. – Vol. 31, №2. – P. 331-338.

9. Zhao X., Zou L., Chen Y., Tang Z. Staged horizontal bone augmentation for dental implants in aesthetic zones: A prospective randomized controlled clinical trial comparing a half-columnar bone block harvested from the ramus versus a rectangular bone block from the symphysis // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2020. – Vol. 49, №10. – P. 1326-1334.

Цель: оценка эффективности способа аутокостной пластики для увеличения объёма костных тканей при атрофии альвеолярного гребня. **Материал и методы:** в исследовании принимали участие 32 больных с ЧВА и атрофией альвеолярного гребня (более чем 4 мм), которые обратились в отделение хирургической стоматологии клиники Южно-Казахстанской медицинской академии (Шымкент, Казахстан). Возраст пациентов варьировал от 38 до 60 (средний возраст – $48,6 \pm 7,2$ года). **Результаты:** применение метода аутокостной пластики при атрофии альвеолярного отростка нижней челюсти в области планируемой направленной костной регенерации позволяет получить достаточный прирост тканей, что, в свою очередь, исключает потребность в послабляющих разрезах – фактор дополнительной травматизации окружающих тканей. **Выводы:** стабильно нормальные показатели микроциркуляции обеспечивают оптимальные условия для регенерации и образования костной ткани с достаточной плотностью и объёмом, что обуславливает высокую первичную стабилизацию дентальных имплантантов на этапе их установки.

Ключевые слова: нижняя челюсть, альвеолярный отросток, атрофия, дентальная имплантация, направленная костная регенерация.

Objective: To evaluate the effectiveness of the method of autologous bone grafting to increase the volume of bone tissue in atrophy of the alveolar ridge.

Material and methods: The study involved 32 patients with CVA and atrophy of the alveolar ridge (more than 4 mm), who applied to the Department of Surgical Dentistry of the clinic of the South Kazakhstan Medical Academy (Shymkent, Kazakhstan). The age of the patients varied from 38 to 60 (mean age 48.6 ± 7.2 years).

Results: The use of autologous bone grafting in case of atrophy of the alveolar process of the lower

jaw in the area of planned directed bone regeneration allows obtaining sufficient tissue growth, which, in turn, eliminates the need for laxative incisions, which is a factor in additional traumatization of surrounding tissues.

Conclusions: Stably normal microcirculation indicators provide optimal conditions for regeneration and formation of bone tissue with sufficient density and volume, which leads to high primary stabilization of dental implants at the stage of their installation.

Key words: mandible, alveolar process, atrophy, dental implantation, guided bone regeneration.

УДК: 616.314-089.23:616.316.5-002.3-08

ВЛИЯНИЕ СОРБЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Маматкулов Х.А.¹, Эшбадалов Х.Ю.¹, Махкамova Ф.Т.²

¹Андижанский государственный медицинский институт,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт

Среди заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) острые гнойно-воспалительные процессы составляют от 40 до 60%, а периоститы – от 5 до 15% [2]. Периоститы, которые являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями, в структуре гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области занимают до 15% [1,3,5]. Несмотря на успехи в их лечение, периоститы в большинстве случаев на лице протекают тяжело, прогнозы часто бывают сомнительными, нередко наблюдаются осложнения, угрожающие жизни [1,4]. В последнее время в связи с часто встречающимися осложненными формами периоститов ЧЛО методы лечения требуют усовершенствования.

Цель исследования

Оценка эффективности волокнистого полипропиленового сорбента (ВПС) при комплексном лечении больных периоститами ЧЛО.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 58 больных в возрасте от 16 до 45 лет с периоститами ЧЛО, поступившие на стационарное лечение на 2-5-е сутки от начала заболевания. Женщин было 27, мужчин 31. Одонтогенный периостит практически

не встречается. Причиной развития периоститов в основном послужило несвоевременное обращение к стоматологу.

При поступлении больные предъявляли жалобы на наличие воспалительного процесса на лице, где отмечались сильные боли, усиливающиеся при дотрагивании. Большинство больных отмечали нарушения сна и общую слабость, головные боли и повышение температуры тела ночью до 38°C .

Вследствие особенностей анатомии зубов клинически периоститы протекали стремительно. Наблюдались асимметричный отек, увеличение регионарных лимфатических узлов. Воспаленная надкостница была болезненной при пальпации. Коронка зуба поражена кариесом. Болезнь может проявляться безболезненной или незначительной болезненностью, деформацией кости, увеличением ее объема. Периодически воспаляются ткани, окружающие пораженную зону.

Методика лечения заключалась в следующем: после вскрытия гнойного очага на дне раны в виде дренажа оставляли волокнистый сорбент, слизистую оболочку вокруг раны обрабатывали антисептическими растворами.

Известно, что местное лечение периоститов ЧЛО должно способствовать ограничению и