

ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КОСТНЫХ ПОЛОСТЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЛОСТИ РТА

А.А. Тимофеев, Н.А. Ушко, А.А. Тимофеев, Б.В. Колибабчук

*Институт стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина*

Цель: установить особенности замещения костной тканью кистозных полостей и частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде у больных с одонтогенными кистами челюстей при наличии у них в полости рта металлических включений и гальванической патологии.

Методы. Проведено комплексное клинично-иммунологическое обследование 107 больных с одонтогенными кистами челюстей, у которых в полости рта имелись металлические включения. Контролем служили 27 здоровых людей.

Результаты. На основании проведенных обследований больных с одонтогенными кистами челюстей и присутствием у них в полости рта металлических включений было установлено, что компенсированная форма гальванизма не оказывает негативного влияния на послеоперационное течение заживления кистозных полостей и на результаты проведенных оперативных вмешательств по поводу удаления кист челюстей. При декомпенсированной форме гальванизма в 4,5 % случаев при больших размерах кистозных полостей наблюдалось нагноение послеоперационных полостей. У больных с атипичной и типичной формами гальваноза послеоперационные осложнения встречались в 28,6 % (не зависимо от размеров кист). Частота развития нагноения послеоперационных кистозных полостей находилась в прямой зависимости от величины потенциометрических показателей и уровня снижения неспецифической резистентности организма. У больных после ликвидации гальваноза послеоперационный период проходил гладко, без осложнений.

Выводы. Доказано, что при удалении одонтогенных кист челюстей у больных с наличием в полости рта металлических включений и явлениями гальваноза имеется значительный риск развития послеоперационных воспалительных осложнений.

Ключевые слова: гальваническая патология, гальванизм, гальваноз, кисты челюстей, воспаление, осложнения, послеоперационное течение, местный иммунитет, общий иммунитет.

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени одонтогенные кисты челюстей относятся к числу одних из самых распространенных заболеваний челюстно-лицевой области. Данная патология челюстей наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 45 лет. Изучению различных аспектов этого вида патологии посвящено значительное количество работ. Среди всех кист челюстей наиболее распространенными являются одонтогенные, которые составляют до 97 % всех кист челюстей (А.А. Тимофеев, 2012). К одонтогенным кистам относятся радикулярные (апикальные, латеральные, субпериостальные, резидуальные), фолликулярные, парадентальные и эпидермоидные. Около 3 % кист челюстей являются неодонтогенными, т.е. носонебными (резцового канала), глобуло-максиллярными и носоальвеолярными (носогубными). Таким образом, операция удаления одонтогенных кист относится к числу наиболее распространенных оперативных вмешательств в челюстно-лицевой хирургии. После удаления кисты остаются костные полости различной формы и величины, которые снижают прочность челюстной кости.

Заживление послеоперационных костных полостей под кровяным сгустком, который является естественным наполнителем, происходит достаточно медленно. Полное восстановление кости после операции удаления кист челюстей происходит в различные сроки, и это зависит от локализации опухолеподобного образования, размеров кисты, возраста больных, состояния неспецифической резистентности организма и других факторов. По данным Г.А. Васильева (1973), замещение кистозной полости костной тканью в молодом возрасте происходит спустя 6–8

месяцев, И.И. Ермолаева (1964) – до 10–12 месяцев, А.Г. Каца (1965) – до 2–3 лет. Авторы считают, что у некоторых больных при больших размерах кист челюстей костные полости регенерируют только пристеночно, а в центре послеоперационной полости находится фиброзная ткань. При больших послеоперационных дефектах костной ткани челюстей, а также при инфицировании послеоперационных кистозных полостей организации кровяного сгустка может не происходить, т.к. он лизируется. Со временем, из-за отсутствия жизнеспособных грануляций в кистозной полости и недостатка кровоснабжения ее костных стенок, они подвергаются омертвлению, т.е. происходит их секвестрация. По данным Г.Н. Филатова (1976), частота нагноения полости после операции по поводу удаления одонтогенных кист челюстей колеблется в пределах от 1,6 % до 16 %, что значительно утяжеляет течение послеоперационного периода и удлиняет сроки реабилитации больных с этой патологией.

Инфицированию послеоперационных костных полостей может способствовать микрофлора, которая скапливается в различных ретенционных пунктах при наличии в полости рта несъемных металлических зубных протезов, снижение местной неспецифической резистентности организма при гальванической патологии и т.д.

У большого числа людей в таком возрасте в полости рта имеются несъемные металлические зубные протезы. Находясь в полости рта человека, разнородные металлы при контакте со слюной отдают положительно заряженные ионы в раствор (ротовую жидкость). Вследствие этого на металлическом несъемном зубном протезе, окруженном слюной, возникает электрический заряд, а между разнородными

металлами, как в самом протезе (коронка, припой и т.д.), так и между ними, появляется разность гальванических потенциалов, т.е. образуется гальванический элемент.

Из литературы известно, что гальваническая патология полости рта приводит к снижению местной и общей неспецифической резистентности организма пациента (А.А. Тимофеев, 2004; А.А. Тимофеев, А.В. Павленко, 2005 и др.). В этих условиях замещение костной тканью послеоперационных кистозных полостей может изменяться. В литературе отсутствует информация об особенностях замещения костной тканью послеоперационных кистозных полостей челюстей у больных при гальванической патологии.

