

ХІРУРГІЧНИЙ РОЗДІЛ

УДК 616. 31: 616. 316 – 008.8

А. А. Асмолова, к. мед. н.

Одесский национальный медицинский университет

**ЭЛЕМЕНТЫ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО ПОСТИМПЛАНТАЦИОННОГО СИНДРОМА**

Обзор методологического аспекта идентификации новой самостоятельной нозологической формы – ВПС, а также разработки способов его профилактики, метафилактики и лечения. Описана семантика принципов оптимизации, суперпозиции, системного подхода, запрета героакселерации при лечении, непрерывности лечения, прогнозирования, превентивности, идеального объекта.

Ключевые слова: диагностика, лечение, профилактика, верхнечелюстной постимплантационный синдром.

А.А. Асмолова

Одеський національний медичний університет

**ЕЛЕМЕНТИ МЕТОДОЛОГІЇ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО
ПОСТИМПЛАНТАЦІЙНОГО СИНДРОМУ**

Огляд методологічного аспекту ідентифікації нової самостійної нозологічної форми - ВПС, а також розробки способів його профілактики, метафілактики та лікування. Описана семантика принципів оптимізації, суперпозиції, системного підходу, заборони героакселяції при лікуванні, безперервності лікування, прогнозування, превентивності, ідеального об'єкта.

Ключові слова: діагностика, лікування, профілактика верхньощелепний постімплантаційний синдром.

A. A. Asmolova

Odessa National Medical University

**ELEMENTS OF METHODOLOGY OF DIAGNOSTICS, TREATMENT
AND PREVENTION OF THE MAXILLARY POSTIMPLANTATION SYNDROME****ABSTRACT**

Overview of the methodological aspect of identifying new independent nosological forms of CHD, as well as development of methods for the prevention, metaphylaxis and treatment. Semantics of optimization principles, superposition, system approach, the prohibition of ganaxlebuli in treatment, continuity of treatment, prognosis, prevention, ideal object.

Key words: diagnosis, treatment, prevention, maxillary postimplantation syndrome.

На основе анализа результатов клинико-лабораторного и радиологического обследования 43 добровольцев без соматической, оториноларингологической и стоматологической патологии, 30 больных с одонтогенным Згайморитом (вызванным стоматологическими пломбирочными материалами); 67 пациентов с благополучным состоянием после дентальной имплантации (ДИ) и 74 больных с отдалёнными осложнениями ДИ идентифицирована новая нозологическая форма – верхнечелюстной постимплантационный синдром (ВПС) [1-11].

Составляющие новую нозологическую форму компоненты (например, клиническая симптоматика, вариантная анатомия лицевого скелета) частично содержались и не могли не содержаться в известных на сегодня фундаментальных знаниях оториноларингологии и стоматологии. Но некоторые слои реальности в аспекте выделения ВПС непреднамеренно развертывались в процессе анализа, в ходе обобщений, «выжимания» фактов и их систематизации [3, 4, 6].

Методологічним фундаментом цього детального аналізу емпіричних фактів і синтезу нового знання являється сукупність принципів, зарекомендованих себе при пошуку рішень проблем діагностики ВПС, лікування і моніторингу пацієнтів, метафілактики ВПС у хворих частинною вторинною адентією після ДІ.

Принцип – це обогачене, обобщене викладення правил клінічної практики. Безумовно, принципи не викладаються в завершеній формі. Їх семантика буде завжди піддаватися уточненням, обогаченням в залежності від області застосування [12].

Використовувана в наших дослідженнях методологія діагностики, лікування, моніторингу і профілактики ВПС в певній мірі практично близька системі принципів конгруентної концепції, яка сформульована і викладена в 1990 р. в монографії [12]. