

© А. В. ЩИПСКИЙ, В. А. ХРИПУНКОВ, 2012

УДК 616.716.87-006-089

А. В. Щипский¹, В. А. Хрипунков²**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ОБЛАСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ**¹Московский государственный медико-стоматологический университет (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1); ²Челюстно-лицевой госпиталь для ветеранов войн (115191, г. Москва, ул. Тагищева, д. 16)

Авторами предложен способ изоляции послеоперационных костных ран в области альвеолярного гребня. Доказано, что раневая повязка в виде силиконовой мембраны создает оптимальные условия для заживления костной раны в полости рта вплоть до эпителизации. Метод экономически доступен, прост в применении, дает прогнозируемый результат независимо от величины послеоперационной раны и других факторов.

Ключевые слова: силикон, раневая повязка, пластика ран, заживление ран

SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS PRESENTING WITH ALVEOLAR CREST NEOPLASMS

Shchipskiy A.V., Khripunkov V.A.

The authors propose a method for the isolation of postoperative bone wounds in the alveolar crest region. It was shown that a wound dressing in the form of a silicone membrane creates the optimal conditions for bone wound healing in the mouth cavity up to its epithelization. This technically simple and cost-effective method is characterized by fairly well predictable results regardless of the size of the postoperative wound and other factors.

Key words: silicone, wound dressing, wound healing

От результатов хирургического вмешательства в области альвеолярного гребня челюстей зачастую зависит эффективность ортопедического лечения. По объективным причинам не все послеоперационные раневые дефекты в области альвеолярного гребня могут быть закрыты местными тканями без нарушения конфигурации протезного ложа. Применение для этих целей кожных и соединительнотканых аутооттрансплантатов ограничено в связи с необходимостью дополнительных операций в донорской зоне и сложным характером выживаемости биологических тканей. Использование аллогенных материалов (амнион, твердая мозговая оболочка) затруднено из-за этических и юридических проблем. Поэтому, несмотря на известные недостатки, врачи продолжают использовать в качестве раневых повязок йодоформную марлю [4, 5].

Поиск искусственных материалов, способных выполнять в полости рта барьерную роль, на данный момент сконцентрирован на методике направленной регенерации тканей (guided tissue regeneration). При этом эффективность "открытого" применения резорбируемых мембран сомнительна [1, 3]. Мембраны должны быть закрыты слизисто-надкостничным лоскутом. В дискуссии о результативности "открытого" применения тефлоновых мембран (Gore Tex; TefGen и др.) также высказываются полярные мнения [2]. Кроме того, высокая стоимость импортных мембран вряд ли позволит использовать их для изоляции обширных послеоперационных дефектов в области альвеолярного гребня.

Таким образом, необходимо создание более универсальной по своим характеристикам раневой повязки, с помощью которой можно изолировать послеоперационные раны в области альвеолярного гребня. Мембраны из силикона в силу своей эластичности, прочности и эффекта полупроницаемости достаточно хорошо себя зарекомендовали в качестве раневых повязок для мягкотканых дефектов в области преддверия полости рта [6]. Это дало нам основание провести исследования по изучению возможностей использования силиконовых мембран в качестве раневых повязок для изоляции открытых участков кости в области альвеолярного гребня после удаления новообразований.

Материал и методы

Нами проведено хирургическое лечение 65 больных (46 женщин, 19 мужчин) с различными новообразованиями в области альвеолярного гребня: у 33 больных – различные формы эпюлиса, у 13 – твердая фиброма, у 8 – фиброматоз десен и гипертрофический гингивит, у 6 – различные формы цемента, у 2 – различные формы остеом, у 1 – фибропапиллома, у 1 – амелобластическая фиброма и у 1 – плоскоклеточный рак. Общим для всех ран после удаления новообразований было обнажение альвеолярной костной ткани, которое у 3 пациентов ушили наглухо местными тканями, у 15 пациентов изолировали с помощью йодоформной повязки, у 47 – с использованием силиконовой мембраны. Фиксацию йодоформной турунды осуществляли с помощью узловых швов без применения защитной пластины, что позволило унифицировать методики и использовать данный вариант раневой повязки в качестве материала для сравнения.