Цель работы: установить особенности замещения костной тканью кистозных полостей и частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде у больных с одонтогенными кистами челюстей при наличии у них в полости рта металлических включений и гальванической патологии (компенсированном и декомпенсированном гальванизме, атипичной и типичной формах гальваноза).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование 107 больных с одонтогенными кистами челюстей, у которых в полости рта имелись металлические включения. К числу людей с наличием металлических включений мы отнесли обследуемых с металлическими коронками, консольными и мостовидными зубными протезами. Несъемные зубные протезы у этих обследуемых были изготовлены из нержавеющей стали, хромокобальтовых, хромоникелевых и других сплавов металлов, а также имелись зубные протезы с металлозащитным покрытием (МЗП) из нитрида титана.

Все больные с металлическими включениями были разделены на две группы: 1-у группу составили 44 больных с одонтогенными кистами челюстей и гальванизмом; 2-у группу – 63 больных с одонтогенными кистами челюстей и гальванозом. Одонтогенные кисты классифицировали в зависимости от размеров: малые – до 2 см, средние – от 2-х до 3 см, большие – более 3-х см.

Больным до и после проведения оперативного вмешательства (цистэктомии) проводилось общеклиническое обследование, которое включало: выяснение жалоб, сбор

анамнеза, осмотр, пальпацию, рентгенографию челюстей, общий анализ крови и мочи, определение лейкоцитарной формулы. Для изучения потенциометрических показателей нами использован автоматический цифровой потенциометр Pitterling Electronic (Германия). Данный аппарат одновременно определяет три потенциометрических показателя: силу тока (в мкА), электрическую проводимость ротовой жидкости (в мкСм) и разницу потенциалов (в мВ). Всем обследуемым потенциометрические показатели определяли между металлическими включениями (М-М).

Для исследования местной неспецифической резистентности организма определяли функциональную активность нейтрофилов, эмигрировавших в ротовую полость через слизистую оболочку щеки и альвеолярного отростка. Забор материала проводили в соответствии с методикой, предложенной В.Д. Дышловым. Для выявления щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов, которые имелись в отпечатках, полученных со слизистой оболочки щеки и альвеолярного отростка, применили наиболее распространенный способ окраски – метод азосочетания (модификация М.Г. Шубича, 1980). Число эмигрировавших лейкоцитов и активность в них щелочной фосфатазы определяли в отпечатках, полученных со слизистой оболочки альвеолярного отростка в области послеоперационной раны.

Для оценки цитохимической реакции мы применяли метод L.S. Karlow. В зависимости от ферментативной активности нейтрофилов их распределяли на 5 типов: нулевой (неокрашенные), первый (со слабой окраской цитоплазмы), второй (с умеренной окраской цитоплазмы), третий (с сильной окраской цитоплазмы) и четвертый (с очень сильной окраской цитоплазмы и диффузией красителя в область ядра). В мазке подсчитывали 100 нейтрофилов и определяли количество клеток, принадлежащих каждому типу. Это количество умножали на номер типа, полученное произведение суммировали. Сумма выражалась в условных единицах (у. е.).

Оценку общей неспецифической резистентности организма проводили с помощью определения кислородозависимого метаболизма нейтрофильных лейкоцитов крови (НСТ-тест) по методу М.Е. Виксмана и А.Н. Маянского.

