

**Выводы.** Системы мониторинга электрической активности головного мозга, основанные на определении индекса состояния головного мозга (CSI) и индекса функции головного мозга (BFI) продемонстрировали одинаковые диагностические возможности в контроле глубины анестезии у пациентов с черепно-мозговой травмой, которым для обеспечения вмешательств на голове применили комбинированную анестезию.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИХ БИОРЕЗОРБИРУЕМЫХ МЕМБРАН ПРИ АМБУЛАТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Походенько-Чудакова И. О., Максимович Е. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,  
Республика Беларусь

**Введение.** Профилактика атрофии альвеолярной кости представляет одну из актуальных задач хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Это обусловлено следующими фактами: значительным распространением доброкачественных новообразований и опухолеподобных заболеваний костей, достигающих 84% от всех первичных костных опухолевых поражений; после операции удаления зуба ширина альвеолярного гребня в течение первого года уменьшается в пределах от 25 до 50%; значительный дефект костной ткани, а, следовательно, в последующем атрофия наблюдаются при атипичном удалении третьего нижнего моляра. Достаточно часто такое оперативное вмешательство осложняется в связи с ретенцией и дистопией зуба, нехваткой места в альвеолярной части челюстной кости. Ситуацию могут усугубить деструкция костной ткани в области шейки зуба и по ходу корня последнего, свидетельствующая о наличии периодически обостряющегося инфекционно-воспалительного процесса данной зоны. Кроме того, в послеоперационном периоде после таких

вмешательств может развиваться альвеолит, также способствующий прогрессированию атрофии альвеолярной кости.

**Цель** работы: оценить клиническую эффективность остеопластических биорезорбируемых мембран «Коллапан» и «Коллост», применяемых при амбулаторных хирургических вмешательствах на альвеолярной части нижней челюсти для профилактики ее атрофии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 67 пациентов (мужчин) в возрасте от 15 до 70 лет, которые методом рандомизации были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 20 чел., которым в процессе хирургического лечения с целью профилактики атрофии альвеолярной кости использовали «Коллапан». В группу 2 вошли 22 пациента, которым с целью профилактики атрофии альвеолярного отростка использовали мембрану «Коллост». Третью группу составили 25 пациентов, которым костную рану после завершения оперативного вмешательства вели «под кровяным сгустком», данная группа была контрольной.

Выделенные группы пациентов также не имели достоверных различий по средним показателям возраста. Все участвовавшие в исследовании лица не имели в анамнезе травм, операций, соматических заболеваний, требовавших медицинской реабилитации, воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи, а также были сопоставимы по данным индекса кариеса, пломб, удаленных зубов (КПУ) и уровню гигиены полости рта.

Оценку клинической эффективности остеопластических биорезорбируемых мембран «Коллапан» и «Коллост» осуществляли на основании показателя NNT (Number Needed to Treat – число пациентов, которых необходимо пролечить, чтобы получить дополнительный положительный результат у одного пациента основной группы по сравнению с контрольной) (А. А. Гракович и соавт., 2008).

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде в группе 1 было выявлено 6 (9%) фактов осложнений инфекционно-воспалительного характера – альвеолита. Причем 2

(3%) – после атипичного удаления третьего моляра, 4 (6%) – после сложного удаления зубов.

В группе 2 было выявлено 2 (3%) осложнения инфекционно-воспалительного характера: 1 (1,5%) – альвеолит в результате атипичного удаления третьего моляра, 1 (1,5%) – удаление зуба через 11 месяцев после резекции верхушки корня зуба 4.5, цистэктомии. При этом необходимо подчеркнуть, что последнее осложнение может быть отнесено за счет погрешностей эндодонтической подготовки зуба перед операцией, так как на основании ретроспективного исследования первичной документации известно, что корневой канал зуба 4.5 был запломбирован более 5 лет назад и клинической проверки качества пломбирования канала по настоянию пациента не осуществлялось.

В группе 3 было выявлено 19 (28%) осложнений инфекционно-воспалительного характера (7 (11%) – после атипичного удаления третьего моляра, 9 (13%) – после сложного удаления моляров/премоляров нижней челюсти с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит, который на момент операции был вне обострения, 3 (4%)).

Результаты исследования показателя NNT свидетельствовали о высокой клинической эффективности остеопластических биорезорбируемых мембран «Коллапан» и «Коллост», составившей 2 и 1,4, соответственно. При этом следует подчеркнуть, что применение мембраны «Коллост» было в 1,4 раза более эффективно. Полученные непосредственные результаты подтверждались и при исследовании отдаленных результатов через 1 год.

**Вывод.** Представленный материал убеждает в преимуществе использования с целью профилактики альвеолярной части нижней челюсти остеопластической биорезорбируемой мембраны «Коллост», что, вероятно, связано с тем, что, являясь нативным белком, он способен легко образовывать комплексы с различными лекарственными средствами, в том числе антибактериальными.