Метод изоляции силиконовой мембраной послеоперационных ран с обнажением костной ткани в области альвеолярного гребня является авторским, получен патент на изобретение № 2371125 от 2009 г. Использовали отечественные силиконовые мембраны (ЗАО "МЕДСИЛ", Мытищи), на производство которых и применение в медицинской практике были получены официальные разрешения регулирующих органов.

Костную рану закрывали силиконовой мембраной, края которой фиксировали к окружающей слизистой оболочке в 21 случае с помощью узловых швов, в 26 случаях с помощью непрерывного шва (рис. 1–5 на 3-й полосе обложки). Сроки эксплуатации раневых повязок определялись качеством их фиксации и фазой регенерации. При нарушении фиксации раневой повязки приходилось снимать ее в течение 1-й недели, при хорошей фиксации – в течение 2-й недели и через 3 нед после созревания грануляционной ткани и эпителизации раны, что позволило изучить основные факторы, влияющие на качество фиксации раневых повязок, – вид фиксирующего шва и площадь послеоперационного дефекта.

По площади послеоперационные дефекты разделили на 3 группы: незначительные, средние, значительные. Незначительные дефекты были обнаружены у 14 пациентов и имели площадь до 100 мм² (в среднем 60,3 ± 25,7 мм²). К средним по площади отнесли дефекты у 32 пациентов размерами от

Щипский Александр Васильевич – д-р мед. наук, проф. каф., тел. 8 (903) 736-87-33, e-mail: AVShchipskiy@yandex.ru

100 до 300 мм² (174,9 ± 50,2 мм²). У 19 пациентов наблюдали послеоперационные дефекты площадью более 300 мм² (398,4 ± 80,0 мм²).

После заживления завершающим этапом комплексного лечения пациентов было рациональное протезирование, эффективность которого зависела от результатов хирургического лечения.

Результаты и обсуждение

Прежде всего следует отметить относительную эффективность предварительной предоперационной диагностики новообразований в области альвеолярного гребня, поэтому хирургическое лечение в таких случаях должно проводиться радикально в режиме расширенной биопсии. Обоснованность подобного подхода подтверждена (в том числе) результатами лечения 2 пациентов. У одного пациента с помощью патогистологического исследования была выявлена амелобластическая фиброма, у другого обнаружен плоскоклеточный рак. В обоих случаях на основании клинической симптоматики был поставлен предварительный диагноз эпюлиса. Этот диагноз позволил оперативно направить пациентов в онкологическую клинику для лучевой терапии.

При сравнительном анализе отмечена лучшая фиксация силиконовых повязок по сравнению с йодоформными повязками. Так, потеря всех йодоформных раневых повязок произошла в течение 1-й недели (14, 93,3%) или в начале 2-й недели (1, 6,7%) после операции в связи с утратой состоятельности фиксирующих швов. Потеря силиконовых повязок в данные сроки наблюдалась соответственно у 2 (4,3%) и 25 (53,8%) пациентов ($p < 0,001$). Более длительные сроки эксплуатации раневых повязок отмечены только у пациентов, у которых в таком качестве выступали силиконовые мембраны. Так, у 18 пациентов силиконовая мембрана функционировала около 2 нед, у 2 пациентов – около 3 нед (см. рис. 1–5).

Наш опыт показал, что с помощью швов удержать йодоформную турунду на относительно плоской поверхности альвеолярного гребня удается в течение относительно непродолжительного времени. В таком виде методика лишена перспектив, если только не использовать для этих целей защитную пластину, изготовление которой усложняет методику.

Случаи фиксации силиконовой мембраны в течение 2 и даже 3 нед после операции свидетельствуют о потенциале данной методики. Анализ случаев длительной эксплуатации силиконовых повязок показал, что это можно достичь с помощью их фиксации непрерывным швом (см. рис. 2, б). Так, в течение 2-й недели удалили 5 (27,8%) повязок, фиксированных узловыми швами, и 13 (72,2%) повязок, фиксированных непрерывным швом ($p < 0,01$). При этом данное преимущество не определялось размерами послеоперационного дефекта. В течение 3 нед силиконовые повязки в 2 случаях удерживались только непрерывными швами, более того, – на послеоперационных дефектах значительного размера (см. рис. 4, а). Эффективность непрерывного шва, по нашему мнению, определяется его способностью перераспределять нагрузку на мягкие ткани слизистой оболочки.