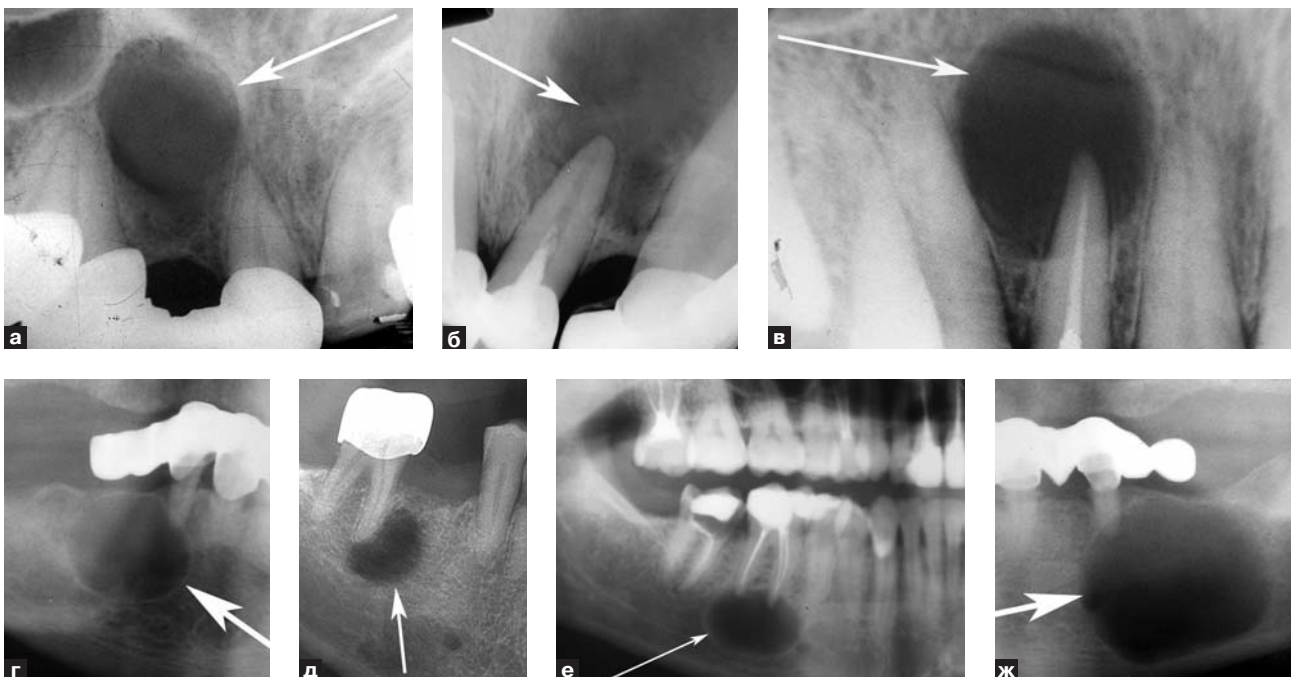


Рис.1. Рентгенограммы верхней (а, б, в) и нижней (г, д, е, ж) челюстей больных с гальванической патологией (1 и 2 группы наблюдения) и одонтогенными кистами различных размеров (кисты указаны стрелками).

Все полученные в ходе исследования цифровые данные обработаны математическим методом с вычислением критерия Стьюдента. Показатели считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 44 обследуемых 1-й группы наблюдения у 22 (50,0 %) пациентов в полости рта находились металлокерамические протезы, у 16 (36,4 %) человек металлические зубные протезы были изготовлены из нержавеющей стали (от 1 до 4 протезов у одного пациента) и у 6 (13,6 %) обследуемых зубные протезы изготовлены из хромокобальтового сплава. Других несъемных металлических зубных протезов у больных не было. Однако у 12 (27,3 %) обследуемых этой группы в зубах, на которых фиксировались несъемные металлические зубные протезы, имелись металлические штифты (от 1 до 3 штук у одного пациента). Со слов пациентов, у всех 12 обследуемых этой группы штифты были заводского производства (титановые и из нержавеющей стали). Несъемные зубные протезы у этих пациентов были изготовлены в сроки от 3 месяцев до 2,5 лет. При осмотре металлических зубных протезов визуальных дефектов не было. Общих жалоб и сопутствующих заболеваний у обследуемых 1-й группы наблюдения не выявлено.

Обследовано 63 больных с одонтогенными кистами 2-й группы наблюдения. У всех обследуемых (100 %) имелись несъемные металлические включения в полости рта (металлические коронки и мостовидные протезы). Металлические конструкции из нержавеющей стали нами были выявлены у 19 (30,2 %) человек, хромокобальтового (хромоникелевого) сплава – у 24 (38,1 %), защитное нитрид-титановое покрытие – у 32 (50,8 %). У 34 (54,0 %) обследованных 2-й группы в зубах, на которых фиксировались несъемные протезы, имелись металлические штифты (от 1 до 5 штук у одного пациента). Со слов пациентов, у них металлические штифты были как стандартные (титановые и из нержавеющей стали), так и индивидуально изготовленные. У 7 (11,1 %) из 63 больных наряду с несъемными металлическими зубными протезами в зубах имелись амальгамовые пломбы. Металлические несъемные зубные протезы у больных этой группы были изготовлены в различные сроки, и длительность их фиксации на зубах была от 3 до 12 лет.

При визуальном осмотре поверхности имеющихся несъемных металлических конструкций (зубных протезов), которые находились в области патологического очага у 63 больных с радикулярными кистами челюстей, были выявлены: надломы в местах пайки – у 16 (25,4 %) человек,

трещины или полное нарушение целостности (перелом) несъемной конструкции зубных протезов в месте пайки – у 6 (9,5 %), темная окисная пленка в месте расположения припоя – у 22 (34,9 %), участки коррозионных поражений – у 28 (44,4 %), неравномерное распределение по поверхности зубного протеза металлозащитного покрытия (МЗП) из нитрида титана, т.е. “лысые” зоны – у 29 (46,1 %). У 28 (44,4 %) обследуемых данные клинические симптомы сочетались между собой, т.е. было два и даже три этих нарушения (изменения со стороны несъемного зубного протеза). Необходимо сказать, что у 62 обследуемых, т.е. в 98,4 % случаев, в полости рта одного больного имелись по два и более несъемных зубных протезов.

При опросе 63 пациентов 2-й группы было установлено, что на быструю утомляемость жаловалось 25 (39,7 %) больных, плохой сон – 19 (30,2 %), постоянные головные боли – 11 (17,5 %), тошноты и рвоты у больных не было выявлено. Заболевания органов дыхания (хронический бронхит, ОРЗ и др.) выявили у 14 (22,2 %) пациентов, желудочно-кишечная патология (хронический гастрит, хронический холецистит и панкреатит) – у 16 (25,4 %). Аллергические реакции на медикаментозные препараты и пищевые продукты обнаружены у 7 (11,1 %) человек. У 24 (38,1 %) пациентов с гальванозом выявили общесоматический диагноз – синдром повышенной утомляемости (снижение работоспособности, апатия, сонливость днем, чувство тревоги и т.д.) и синдром хронической усталости (снижение физической и умственной работоспособности).

