

Применение материала КоллапАн Л при травмах альвеолярного отростка верхней челюсти

К.м.н. Ш.А. БОЙМУРАДОВ

Use of KollapAn L in cases of maxilla alveolar ridge trauma

S.A. BOYMURADOV

Ташкентская медицинская академия

Результаты исследования показали, что применение остеопластического материала КоллапАн Л при переломах альвеолярного отростка верхней челюсти повышает эффективность лечения и снижает частоту осложнений до 20%.

Ключевые слова: перелом альвеолярного отростка верхней челюсти, лечение, осложнения.

Results of research have shown, that application KollapAn L at the fracture site of an alveolar ridge of upper jaw raises efficiency of treatment and reduces complications up to 20%.

Key words: maxilla alveolar ridge fracture, treatment, complications.

Переломы костей лица встречаются часто. Количество и удельный вес лицевых повреждений неуклонно возрастает по мере усовершенствования технической оснащенности производственной деятельности человека [1, 5]. Основную массу пострадавших обычно составляют лица трудоспособного возраста. Переломы верхней челюсти относятся к числу наиболее тяжелых повреждений лицевого скелета. Частота переломов верхней челюсти колеблется от 3 до 18% [6, 7]. Согласно данным литературы, при травмах верхней челюсти часто возникают переломы альвеолярного отростка (от 9,7 до 76,9%) [7, 8]. По данным некоторых авторов, травмы альвеолярного отростка верхней челюсти нередко сочетаются с переломами нижней челюсти [8–10].

Перелом альвеолярного отростка в 35,3% случаев сопровождается потерей зубов, кортикального слоя костной ткани, чаще всего — во фронтальном отделе верхней челюсти [3, 4, 7, 9, 10]. При первичной хирургической обработке раны альвеолярного отростка хирурги часто удаляют мелкие костные отломки.

Потеря зубов и посттравматический дефект альвеолярного отростка, а также потеря альвеолярной высоты создают не только косметический дефект, но и определенные трудности при протезировании больных данной категории. Сохранение анатомической целостности альвеолярного отростка в целях профилактики посттравматических дефектов и деформаций альвеолярного гребня — актуальная проблема хирургической стоматологии. Для восстановления костных дефектов применяются разные материалы и методы. В данной работе рассмотрен вариант использования остеопластического материала КоллапАн («Интермедапатит», Россия).

Имплантат КоллапАн состоит из синтетического гидроксиапатита и склерального коллагена. КоллапАн вы-

пускается в 3 вариантах: пластины, гранулы и гель. К.В. Жердеев (2007) в ранние сроки после имплантации в мышцу крысам материала КоллапАн-гель выявил постепенное формирование тонкой соединительнотканной капсулы без выраженной клеточной реакции [2].

Добавление к композиции различных лекарственных веществ позволяет избежать риска осложнений. КоллапАн Л содержит линкомицин. Антибактериальная активность препарата в ране сохраняется до 20 сут, в течение которых происходит равномерное выделение антибиотика. КоллапАн Л активно применяется для замещения костных дефектов различной этиологии.

Нами применен остеопластический материал КоллапАн Л при переломах альвеолярного отростка верхней челюсти для профилактики посттравматических дефектов и деформации альвеолярного отростка.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 38 больных (29 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 17 до 34 лет с переломами альвеолярного отростка верхней челюсти. У 23 больных была бытовая травма, у 6 — спортивная, у 9 — уличная. Распределение больных по локализации и характеру травм приведено в таблице.

Все больные поступили в отделение челюстно-лицевой хирургии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии в экстренном порядке. Из 38 больных у 26 была изолированная травма альвеолярного отростка верхней челюсти, у 12 — сочетанная. У 8 пациентов перелом альвеолярного отростка сочетался с переломами нижней челюсти, у 4 — с сотрясением головного мозга. Больные составили 2 группы: у 20 больных костная рана заживала

Локализация перелома	Число больных	Число зубов		
		полный вывих	неполный вывих	перелом
Фронтальный отдел верхней челюсти	26	12	6	7
В области премоляров	10	4	1	3
В области моляров	2	—	1	1

под кровяным сгустком (1-я группа), у 18 — с заполнением костного дефекта материалом КоллапАн Л» (2-я).

Всем больным при поступлении была произведена первичная хирургическая обработка раны. Под проводниковой анестезией 2% раствором лидокаина после антисептической обработки раны проводили репозицию мелких костных отломков и зубов. Фиксацию зубов осуществляли с помощью гладкой шины-скобы.