Анализ состояния послеоперационных ран в области альвеолярного гребня в различные сроки снятия раневых повязок показал целесообразность изоляции послеоперационных ран в области альвеолярного гребня в течение более длительного срока, когда происходит созревание грануляционной ткани или даже эпителизация раны. Так, наименее подготовленным к снятию повязки оказалось состояние послеоперационной раны в течение 1-й недели после ее наложения. У 2 пациентов после вынужденного удаления силиконовой повязки, поверхность кости начала только гранулировать, однако при этом она была равномерно покрыта сгустком крови в состоянии интеграции, который являлся биологической повязкой. После снятия йодоформной турунды у 14 пациентов в 2 случаях костная ткань была обнажена, видимые признаки

образования грануляционной ткани отсутствовали, что потребовало повторного наложения йодоформной турунды. В 12 случаях в области раны наблюдали участки грануляционной ткани, которые перемежались с участками относительно обнаруженной костной ткани. Осложнения удалось избежать благодаря щадящему режиму питания и усилению мер гигиены полости рта.

При снятии силиконовой повязки примерно через 1 нед после операции у 25 пациентов рана оказалась более подготовленной к открытому состоянию. В 21 (84%) случае она была полностью покрыта хорошо развитой грануляционной тканью и лишь у 4 (16%) пациентов в области послеоперационной раны наблюдались участки с зачатками гранулирования. Исходя из этого, можно считать, что использование раневой повязки в течение не менее 1 нед можно считать допустимым, однако минимально достаточным для процесса регенерации раны с обнаженной костной тканью.

Наилучшие результаты были получены у 18 пациентов, у которых послеоперационные дефекты были изолированы силиконовыми повязками в течение 2 нед. При этом в 17 (94,4%) случаях костная ткань была полностью покрыта грануляционной тканью и лишь в 1 (5,6%) случае наряду с этим наблюдали участки, где процесс гранулирования только начинался. Таким образом, оптимальным сроком использования силиконовой повязки можно считать 2 нед после удаления новообразования. Хорошо развитая и достаточно зрелая грануляционная ткань практически готова к эпителизации, которая может происходить и в открытом виде.

Наиболее показательными оказались 2 случая со снятием силиконовой повязки через 3 нед после операции. Костная ткань при этом была полностью покрыта зрелой грануляционной тканью, процесс эпителизации раны практически завершился (см. рис. 4, б). Важно, что мембрана не мешала процессу эпителизации, при котором происходит образование эпителиального валика с краев раны. Таким образом, идеальный срок изоляции раны с помощью силиконовой повязки – 3 нед, в течение которых проходит полный цикл заживления послеоперационной раны с ранее обнаженной костной тканью. Как уже было отмечено, достичь такой фиксации можно путем применения непрерывного шва.

Следует особо отметить, что прозрачный силикон позволяет контролировать состояние раны в течение всего периода заживления. Это дает возможность принимать правильные врачебные решения.

Силиконовая повязка обладает отличными изолирующими и защитными свойствами, особенно для сгустка крови. Йодоформная турунда, наоборот, адсорбирует кровь и высушивает рану. Силиконовая повязка по сравнению с турундой создает более благоприятные условия для проведения мер индивидуальной и профессиональной гигиены. Пищевой детрит не фиксируется на структуре силикона и легко удаляется пациентом при полоскании полости рта антисептическими растворами. Даже у 6 (12,8%) пациентов с плохой гигиеной в связи с ограниченной дееспособностью силиконовая мембрана надежно изолировала рану, препятствуя загрязнению подмембранного пространства. В данных случаях промывание области мембраны антисептическими растворами позволяло полностью удалять с ее поверхности пищевые остатки. Однако при утрате состоятельности швов и нарушении фиксации мембраны ее следует удалить и вести заживление раны открытым способом. В отличие от силиконовой мембраны йодоформная турунда пропитывалась пищевым детритом, удалить который из структуры марли сами пациенты были не в состоянии. Поэтому у всех 15 пациентов с йодоформной повязкой отмечен низкий уровень гигиены, что требовало дополнительных усилий в виде промывания марли антисептиком с помощью шприца.

Качество изоляции послеоперационной раны силиконовой повязкой и связанные с этим особенности послеоперационного ухода дают основание считать, что этот метод можно

применять в поликлинических амбулаторных условиях. Более благоприятные условия для индивидуальной гигиены позволяют пациенту в меньшей степени зависеть от перевязок и профессиональных гигиенических мер.