Металлический и/или кисловатый привкус во рту обнаружен у 33 (52,4 %) из 63 обследуемых, “прохождение электрического тока” при контакте с металлической ложкой во время еды – у 5 (7,9 %), парестезия языка и/или внутренней поверхности губ (верхней и/или нижней) – у 6 (9,5 %), чувство горечи – у 14 (22,2 %), жжение слизистой оболочки в месте контакта с металлической частью зубного протеза – у 17 (27,0 %). Сухость во рту выявлена у 23 (36,5 %) человек, повышенное слюноотделение – у 22 (34,9 %). У 35 (55,6 %) пациентов клинические симптомы непереносимости сплавов металлов встречались в виде единичных признаков и у 28 (44,4 %) больных – в виде нескольких клинических признаков.

У здоровых людей (без металлических включений в полости рта) потенциометрические показатели были следующими: разность потенциалов – $32,6 \pm 2,9$ мВ; сила тока – $2,9 \pm 0,2$ мкА; электрическая проводимость ротовой жидкости – $2,7 \pm 0,2$ мкСм. Разность потенциалов в пределах от 10 до 20 мВ выявлена у 48,2 % из 27 обследуемых, от 30 до 40 мВ – у 25,9 %, от 50 до 60 мВ – у 25,9 %. Сила тока от 1 до 3 мкА обнаружена у 74,1 % здоровых людей, от 4 до 5 мкА – у 18,5 %, в 6 мкА – у 7,4 % обследуемых лиц

Таблица 1

Потенциометрические показатели обследуемых с одонтогенными кистами челюстей и гальванической патологией

Группа наблюдения	Показатели потенциометрии		
	разность потенциалов, мВ	сила тока, мкА	электрическая проводимость ротовой жидкости, мкСм
1-я группа (n=44)	$57,3 \pm 2,6$ $p < 0,001$	$6,5 \pm 0,3$ $p < 0,001$	$7,1 \pm 0,2$ $p < 0,001$
2-я группа (n=54)	$224,8 \pm 6,5$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	$18,2 \pm 0,7$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	$20,9 \pm 0,6$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди) (n=27)	$32,6 \pm 2,9$	$2,9 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,2$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми (контрольной группой);

p_1 – достоверность различий показателей между 1-й и 2-й группами наблюдений.

контрольной группы. Электрическую проводимость ротовой жидкости от 1 до 3 мкСм мы наблюдали у 74,1 % здоровых людей, а равную 4–5 мкСм – у 25,9 %.

На основании анализа потенциометрических показателей (табл. 1), установлено, что у обследуемых 1-й группы наблюдения (с одонтогенными кистами и гальванизмом) разность потенциалов между металлическими включения составляла 57,3±2,6 мВ, сила тока – 6,5±0,3 мкА, электрическая проводимость ротовой жидкости – 7,1±0,2 мкСм. Все выявленные потенциометрические показатели в этой группе были достоверно ($p < 0,001$) выше по сравнению со здоровыми людьми. Следует обратить внимание на то, что наивысшие потенциометрические показатели, которые встречались в этой группе наблюдения, не были достоверно выше, чем максимальные показатели, выявленные у здоровых людей. Разность потенциалов у обследуемых с гальванизмом от 40 до 50 мВ – у 14 (31,8 %) чел., от 60 до 70 мВ – у 16 (36,4 %), от 80 до 90 мВ – у 14 (31,8 %). Сила тока от 4 до 5 мкА обнаружена у 7 (15,9 %) чел. от 6 до 8 мкА – у 29 (65,9 %), от 9 до 11 мкА – у 8 (18,2 %). Электрическую проводимость ротовой жидкости от 4 до 5 мкСм выявили у 5 (11,4 %) чел., от 6 до 8 мкСм – у 28 (63,6 %), от 9 до 12 мкСм – у 11 (25,0 %).

У пациентов 1-й группы наблюдения выявлены потенциометрические показатели, которые не более чем в 1,2–2 раза превышали максимальные показатели здоровых людей. По данным потенциометрии, у 59,1 % (26 чел.) пациентов в первой группе наблюдения имелась компенсированная форма и у 40,9 % (18 чел.) – декомпенсированная форма гальванизма.

У обследуемых 2-й группы наблюдения (с одонтогенными кистами и гальванизмом) разность потенциалов между металлическими включениями составляла 224,8±6,5 мВ, сила тока – 18,2±0,7 мкА, электрическая проводимость ротовой жидкости – 20,9±0,6 мкСм. Все выявленные потенциометрические показатели 2-й группы наблюдения были достоверно ($p < 0,001$) выше, как по сравнению со здоровыми людьми, так и с 1-й группой обследуемых. Разность потенциалов от 160 до 200 мВ выявлена у 21 (38,9 %), больного, от 210 до 300 мВ – у 28 (51,8 %), более 310 – у 5 (9,3 %). Сила тока менее 10 мкА обнаружена у 8 (14,8 %) больных, от 11 до 20 мкА – у 26 (48,2 %), от 21 до 30 мкА – у 19 (35,2 %), в 32 мкА – у 2 (1,8 %). Электрическая проводимость ротовой жидкости от 11 до 20 мкСм имелась у 25 (46,4 %) чел., от 21 до 30 мкСм – у 28 (51,8 %), в 32 мкСм – у 1 (1,8 %). На основании опроса и данных потенциометрического метода у 26 (41,3 %) больных 2-й группы была выявлена атипичная и у 37 (58,7 %) – типичная форма гальванизма.

