

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТВАРА АНИСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИИМПЛАНТИТОВ

Шодиев С.С.¹, Исматов Ф.А.², Нарзиева Д.Б.³, Тухтамишев Н.О.⁴, Ахмедов Б.С.⁵

¹Шодиев Саъдулла Самехжанович – ассистент;

²Исматов Фаррух Аслиддинович – ассистент;

³Нарзиева Дилфуза Бахтиёровна – ассистент;

⁴Тухтамишев Навруз Орифжонович – магистр;

⁵Ахмедов Бинали Сахадинович – магистр,

кафедра челюстно-лицевой хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в данной статье проанализированы и тщательно изучены характерные особенности периимплантатной жидкости и слюны у 42 больных с периимплантитами I и II класса. В основной группе для лечения пациентов мы использовали полоскание отваром аниса, а в сравниваемой группе лечение периимплантита проводилось на основе традиционных хирургических методов. По результатам исследования в ближайшие сроки после лечения периимплантитов мы обнаружили, что в основной группе у 93% пациентов при применении комплексного лечения периимплантитов с использованием отвара аниса уже на 2-е сутки наблюдалось значительное улучшение самочувствия, уменьшение отеков и утихание болей в области послеоперационного поля. В сравниваемой группе, у 80% больных болевой синдром продолжался более 3 суток.

Ключевые слова: дентальная имплантация, периимплантит, отвар аниса.

Актуальность. Большим достижением в стоматологии считается широкое внедрение в практику относительно нового перспективного направления – имплантологии. Суть имплантологии заключается во внедрении в костную ткань титанового имплантата различной конструкции. Данные некоторых международных авторов утверждают, что в зубном протезировании по всему миру нуждаются приблизительно от 45 до 65% процентов населения, и в основном возраст нуждающихся колеблется от 35-45 лет, при этом у женщин потребность в зубном протезировании на 20% больше. Главной задачей дентальной имплантологии, помимо восстановления утраченных зубов также является и возвращение целостности зубного ряда вместе с полноценным возмещением жевательной функции и эстетического вида каждого пациента. Послеоперационные осложнения, связанные с травматизацией раневым повреждением и асептическим воспалением (периимплантиты), остаются на высоком уровне [1; 2]. Так, воспалительные осложнения после дентальной имплантации составляют от 10 до 40%, притом что проявления воспаления часто проходят бессимптомно для пациентов и выявляются при клинико-рентгенологическом обследовании.

Частота воспалительных осложнений привлекает внимание имплантологов к проблеме профилактики и лечения мукозита и периимплантита [3]. Одним из перспективных направлений в современной восстановительной медицине является создание новых более эффективных немедикаментозных методов лечебно-профилактических мероприятий, которые существенно повысили бы функциональные резервы как здорового, так и больного человека [1; 4].

Как известно флора Узбекистана богата растениями которые имеют широкий спектр лечебного воздействия. С этой точки зрения нам представляется интересным изучение лечебного эффекта аниса.

Цель исследования. Изучение эффективности применения отвара аниса при лечении периимплантитов.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования мы отобрали 42 больных, у которых после дентальной имплантации наблюдались явления периимплантита, и разделили их на 2 группы: основная и сравниваемая. В основной группе лечение пациентов проводилось также хирургическими методами (кюретаж, удаление грануляционных тканей, назначение антибиотиков), однако дополнительно назначали полоскание отваром аниса. В сравниваемой группе лечение периимплантита проводилось на основе традиционных хирургических методов лечения без дополнительного назначения.

При проведении своих исследований мы придерживались классификации S.A. Jovanovika (1990), который степень тяжести воспаления подразделяет на следующие группы: 1-й класс - воспаление периимплантатных мягких тканей (мукозит); 2-й класс - мукозит с мягким горизонтальным или вертикальным дефектом кости на 1/5 длины находящегося в кости имплантата; 3-й класс - мукозит со среднетяжелым горизонтальным или вертикальным дефектом кости на 1/3 длины находящегося в кости имплантата; 4-й класс - мукозит с тяжелым горизонтальным или вертикальным дефектом кости более чем на 1/3 длины находящегося в кости имплантата.

