

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МИКРОБНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ КОНСТРУКЦИОННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

Басин Е.М., Медведев Ю.А., Серова Н.С., Бабкова А.А., Курешова Д.Н.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОНЕКРОЗОВ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА И ВАРИАНТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии, кафедра лучевой диагностики и терапии ГБОУ Первый МГУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Введение. Остеонекрозы лицевого черепа у лиц с наркотической зависимостью являются сложной медико-социальной проблемой. У данных пациентов отмечаются частые рецидивы заболевания, появление новых зон обнажения костной ткани, развиваются патологические переломы и ихорозный запах.

Цель работы – разработать классификацию остеонекрозов лицевого черепа и предложить варианты хирургических вмешательств на лицевом черепе у лиц с наркотической зависимостью от дезоморфина.

Материал и методы. В период с 2008 по 2015 г. в клинике челюстно-лицевой хирургии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова проведено обследование и лечение 180 пациентов с токсическими фосфорными остеонекрозами лицевого черепа на фоне наркотической зависимости от дезоморфина и первитина.

Результаты. При планировании оперативных вмешательств на средней зоне лица верхняя челюсть (ВЧ) условно разделена на 2 части – 1-я часть – альвеолярный фрагмент ВЧ от центрального резца до клыка, 2-я часть – фрагмент ВЧ от первого премоляра до бугра ВЧ. Условно ВЧ представлена за 100% – 1-я часть составила 30%, 2-я часть – 70%. Далее 1-я часть разделена на две в процентном соотношении равные части, которые ограничены линией, проходящей на 2 мм ниже верхушек корней резцов и клыка, – по 15% каждая – 1а и 1б. В связи с этим каждый зуб в 1, а-части составил 5%. А во 2-й

части – 17,5%. При поражении ВЧ выше подглазничного отверстия выставляется + балл. При остеонекрозе любых из костей, образующих среднюю зону лица, также выставляется дополнительный + балл.

Выделены 4 группы в зависимости от типа проведенной резекции и применения реконструктивно-восстановительных приемов: 1-я – резекция ВЧ внутриротовым доступом в пределах 1 сегмента, 1'-я – резекция ВЧ внутриротовым доступом в пределах двух сегментов; 2-я – резекция ВЧ внеротовым доступом по Кохеру–Веберу; 3-я – резекция ВЧ внутриротовым доступом с использованием фасциально-височного лоскута; 4-я – резекция ВЧ внеротовым доступом по Кохеру–Веберу с использованием фасциально-височного лоскута.

Выводы. При поражении ВЧ в пределах 1-й и 2-й части, не выходящей за пределы горизонтальной линии, проведенной через подглазничные отверстия, возможно применение внутриротового доступа. Внеротовой доступ показан при наличии остеонекротического процесса средней зоны лица, а также свищевых ходов. При выборе хирургического доступа в лечении остеонекротических процессов средней зоны лица, отдается предпочтение доступу по Кохеру–Веберу, что позволяет иссечь свищевые ходы, адекватно произвести визуальную оценку костной ткани, провести остеотомию, обеспечить оптимальный гемостаз, а также хорошую мобилизацию кожно-жирового лоскута.

Петрук П.С., Медведев Ю.А., Поляков К.А., Шаманаева Л.С., Волкова В.А., Шкварникова Е.С.

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАТЕРИАЛОВ С ЭФФЕКТОМ ПАМЯТИ ФОРМЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г. Москва

Актуальность. Ежегодно количество пациентов с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области остается стабильно высоким. Переломы костей средней зоны лицевого скелета, в частности, переломы скуло-глазничного комплекса встречаются в 14–25% случаев. Наиболее частые причины – дорожно-транспортные происшествия и бытовое насилие. Данные повреждения нередко носят сочетанный характер, поэтому диагностика и лечение подобных травм требует мультидисциплинарного подхода. Как правило отмечается асимметрия лица, симптомы пареза второй ветви тройничного нерва, нарушение целостности стенок гайморовой пазухи, в том числе повреждение нижней стенки глазницы, признаки поражения центральной нервной системы. Выраженный отек мягких тканей и отсроченное возникновение некоторых симптомов затрудняют диагностику. При неправильно выбранной тактике лечения возникает риск развития различных осложнений.

В настоящее время с успехом применяется большое количество различных методик остеосинтеза при данном виде переломов, например, костный шов, внутрикостные спицы, на костные титановые мини- и микро-

пластины, резорбируемые пластины. Тем не менее, данные о сроках и объеме выполняемого хирургического вмешательства в доступной литературе порой носят противоречивый характер.

Цель работы – совершенствование методов остеосинтеза при лечении пациентов с переломами скуло-глазничного комплекса путем применения фиксирующих устройств, изготовленных из сплавов с эффектом памяти формы.