Больным 2-й группы при хирургической обработке на костную рану накладывали КоллапАн Л, при осколочных переломах использовали гранулы КоллапАн Л. Мелкие костные отломки после репозиции засыпали гранулами КоллапАн Л, а при дефектах альвеолярного отростка применяли пластины из этого материала. Пластины КоллапАн Л накладывали на наружный кортикальный слой, накрывали слизисто-надкостничным лоскутом, который фиксировали узловыми швами Vicryl 3-0 (Ethicon, «Johnson & Johnson»). Швы снимали на 8—9-й день.

Для оценки эффективности лечения через 3 мес после травмы проводили рентгеноденситометрическое исследование с целью определения плотности костной ткани и степени минерализации. Рентгенограммы анализировали на денситометре DENSITY и полученные данные сравнивали со стандартным контролем (демнерализация: 0,31—0,212 — выраженная, 0,212—1,372 — средняя, 1,372—2,79 — умеренная, 2,79—3,57 — норма).

Результаты и обсуждение

У всех больных 1-й группы рана зажила первичным натяжением. Осложнений воспалительного характера не отмечено. При оценке клинического состояния больных

учитывали наличие дефекта и деформации альвеолярного отростка и зубной дуги. У 3 (15%) больных этой группы имелся дефект альвеолярного отростка, у 11 (55,5%) — деформация его наружного кортикального слоя, что отражалось на зубной дуге. По результатам рентгеноденситометрического исследования плотность костной ткани у этих пациентов составила $1,293 \pm 0,06$. При сопоставлении рентгеноденситометрических данных этой группы с контролем отмечена деминерализация средней степени.

У 16 больных 2-й группы рана зажила первичным натяжением. У 2 пациентов мы наблюдали осложнения в виде нагноения костной раны. На 5—7-е сутки после операции отмечена миграция гранул КоллапАн Л вместе с сукровичным отделяемым. Еще у 2 (11,1%) больных имелась деформация альвеолярного отростка. По данным рентгеноденситометрии в этой группе плотность костной ткани составила $2,68 \pm 0,05$ (умеренная деминерализация).

КоллапАн Л является костной матрицей. Он создает благоприятные условия для образования костной мозоли, стимулируя восстановление костной ткани.

Результаты исследования показали, что при традиционном лечении перелома альвеолярного отростка наблюдается до 70,5% случаев посттравматических дефектов и деформаций альвеолярного отростка, что создает определенные трудности при протезировании. Кроме того, наличие дефекта или деформации во фронтальном отделе альвеолярного отростка верхней челюсти приводит к косметическим дефектам. Применение остеопластического материала КоллапАн Л при лечении переломов альвеолярного отростка повышает эффективность лечения, снижает частоту дефектов и деформаций, что создает благоприятные условия для протезирования этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельченко В.А., Ипполитов В.П., Кулаков А.А. К вопросу об оказании квалифицированной помощи больным с челюстно- и черепнолицевой патологией. *Стоматология* 1998; 5: 32—33.
2. Жердеев К.В. Применение имплантата коллапан-гель в детской костной патологии: Автореф дис. ... канд. мед. наук. М 2007; 27.
3. Ипполитов В.П., Рабухина Н.А., Колескина С.С. Сравнительная клиничко-рентгенологическая оценка методов остеосинтеза при лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей верхней и средней зон лица. *Стоматология* 2003; 1: 23—26.
4. Коган М.Р., Богатов В.В. Способ лечения переломов челюстей с применением временных внутрикостных имплантатов. *Стоматология* 2004; 2: 23—25.
5. Шамсутдинов А.Г., Рабухина Н.А. и др. Клиничко-рентгенологический анализ результатов устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа с использованием современных фрагментов. *Стоматология* 2002; 3: 28—32.
6. Шамина С.П. Заживление экспериментальных переломов альвеолярного отростка верхней челюсти под действием лечебной грязи. *Стоматология* 1976; 5: 15—18.
7. Adams C.D., Jamszkiewes J.S., Judson J. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years. *Aus N Z Surg* 2000; 70: 6: 401—404.
8. Bell N., Proffit W., White K. Surgical correction of dentofacial deformities. Philadelphia 1980; 750.
9. Bilaniuk L., Zimermann R. Facial trauma. *Radiology in emergency medicine*. NY 1984; 135—155.
10. Carlin C.B., Ruft G., Mansfeld C.P. et al. Facial fractures and related injuries: a ten-year retrospective analysis. *J Craniofacial Trauma* 1998; 4: 2: 44—48.