Таким образом, изоляция силиконовой раневой повязкой послеоперационных ран в области альвеолярного гребня с обнажением костной ткани имеет явные преимущества перед использованием для данной цели йодоформной марли. Фиксированная непрерывным швом силиконовая мембрана позволяет изолировать послеоперационную рану на весь период заживления вплоть до эпителизации. Этот метод экономически доступен, технологичен, дает прогнозируемый результат независимо от величины послеоперационной раны и других возможных факторов, позволяет избежать нарушения протезного ложа (см. рис. 5, а), что важно для пациентов, которым предстоит протезирование (см. рис. 5, б).

ЛИТЕРАТУРА

1. Булатников А. С. Комплексное хирургическое и ортопедическое реконструирование альвеолярного отростка челюсти при одномоментном множественном удалении зубов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
2. Калайдов А. Ф. // Новое в стоматол. – 2002. – № 6. – С. 59–62.
3. Перова М. Д., Дьяков В. Е. // Новое в стоматол. – 2002. – № 6. – С. 47–57.
4. Сабо Е. Амбулаторная хирургия зубов и полости рта: Пер. на рус. яз. – Будапешт, 1977. – С. 215–290.
5. Степанов А. Е. // Пародонтология. – 1999. – № 5. – С. 18–21.
6. Шинкевич Д. С. Особенности заживления послеоперационных ран мягких тканей лица в области преддверия рта, изолированных силиконовыми мембранами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.

Поступила 15.09.11

НЕЙРОСТОМАТОЛОГИЯ

© В. В. МИЛЕНИН, 2012

УДК 616.31-053.2:613.863]-07

В. В. Миленин

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ВАЛИДНОСТЬ СУБЪЕКТИВНЫХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Детская стоматологическая поликлиника № 41 СЗАО (125363, Москва, ул. Сходненская, д. 50, корп. 1)

Цель настоящего наблюдательно-рандомизированного исследования – сравнение эффективности визуально-аналоговых шкал (ВАШ) у детей в трех возрастных группах для оценки уровня тревожного напряжения и сравнение ВАШ с другими методиками, такими как тестово-балльные системы у детей в стоматологической практике. В исследовании приняли участие 356 детей и их родители. Для оценки степени тревожного напряжения нами использовались следующие системы для оценки страха: VAS, STAIC, STAI, mYALE, DAS, MAS. Последние две шкалы были специально разработаны для пациентов стоматологической группы – детей и взрослых. Средний возраст пациентов в 1-й группе составил $4,86 \pm 1,3$ года, во 2-й – $9,76 \pm 1,8$ года и в 3-й – $13,8 \pm 2,1$ года. Все пациенты самостоятельно проходят лечение в кресле стоматолога.

ВАШ тревоги является объективной и полезной методикой для определения степени страха у детей – пациентов стоматологического профиля старше 7 лет, тест имеет высокую степень корреляции с другими тестово-балльными системами.

Ключевые слова: дети, стоматологическая помощь, тестово-балльные и визуально-аналоговые шкалы

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC AND VALIDITY OF SUBJECTIVE METHODS FOR THE ESTIMATION OF THE DEGREE OF ANXIETY STRESS USED IN STOMATOLOGICAL TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Milenin V.V.

The objective of the present randomized observational study was to compare the efficacy of the visual-analog scales (VAS) and other tools (such as certain test-scoring systems) applied to the estimation of the degree of anxiety stress in the children's stomatological practice. The participants of the study were 356 children allocated to three groups and their parents. They were surveyed with the use of the VAS, STAIC, STAI, mYALE, DAS, and MAS anxiety scales. The latter two scales were specially developed for the group of recipients of the stomatological aid including young and adult patients. The mean age of the patients in groups 1, 2, and 3 was 4.86 ± 1.3 ; 9.76 ± 1.8 , and 13.8 ± 2.1 years respectively. All the patients voluntarily received stomatological care. It is concluded that the VAS anxiety scale provides a useful objective tool for the estimation of the degree of dental phobia in the children aged above 7 years. The results of the present estimation fairly well correlate with those obtained with the help of other test-scoring systems.

Key words: children, stomatological care, test-scoring and visual-analog scales