Результаты исследования местной и общей неспецифической резистентности организма у больных с одонтогенными кистами челюстей представлены в таблицах 3–5.

Согласно результатам исследования, местная неспецифическая резистентность организма изменялась у обследуемых обеих групп наблюдения. Из таблиц 3–5 видно, что количество нейтрофилов, которые эмигрировали через слизистую оболочку щеки и /или альвеолярного отростка, а также активность в них щелочной фосфатазы у больных с одонтогенными кистами и гальванизмом (1-я группа) или гальванизмом (2-я группа) достоверно ($p < 0,001$) увеличивалось по сравнению со здоровыми людьми. Во 2-й группе наблюдения достоверно ($p < 0,001$) повышенными были изменения показателей местной неспецифической резистентности по сравнению не только со здоровыми людьми, но и с пациентами 1-й группы. Следует отметить, что не у всех обследуемых в 1-й группе имелось достоверное увеличение числа эмигрировавших через слизистую оболочку щеки нейтрофилов и активности в них щелочной фосфатазы по сравнению со здоровыми людьми. У 26 (59,1 %)

пациентов достоверных изменений по ранее указанным показателям местной неспецифической резистентности не обнаружено, т.е. местная резистентность была в норме, поэтому данным больным нужно ставить диагноз компенсированной формы гальванизма. У 18 (40,9 %) больных 1-й группы выявлено достоверное изменение показателей местной неспецифической резистентности организма, т.е. снижение местного иммунитета, поэтому им поставлен диагноз декомпенсированной формы гальванизма.

Во 2-й группе наблюдения установлено достоверное изменение местной неспецифической резистентности организма по всем изучаемым показателям (табл. 2–4).

Показатели изменений НСТ-теста у больных с одонтогенными кистами челюстей представлены в таблице 4. Согласно полученным данным, показатели НСТ-теста у обследуемых 1-й группы наблюдения (больные с одонтогенными кистами и гальванизмом) практически не отличались от группы здоровых людей. У обследуемых 2-й группы наблюдения, т.е. у больных с одонтогенными кистами и гальванизмом, установлено достоверное уменьшение числа активированных нестимулированных нейтрофилов до 18,6±0,3 шт. и достоверное снижение числа активированных стимулированных нейтрофилов до 26,8±0,9 шт. по сравнению не только со здоровыми людьми, но и с 1-й группой наблюдения. У обследуемых 2-й группы наблюдения выявлено достоверное ($p < 0,001$) снижение уровня резерва активации до 26,4±1,4 уе.

Таким образом, на основании иммунологических методов обследования больных одонтогенными кистами челюстей было доказано, что обследуемые 1-й группы в 59,1 % случаев имели компенсированную форму гальванизма и в 40,9 % – декомпенсированную, что полностью совпадает с ранее полученными потенциометрическими данными. У всех обследуемых 2-й группы наблюдения имелись достоверные изменения иммунологических показателей, характерные для гальванизма. На основании опроса и данных потенциометрического метода обследования у 26 (41,3 %) пациентов 2-й группы выявлена атипичная и у 37 (58,7 %) – типичная форма гальванизма.

Проведен анализ клинической симптоматики и заживления послеоперационных полостей у больных с одонтогенными кистами челюстей в каждой из обследуемых групп.

В 1-й группе наблюдения (с гальванизмом) у 42 (95,5 %) больных послеоперационные полости заживали гладко, без осложнений, симптоматика послеоперационного болевого симптома не была выраженной. У 2 (4,5 %) больных с декомпенсированной формой гальванизма послеоперационные полости заживали медленно, гиперемия слизистых оболочек в области послеоперационных ран сохранялась более 7 дней после выполненной операции, имелись воспалительные явления в окружающих мягких тканях (воспалительная инфильтрация), а также выраженная болевая симптоматика. Несмотря на противовоспалительное лечение, проводившееся после операции удаления кисты, у них наблюдалось нагноение послеоперационных полостей. Размеры послеоперационных кистозных полостей у больных с нагноением были большими – более 3 см в диаметре. Следует отметить, что у пациентов с нагноением послеоперационных кистозных полостей и декомпенсированной формой гальванизма потенциометрические показатели были максимально высокими, а иммунологические показатели – максимально низкими, что характерно для данной обследуемой группы.

При благоприятном течении послеоперационного периода полное, рентгенологически определяемое, замещение кистозной полости костной тканью у больных с компенсированной формой гальванизма в молодом и среднем возрасте (от 18 до 50 лет) происходило при малых и

средних размерах одонтогенных кист через 4–5 месяцев, а при больших кистах – спустя 6–7 месяцев после проведенной операции. Полости замещались костной тканью при малых и средних размерах одонтогенных кист равномерно, а при больших кистах челюстей – в большинстве случаев пристеночно.

У больных с декомпенсированной формой гальванизма полное послеоперационное замещение костной тканью кист малого и среднего размеров происходило через 5–7 месяцев, а при больших размерах кист – спустя 8–10 месяцев. Полости замещались костной тканью при малых и средних размерах одонтогенных кист равномерно, а при

Таблица 2

Цитологические и цитохимические показатели в отпечатках, взятых со слизистой оболочки щеки, у обследуемых с одонтогенными кистами челюстей и гальванической патологией

Группа наблюдения	Количество больных	Число нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку щеки, $M \pm m$	Количество больных	Активность щелочной фосфатазы в нейтрофилах, эмигрировавших через слизистую оболочку щеки (у. е.), $M \pm m$
1-я группа	44	$32,3 \pm 2,2$ $p < 0,001$	35	$63,7 \pm 2,3$ $p < 0,001$
2-я группа	63	$53,5 \pm 2,1$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	35	$88,2 \pm 2,6$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
Здоровые люди (контрольная группа)	27	$16,8 \pm 1,4$	28	$40,9 \pm 2,2$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми),
 p_1 – достоверность различий показателей между 1-й и 2-й группами наблюдений.

Таблица 3

Цитологические и цитохимические показатели в отпечатках, взятых со слизистой оболочки альвеолярного отростка у обследуемых с одонтогенными кистами челюстей и гальванической патологией

Группа наблюдения	Количество больных	Количество нейтрофилов (на 100 клеток), эмигрировавших через слизистую оболочку альвеолярного отростка, $M \pm m$	Количество больных	Активность щелочной фосфатазы в нейтрофилах, эмигрировавших через слизистую оболочку альвеолярного отростка (у. е.), $M \pm m$
1-я группа	44	$29,1 \pm 1,6$ $p < 0,001$	35	$58,0 \pm 3,0$ $p < 0,001$
2-я группа	63	$57,4 \pm 2,2$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	35	$84,0 \pm 2,5$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди)	27	$12,7 \pm 0,9$	28	$31,9 \pm 1,4$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению с контрольной группой (здоровыми людьми),
 p_1 – достоверность различий показателей между 1-й и 2-й группами наблюдений.

Таблица 4

Показатели общей неспецифической резистентности организма у больных с одонтогенными кистами челюстей и гальванической патологией

Группа наблюдения	Количество больных	Показатель общей неспецифической резистентности (по анализам периферической крови)		
		ЧАН (нестимулированный, у.е.)	ЧАН (стимулированный, у.е.)	Резерв активации, у.е.
1-я группа (гальванизм)	27	$25,9 \pm 0,9$ $p > 0,05$	$41,1 \pm 2,0$ $p > 0,05$	$34,8 \pm 1,9$ $p > 0,05$
2-я группа (гальваноз)	29	$18,6 \pm 0,3$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	$26,8 \pm 0,9$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$	$26,4 \pm 1,4$ $p < 0,001$ $p_1 < 0,001$
Контрольная группа (здоровые люди)	28	$25,3 \pm 0,8$	$40,7 \pm 1,3$	$36,9 \pm 1,2$

Примечание: p – достоверность различий по сравнению со здоровыми людьми;
 p_1 – достоверность различий показателей между 1-й и 2-й группами наблюдений.

больших кистах челюстей – во всех случаях пристеночно, а в центре послеоперационной полости рентгенологически определялась фиброзная ткань. У больных с декомпенсированной формой гальванизма нагноение послеоперационных кистозных полостей наблюдалось в 4,5 % случаев, а полное рентгенологическое замещение костной тканью послеоперационной полости удлинялось на один месяц.

Все обследуемые 2-й группы наблюдения (с атипичной и типичной формами гальваноза) были разделены на две подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли 35 больных с одонтогенными кистами, которых оперировали при неустраненных формах гальваноза. Во 2-ю подгруппу были включены 28 пациентов с одонтогенными кистами челюстей, которым оперативное вмешательство по поводу удаления кист проводили только после устранения явлений гальваноза. Для этого было проведено удаление из полости рта металлических зубных протезов, которые являлись “причинными” в развитии гальваноза, с последующим применением медикаментозного лечения. В качестве медикаментозного лечения, для устранения местного иммунодефицита, у пациентов с гальванозом применяли отечественный препарат «Нуклеинат» (перорально по 0,25 г 4 раза в сутки после еды в течение 10–14 дней).

В 1-й подгруппе наблюдения послеоперационные нагноения кистозных полостей развились у 10 (28,6 %) пациентов. Послеоперационные осложнения одинаково часто встречались как при атипичной, так и при типичной формах гальваноза. У 6 из 10 пациентов (60,0 % случаев) одонтогенные кисты были больших размеров (более 3 см), а у 4 (40,0 %) больных – среднего и малого размеров. Необходимо отметить, что у 10 больных с послеоперационным нагноением кистозных полостей длительное время (до 10–14 дней после операции) сохранилась гиперемия слизистой оболочки над местом проведения оперативного вмешательства, воспалительная инфильтрация окологлазничных мягких тканей, выраженная болевая симптоматика. Во 2-й подгруппе наблюдения (28 больных) оперативное вмешательство проводили только после устранения гальваноза (нами ранее описано лечение гальваноза) – через 15-30 дней. У всех обследуемых 2-й подгруппы заживление послеоперационных кистозных полостей проходило гладко и без каких-либо осложнений, т.е. у 100 % больных после устранения явлений гальваноза, независимо от размеров удаленных кист, послеоперационных воспалительных осложнений не возникло.