Во время исследования изучали гигиенический индекс Федорова-Володкиной, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), проводили пробу Шиллера-Писарева, определяли пародонтальный индекс Рассела и рН ротовой жидкости, а также провели цитологическое исследование десневой жидкости.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении клинико-лабораторных обследований в ближайшие сроки после лечения периимплантитов мы обнаружили, что в основной группе у 93% пациентов при применении комплексного лечения с использованием отвара аниса уже на 2,1±0,9 суток наблюдалось

значительное улучшение самочувствия, уменьшение отеков и утихание болей в области послеоперационного поля. Это можно объяснить тем, что применение отвара аниса в области оперативного вмешательства оказывает противоотечное, бактерицидное, анальгезирующее воздействие, а также значительно усиливаются регенеративно-репаративные функции организма. В сравниваемой группе, у 80% больных болевой синдром продолжался $3,2 \pm 0,21$ суток, что немного больше, чем в основной ($P > 0,05$). В основной группе средние сроки купирования отека составили $4,3 \pm 0,36$ суток, а в сравниваемой группе $6,1 \pm 0,27$ суток ($P < 0,05$). Температура тела в сравниваемой группе нормализовалась только на $1,9 \pm 0,8$ суток ($P < 0,05$), а у больных основной группы на $1,1 \pm 0,2$ суток. Сроки заживления слизистой оболочки в двух клинических группах составляли в основной $8,3 \pm 1,2$ суток, а в сравниваемой группе $10,6 \pm 2,1$ суток соответственно.

Для полной ликвидации воспалительных явлений потребовалось в основной группе - $8,9 \pm 1,9$ суток, в сравниваемой группе - $12,2 \pm 2,4$ суток ($P < 0,05$). По результатам нашего исследования также была выявлена положительная динамика показателей локальной реактивности организма за счет комбинированного лечения пациентов. Так, в основной исследуемой группе абсолютное количество нейтрофилов в 1 мл смешанной слюны было выше, чем у пациентов сравниваемой группы. В то же время в основной группе замечена выраженная тенденция к нормализации числа нейтрофилов в слюне. В сравниваемой группе при традиционном методе лечения также отмечается тенденция к нормализации количества нейтрофилов, но уже в менее выраженной форме. Исходя из этого в основной группе исследования имеется ощутимая разница в динамике нормализации числа нейтрофилов. При сопоставлении результатов, после проведения количественной оценки периимплантатной жидкости и слюны у больных с периимплантитом отмечается значительный прирост объема эпителиальных клеток по сравнению с нормой. Наряду с этим по сравнению со здоровыми людьми у пациентов с 1-м классом периимплантита отмечается повышение содержания эпителиальных клеток в слюне $5,1 \pm 0,9$ и $1,7 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) и в периимплантатной жидкости - $4,8 \pm 0,5$ в 3 раза по отношению с десневой жидкостью - $1,6 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). У пациентов с более выраженным течением периимплантита (2-й класс) по сравнению со здоровыми людьми отмечается лишь небольшая разница в содержании эпителиальных клеток в этих средах и составляет в слюне $-4,9 \pm 0,3$ и $1,7 \pm 0,1$ ($p < 0,001$), в периимплантатной жидкости - $4,1 \pm 0,2$ по сравнению с десневой - $1,6 \pm 0,3$ ($p < 0,001$). Данное явление свидетельствует о формировании защитной функции организма в ответ на воспалительный процесс, поэтому разница в этом случае была не столь значимой, тогда как при периимплантите 1-го класса защитные функции организма еще не активировались, и поэтому разница показателей была существенной. В основной группе на 5 день лечения при периимплантитах как 1-го, так и 2-го класса отмечается нормализация количества эпителиальных клеток в полной мере и в слюне, и в периимплантатной жидкости.

