

Сафаров С.А.<sup>1</sup>, Щербовских А.Е.<sup>2</sup>, Шокиров М.Н.<sup>1</sup>, Байриков И.М.<sup>2</sup>, Гафаров Х.О.<sup>1</sup>

ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОСТНЫХ ОСТЕОФИКСАТОРОВ, ПОКРЫТЫХ КОМПОЗИЦИОННЫМИ МАТЕРИАЛАМИ, ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

<sup>1</sup>Кафедра челюстно-лицевой хирургии и детской стоматологии ИПОвСЗ РТ, г. Душанбе; <sup>2</sup>кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии ГБОУ ВПО СамГМУ, г. Самара

**Введение.** По данным отечественной и зарубежной литературы травмы лицевого скелета составляют от 70 до 85% (Медведев Ю.А., Куценко Р.В., 2012; Савельев А.Л., 2012; Самуткина М.Г., 2013; Kokemueller Н., 2012). Хирургическое лечение больных с переломами костей лица должны быть совершенными и сопровождаться эффективными и надежными способами фиксации.

**Цель исследования** – применение внутрикостных фиксаторов с биопокрытием для остеосинтеза переломов лицевых костей.

**Материал и методы.** Проведено лечение 197 (174 мужчины – 88,3%, 23 женщины 11,7%) больных с переломами лицевого скелета. В структуре хирургических методов, остеосинтез с использованием внутрикостных фиксаторов с биопокрытием выполняли у 47(23,9%), традиционные фиксаторы применены у 23 (11,7%) больных.

Для повышение эффективности фиксации фрагментов перелома нами разработан новый вид внутрикостного фиксатора с комбинированной активной режущей кромкой и биоактивным покрытием (патент на полезную модель РФ № 123316, Щербовских А.Е., Сафаров С.А., Байриков И.М.).

Хирургический остеосинтез с применением указанных фиксаторов осуществляли в условиях премедикации и местной центральной анестезии на верхней и нижней челюсти, для чего в асептических условиях хирургическим маркером на кожу наносили ориентиры челюсти, линии перелома и направление введения внутрикостного фиксатора. С помощью специальной дрели после прокалывания мягких тканей остеофиксатор вводили костные фрагменты перелома, а избыток фиксатора, выступающий над кожей, откусывали специальными кусачками, погружая его конец под кожу.

**Результаты и обсуждение.** Лечение 47 больных, которым проводился остеосинтез фрагментов переломов челюстных костей с применением остеофиксаторов с биопокрытием, показало очевидное их преимущество. Малоинвазивным способом без разреза кожного покрова и мягких тканей и нарушения эстетики удается достигнуть поставленной цели.

**Заключение.** Остеофиксатор с биопокрытием обеспечивает стабильную и надежную фиксацию фрагментов перелома, что позволяет рекомендовать его к применению. Технология их использования надежна, проста, экономична и эстетически выгодна.

Походенько-Чудакова И. О., Карсюк Ю. В.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ОСНОВАНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

Кафедра хирургической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

**Введение.** Известно, что количество осложнений дентальной имплантации, которое на современном этапе не удается преодолеть, варьирует в пределах 3–10% (D. Rodrigo, C. Martin, M. Sanz, 2012). В то же время в источниках специальной информации имеются данные о роли показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии периимплантита (В.Б. Хышов, О.Ю. Калашникова, Г.Н. Шарапов, 2002).

**Цель работы** – определить возможность прогнозирования воспалительных осложнений дентальной имплантации на основании показателей ПОЛ: малонового диальдегида (МДА) и супероксиддисмутазы (СОД) ротовой жидкости (РЖ).

**Объекты и методы.** Наблюдали 18 пациентов, прошедших дентальную имплантацию в пределах одного сегмента челюсти, которым послеоперационное лечение выполняли по стандартной схеме.

Биохимические исследования РЖ – уровень содержания МДА и уровень активности СОД проведены в динамике: до лечения, на 3, 14, 21-е сутки и через 1 мес после операции. Статистическую обработку осуществляли с помощью программы Statistica 10.0.

**Результаты.** До операции уровень содержания МДА равен 2,05 (1,89; 2,14). Данные уровня содер-

жания МДА ротовой жидкости наблюдаемых пациентов в послеоперационном периоде претерпевали следующую динамику. На 3-и сутки после операции уровень МДА равнялся 2,45 (2,31; 2,63), на 14-е сутки – 2,38 (2,27; 2,46), на 21-е сутки – 2,27 (1,99; 2,38), через 1 мес после вмешательства показатель равен 2,11 (1,85; 2,24).

До операции уровень СОД составлял 0,92 (0,71; 0,99). Исследование динамики СОД установило, что на 3-и сутки показатель был 0,76 (0,69; 0,83), на 14-е сутки – 0,82 (0,75; 0,91), на 21-е сутки – 0,87 (0,73; 0,98), через 1 мес – 0,99 (0,78; 1,04).

Следует подчеркнуть, что показатели МДА и СОД на 3-и сутки имели достоверные различия с исходными значениями и показателями, определенными через 1 мес после операции ( $p < 0,05$ ). В то же самое время результаты первичного исследования МДА и СОД и данные, определенные через 1 мес после операции, не имели значимых различий ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Представленный материал убеждает в возможности использования показателей ПОЛ ротовой жидкости для прогнозирования развития и течения воспалительных осложнений дентальной имплантации.