Материал и методы. За период с 2011 по 2015 г. в отделении челюстно-лицевой хирургии УКБ № 2 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова прошли лечение 120 пациентов с основным диагнозом: «Перелом скуло-глазничного комплекса». После предоперационной подготовки в условиях общей анестезии выполняли оперативное вмешательство в объеме «Репозиция, металлоосинтез скуло-глазничного комплекса». В ряде случаев требовались дополнительные реконструктивные манипуляции – эндопротезирование нижней стенки глазницы при выявлении дефекта кости и пролабирании содержимого глазницы в просвет верхнечелюстной пазухи, реплантация костных фрагментов стенок верхнечелюстной пазухи для восстановления ее

архитектоники, рефрактура фрагментов кости в случаях застарелых переломов, а также у пациентов с сформированными деформациями скуло-глазничного комплекса.

После проведения этапов репозиции фиксацию фрагментов скуло-глазничного комплекса выполняли П-образными скобками из никелида титана с эффектом памяти формы двух размеров: 1-й – $\varnothing = 0,8$ мм, L = 7 мм, L1 = 4 мм, F = 14 Н; 2-й – $\varnothing = 0,8$ мм, L = 5 мм, L1 = 4 мм, F = 12 Н. При наличии оскольчатых переломов и/или дефекта костной ткани остеосинтез осуществляли при помощи титановых мини- и микропластинок. С целью гемостаза, дополнительной фиксации реплантационных фрагментов кости, а также изоляции эндопротеза от факторов воздействия внешней среды в полость верхнечелюстной пазухи устанавливали катетер Фолея. Раны послойно ушивали. Катетер удаляли на 2–5-е сутки после операции.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде пациентам повторно проводили клиническое и рентгенологическое обследование, консультации специали-

стов смежных специальностей. Во всех случаях положение костных фрагментов расценено как хорошее и удовлетворительное. Заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением. В отдаленном послеоперационном периоде явления воспалительного характера нами не отмечались. В ряде случаев сохранялся продолжительный (6–8 мес) парез подглазничного нерва.

Выводы. Современный уровень оказания специализированной медицинской помощи пациентам с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области подразумевает восстановление анатомической целостности поврежденной области, а также ее функции в максимально короткие сроки. Применение фиксирующих устройств и имплантатов из никелида титана при проведении реконструктивно-восстановительных операций на скуло-глазничном комплексе расширяет технические возможности хирурга, снижает риски осложнений, сокращает сроки госпитализации больных, что позволяет достигать высоких результатов лечения в данной группе пациентов.

Олесева В.Н., Адамчик А.А., Узунян Н.А., Повстянко Ю.А., Калинина А.Н.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МИКРОБНАЯ КОЛОНИЗАЦИЯ КОНСТРУКЦИОННЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», г. Москва

Введение. В настоящее время увеличивается экологический прессинг на организм человека, в связи с чем актуален интерес к биоинертности реставрационных и конструктивных стоматологических материалов, поскольку они длительное время находятся в организме человека и подвергаются воздействию ротовой жидкости и механическим нагрузкам. Это касается раздела челюстно-лицевого протезирования.

Материал и методы. В эксперименте проведено электронно-микроскопическое изучение биодеградации и микробной колонизации прессованной керамики «IPS e.max Press» (Лихтенштейн) и светоотверждаемого композита «Estelite Sigma Quick» (Япония). В лаборатории анатомии микроорганизмов НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи проводилось инкубирование образцов указанных материалов в питательном LB-бульоне с культурами микроорганизмов полости рта с последующим изучением в двулучевом сканирующем электронном микроскопе Quanta 200 3D (США). Для оценки степени биообрастания образцов использовалась программа Scandium 5.0.

Результаты исследования. Установлена существенная разница в микробной колонизации керамических и композитных образцов материалов. Уже на малых увеличениях ($\times 55$) видно образование налета на полированной поверхности композита. При больших увеличениях налет представлял собой сложную многокомпонентную биопленку. В участках, где регистрировали скопления бактерий (микроколоний и биопленок), выявляли микроповреждения в виде трещин. При исследовании неполированной (шероховатой) поверхности композит-

ных образцов после инкубации с микробиомом слюны видно, что вся поверхность достаточно равномерно покрыта биопленкой, состоящей из разных морфотипов микроорганизмов.

После очистки поверхности от бактериального налета отчетливо проявились дефекты поверхности, которые ранее не определялись, поэтому можно считать, что возникновение этих дефектов связано с воздействием микроорганизмов на материал композита.

После инкубации керамических образцов с культурами микроорганизмов на их гладкой и шероховатой поверхностях только в отдельных участках обнаружены одиночные адгезированные бактерии и биопленки. Следует отметить, что по сравнению с композитом количество биоматериала (бактерий и биопленок) на поверхности керамики значительно меньше, большая часть поверхности свободна от бактерий. После чистки гладкой поверхности керамических образцов бактерии не обнаруживались. Не выявлены и дефекты поверхности после чистки.

Измерение площади биообрастания показало, что для керамики биообрастание начинается с периферии образца (0,0% в центре и 2,3% по краю образца), для образцов композита биообрастание не имеет различий по всей площади, т. е. отмечается субтотальное биообрастание всей поверхности композита (96,8% в центре и 92,5% по краю образца).

Выводы. В челюстно-лицевых и зубных протезах по сравнению с композитом керамика значительно меньше колонизируется микроорганизмами рта и устойчива к биодеградации.