При благоприятном течении послеоперационного периода полное, рентгенологически определяемое, замещение кистозной полости костной тканью у больных с неустраненным (нелеченным) гальванозом в молодом и среднем возрасте (от 18 до 50 лет) происходило при малых и средних размерах одонтогенных кист через 7–9 месяцев, а при больших кистах – спустя 10–14 месяцев после проведенной операции. Полости при малых размерах одонтогенных кист замещались костной тканью равномерно, а при средних и больших размерах кист челюстей – во всех случаях пристеночно. У больных с неустраненным гальванозом нагноение послеоперационных полостей происходило в 28,6 % случаев, а рентгенологическое замещение костной тканью увеличивалось не менее чем на 2–4 месяца. Нагноение послеоперационных кистозных полостей находилось в прямой зависимости от величины потенциалов и уровня снижения неспецифической резистентности организма, которые характерны для группы больных с гальванозом.

У больных после устранения гальваноза рентгенологически полное замещение послеоперационной полости костной тканью в молодом и среднем возрасте (от 18 до 50 лет) происходило при малых и средних размерах одонтогенных кист через 5–6 месяцев, а при больших кистах – спустя 8–9 месяцев после проведенной операции. Полости

замещались костной тканью при малых размерах одонтогенных кист равномерно, а при средних и больших размерах кист челюстей – в большинстве случаев пристеночно.

Таким образом, на основании проведенных нами обследований больных с одонтогенными кистами челюстей и присутствием у них в полости рта металлических включений, было установлено, что компенсированная форма гальванизма не оказывает отрицательного влияния на результаты проведенных оперативных вмешательств по поводу удаления кист челюстей. Только при декомпенсированной форме гальванизма в некоторых случаях (4,5 %), при больших размерах кистозных полостей (более 3 см), может наблюдаться нагноение послеоперационных ран. Полное, рентгенологически определяемое, замещение кистозной полости костной тканью у больных с компенсированной формой гальванизма в молодом и среднем возрасте (от 18 до 50 лет) происходило при малых и средних размерах одонтогенных кист через 4–5 месяцев, а при больших кистах – спустя 6–7 месяцев после проведенной операции. У больных с декомпенсированной формой гальванизма при малых и средних размерах кист полное замещение полости костной тканью происходит через 5–7 месяцев, а при больших размерах кист – спустя 8–10 месяцев. Послеоперационные полости у больных с гальванозом замещались костной тканью при малых и средних размерах одонтогенных кист равномерно, а при больших кистах челюстей – пристеночно (в центре полости рентгенологически определялась фиброзная ткань).

Послеоперационные нагноения кистозных полостей у больных с неустраненным гальванозом возникают в 28,6 % случаев (как при больших размерах кист, так и при среднем и малом их размерах). Частота развития нагноения послеоперационных кистозных полостей находится в прямой зависимости от величины потенциометрических показателей и уровня снижения неспецифической резистентности организма, которые характерны для группы больных с гальванозом. При благоприятном течении послеоперационного периода полное замещение кистозной полости костной ткани у больных с неустраненным (нелеченным) гальванозом в молодом и среднем возрасте происходило при малых и средних размерах одонтогенных кист через 7–9 месяцев, а при больших кистах – спустя 10–14 месяцев после проведенной операции. При нагноении послеоперационных полостей рентгенологическое замещение костной тканью удлинялось на 2–4 месяца. У больных после устранения гальваноза рентгенологически полное замещение послеоперационной полости костной тканью происходит при малых и средних размерах одонтогенных кист через 5–6 месяцев, а при больших кистах – спустя 8–9 месяцев после проведенной операции. У больных с неустраненным гальванозом и после его ликвидации послеоперационные полости замещались костной тканью при малых размерах одонтогенных кист равномерно, а при средних и больших размерах кист челюстей – пристеночно.

ВЫВОДЫ

На основании проведенных обследований больных с одонтогенными кистами челюстей и наличием в полости рта металлических включений установлено, что компенсированная форма гальванизма не оказывает негативного влияния на послеоперационное течение заживления кистозных полостей и на результаты проведенных оперативных вмешательств по поводу удаления кист челюстей. При декомпенсированной форме гальванизма в 4,5 % случаев при больших размерах кистозных полостей наблюдалось нагноение послеоперационных полостей.

У больных с атипичной и типичной формами гальваноза послеоперационные осложнения встречались в 28,6 % (не зависимо от размеров кист). Частота развития нагноения послеоперационных кистозных полостей находилась

в прямой зависимости от величины потенциометрических показателей и уровня снижения неспецифической резистентности организма. У больных после ликвидации гальваноза послеоперационный период был гладким, без осложнений.

На основании полученных данных доказано, что при удалении одонтогенных кист челюстей у больных с наличием в полости рта металлических включений и явлениями гальваноза имеется значительный риск развития послеоперационных воспалительных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолаев И.И. Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1964. – 26 с.
2. Васильев Г.А. Хирургия зубов с курсом челюстно-лицевой травматологии / Г.А. Васильев. – М. : Медицина, 1973. – 408 с.
3. Филатов Г.Н. Клиника и выбор методов лечения нагноившихся корневых кист нижней челюсти в условиях поликлиники : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Г.Н. Филатов. – К., 1978. – 30 с.
4. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии / А.А. Тимофеев. – М. : Мед. информ. аг., 2007. – 696 с.
5. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А. Тимофеев. – К. : Медицина, 2010. – 576 с.
6. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А. А. Тимофеев. – К., 2012. – 1048 с.
7. Тимофеев А.А. Клиническая классификация гальванических проявлений, возникающих в полости рта / А.А. Тимофеев, А.А. Тимофеев // Совр. стоматол. – 2011. – № 5 (59). – С. 59–63.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАГОЄННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ КІСТКОВИХ ПОРОЖНИН ЩЕЛЕП ПРИ ГАЛЬВАНІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ У ПОРОЖНИНІ РОТА

О.О. Тимофеев, Н.О. Ушко, О.О. Тимофеев, Б.В. Колібабчук

Мета: встановити особливості заміщення кістковою тканиною кістозних порожнин і частоту виникнення ускладнень в післяопераційному періоді у хворих з одонтогенними кістами щелеп за наявності у них в порожнині рота металевих включень і гальванічної патології.