В сравниваемой же группе относительная нормализация этих же показателей происходит только через месяц. Во время исследования содержания лейкоцитов в слюне и в периимплантатной жидкости у пациентов с наличием периимплантита определенно отмечается повышение числа лейкоцитов по сравнению с нормой. Так, при 1-м классе периимплантита число лейкоцитов в периимплантатной жидкости составляет - $5,0 \pm 0,6$, когда при норме в десневой жидкости $1,2 \pm 0,2$ ($p < 0,01$), в слюне - $3,1 \pm 0,4$ при норме $0,9 \pm 0,1$. При 2-м классе периимплантита количество лейкоцитов в периимплантатной жидкости составляет - $4,3 \pm 0,5$, тогда как при норме $1,2 \pm 0,2$ ($p < 0,01$), в слюне - $3,2 \pm 0,5$, а в норме $0,9 \pm 0,1$ ($p < 0,01$). На основании полученных результатов выяснено, что у пациентов с периимплантитами отмечается повышенное содержание числа лейкоцитов как в периимплантатной жидкости, так и в слюне, что характеризует присутствие воспалительного процесса. В основной группе на 5 день лечения у пациентов с периимплантитом 1-го класса отмечается значительное снижение, до нормальных показателей, числа лейкоцитов и эпителиальных клеток как в периимплантатной жидкости, так и в слюне. Также у этих больных полностью восстанавливается цитологическая картина, которая характеризуется увеличением зрелых форм эпителиальных клеток до 91%, что практически соответствует показателям здоровых лиц. В сравниваемой группе у больных с периимплантитом 1-го класса, хоть и отмечалось определенное снижение числа лейкоцитов и эпителиальных клеток как в периимплантатной жидкости, так и в слюне, однако они еще существенно отличались от нормальных величин. Так, количество зрелых эпителиальных клеток (6-я степень зрелости) составляло 57%, при всем этом данные результаты значительно отличаются от цитологических показателей здоровых лиц и от результатов, полученных в основной группе. У пациентов сравниваемой группы с периимплантитом 2-го класса также отмечалось стремление цитологических показателей в лучшую сторону, но по сравнению с основной группой были менее значимы как в отношении количественных, так и качественных показателей ($p < 0,05$). После курса лечения у пациентов с периимплантитом 1-го класса в основной группе были полностью восстановлены, до уровня здоровых лиц, количественные и качественные показатели эпителиальных клеток и лейкоцитов в периимплантатной жидкости и в слюне. У этой же категории больных в сравниваемой группе после лечения традиционными методами также отмечалось снижение, в изучаемых биологических средах, количества эпителиальных клеток и лейкоцитов ($p < 0,05$), только в этом случае показатели были практически в 2 раза выше, чем в основной группе, и значительно превышали значения здоровых лиц. Наиболее ощутимая разница показателей сравниваемой группы по отношению к основной группе исследуемых была выявлена в дифференциации эпителиальных клеток, поскольку повышение количества зрелых форм эпителиальных клеток в сравниваемой группе отмечалось лишь на 17%, в то время как в основной группе 91%.

Через месяц после проведенного лечения у пациентов основной группы с 1-м и 2-м классом периимплантита в 100% и 98,2% случаев соответственно воспалительный процесс в десне купировался, и десна находилась в здоровом состоянии. Лишь у 1,8% больных основной группы со II классом периимплантита сохранились явления гингивита легкой степени. В сравниваемой группе у пациентов с 1-м и 2-м классом периимплантита эффективность лечения составила 92% и 80% соответственно, в этих случаях десна была здоровой, а у оставшихся 8% больных с I классом периимплантита и у 20% больных со II классом периимплантита явления гингивита сохранились. Отсюда следует, что через 1 месяц после лечения периимплантита гигиеническое состояние полости рта у пациентов основной группы значительно лучше, чем у сравниваемой. Так, в основной группе больные с I классом периимплантита в 100% случаев были излечены, в то время как в сравниваемой группе пациенты с этим же классом периимплантита в 8% случаев нуждались в дальнейшем проведении повторного лечения.