Методи. Проведено комплексні клінічно-імунологічне обстеження 107 хворих з одонтогенними кістами щелеп, у яких в порожнині рота були металеві включення. Контролем служили 27 здорових людей.

Результати. На підставі проведених обстежень хворих з одонтогенними кістами щелеп і присутності у них в порожнині рота металевих включень було встановлено, що компенсована форма гальванізму не чинить негативного впливу на післяопераційний перебіг загоєння кістозних порожнин і на результати проведених оперативних втручань з приводу видалення кіст щелеп. При декомпенсованій формі гальванізму в 4,5 % випадків при великих розмірах кістозних порожнин спостерігалось нагноєння післяопераційних порожнин. У хворих з атиповою і типовою формами гальванозу післяопераційні ускладнення зустрічалися в 28,6 % (не залежно від розмірів кіст). Частота розвитку нагноєння післяопераційних кістозних порожнин знаходилась в прямій залежності від величини потенціометричних показників і рівня зниження неспецифічної резистентності організму. У хворих після ліквідації гальванозу післяопераційний період проходив спокійно, без ускладнень.

Висновки. Доведено, що при видаленні одонтогенних кіст щелеп у хворих з наявністю в порожнині рота металевих включень і явищами гальванозу існує значний ризик розвитку післяопераційних запальних ускладнень.

Ключові слова: гальванічна патологія, гальванізм, гальваноз, кісти щелеп, запалення, ускладнення, післяопераційний перебіг, місцевий імунітет, загальний імунітет.

FEATURES POSTOPERATIVE HEALING OF BONE CAVITIES OF THE JAWS WITH GALVANIC PATHOLOGY IN THE MOUTH

O. Tymofeev, N. Ushko, O. Tymofeev, B. Kolibabchuk

Purpose: to set the features of substitution bone fabric of cystophorous cavities and frequency of origin of complications in a postoperative period for patients with the odontogenic cysts of jaws at presence of in their cavity of mouth of the metallic including and galvanic pathology.

Methods. A comprehensive clinical and immunological study of 107 patients with odontogenic cysts jaws which in the cavity of mouth had the metallic including. Control 27 healthy people served as.

Results. On the basis of the inspections of sick with odontogenic cysts jaws conducted by us and being it was set in their cavity of mouth of the metallic including, that the compensated form of galvanism does not render negative influence on the postoperative flow of cicatrization of cystophorous cavities and on the results of the conducted operative interventions concerning moving away of cysts of jaws. At the decompensated form of galvanism in 4,5 % cases there was suppuration of postoperative cavities at the largenesses of cystophorous cavities. For patients with atypical and typical the forms of galvanozis postoperative complications met in 28,6 % (not dependency upon the sizes of cysts). Frequency of development of suppuration of postoperative cystophorous cavities was in direct dependence on the size of potentiometer indexes and level of decline of local and general immunity of organism. For patients after liquidation of galvanozis a postoperative flow passed smoothly, without complications.

Conclusions. It is Well-proven that at moving away of odontogenic cysts of jaws patients with a presence in the cavity of mouth of the metallic including and phenomena of galvanozis have a considerable risk of development of postoperative inflammatory complications.

Keywords: galvanic pathology, galvanism, galvanosis, jaw cysts, inflammation, complications, the postoperative course, local immunity, general immunity.

Тимофеев Алексей Александрович – д.мед.н., проф.;

заведуючий кафедрой челюстно-лицевой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

Ушко Наталья Алексеевна – к.мед.н., доцент;

кафедра челюстно-лицевой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

Тимофеев Александр Алексеевич – к.мед.н., доцент;

кафедра стоматологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

Колібабчук Богдан Васильевич – соискатель кафедры челюстно-лицевой хирургии

Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика.

Адрес: Киев, ул. Подвысоцкого 4-а, клиническая больница №12, кафедра челюстно-лицевой хирургии.

Тел.: 528-35-17.



ОДНОРАЗОВІ ГІГІЄНІЧНІ ВИРОБИ



+ 38044 4514744
Київ, пр.Л.Курбаса, 1, к.2, оф.113
www.ajus.ua; www.ajus.prom.ua

ВЛАСНЕ
ВИРОБНИЦТВО
ТА ІМПОРТ

- * хірургічні халати
- * операційні покриття
- * рукавички, бахіли
- * шапочки, маски та ін.



TDV

УНИКАЛЬНІ
ІНСТРУМЕНТИ
І АКСЕСУАРИ



Мы создаем
комфорт в любой
труднодоступной
точке

**С НАМИ ВСЕ
ВОЗМОЖНО!**



антас

www.antas.com.ua

067-463-5752
044-501-6290



biodinamica
с уважением к вам

СИСТЕМА ДЛЯ
РЕСТАВРАЦИИ