Таким образом, применение отвара аниса при лечении пациентов с I и II классом периимплантита позволяет значительно повысить эффективность хирургических методов лечения. Это объясняется тем, что отвар аниса оказывает антибактериальное, противовоспалительное воздействие, ускоряет регенеративно-репаративные функции организма, что влияет на образование зрелой костной структуры в области дефекта, тем самым повышая прочность фиксации имплантата. В итоге это отражается на отдаленных результатах за счет более эффективного купирования воспалительного процесса на ранних этапах.

Список литературы

1. *Боймуратов Ш.А., Юсупов Ш.Ш.* Медицинская реабилитация больных с сочетанной деформацией наружного носа и зубочелюстной системы // *Вісник наукових досліджень*, 2014. № 1. С. 47-49.
2. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
3. *Гаффаров У.Б. и др.* Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте // *Детская хирургия*, 2008. № 5. С. 48-52.
4. *Гаффаров У.Б., Шамсиев Ж.А.* Наука о человеке // *Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов/Под ред. ЛМ Огородовой, ЛВ Капилевич.* Томск: Сиб ГМУ, 2007. С. 273.
5. *Гаффаров У.Б.* Роль кислотообразующей функции желудка у детей с эхинококкозом (клинико-экспериментальное исследование): дис. Уфа: У Б. Гафаров, 2007.
6. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов – Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. – 160 с.
7. *Зайниев С.С.* Ультраструктура костной ткани при хроническом рецидивирующем гематогенном остеомиелите у детей // *Bulletin of Experimental & Clinical Surgery*, 2016. Т.9. № 1.
8. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, 2016. № 4.
9. *Мавлянова З.Ф.* Клинико-нейровизуализационная картина ишемического инсульта в остром периоде // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*, 2015. № 2.
10. *Муратова Н.Ю., Хасанов И.И., Юсупов Ш.Ш.* Применение ультразвуковой кавитации при лечении гнойных ран челюстно-лицевой области // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2017. № 1. С. 5-10.
11. *Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.* Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ // *Спортивная медицина: наука и практика*, 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
12. *Юсупов Ш.А.* Влияние озона на морфологическую структуру брюшины при экспериментальном перитоните // *Педиатрия*, 2009. № 7.
13. *Юсупов Ш.А.* Диагностическая значимость ультразвуковой сонографии при аппендикулярных перитонитах у детей // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*, 2009. Т. 86. № 3.
14. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж. ., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста // Ташкент: Изво «Ибн-Сино», 2001.
15. *Шамсиев А.М., Зайниев С.С.* Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит // *Детская хирургия*, 2012. № 1.
16. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К. ., Шамсиев Ж.З.* Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*, 2018. № 6 (38).
17. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *European science*, 2017. № 7 (29).
18. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Медицинский журнал Узбекистана*, 2016. № 1. С. 45-48.
19. *Шамсиев Р.А.* Особенности течения заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба (Обзор литературы) // *Journal of biomedicine and practice*, 2018. Т. 2. С. 32-36.
20. *Шамсиев Р.А.* Поэтапное хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба // *Вісник наукових досліджень*, 2016. № 4. С. 49-51.
21. *Indiaminov S.I.* Morphological features of the human brain in different variants of fatal blood loss on the background of alcohol intoxication // *Herald of Russian State Medical University. Moscow*, 2011. № 5. С. 63-66.

22. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
23. *Malik A. et al.* Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science, 2014. Т. 76. № 3-4. С. 255.
24. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
25. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
26. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
27. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children //Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. Т. 9. № 1. С. 53-57.
28. *Shamsiev A.M., Zayniev S.S.* Комп'ютерно-томографічна семіотика хронічного рецидивного гематогенного остеомиєліту //Вісник наукових досліджень, 2017. № 4.
29. *Yusupov S.S., Boyumradov S.A.* Хірургічне лікування перелому dna орбіти з 3d реконструкцією //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2017. № 3.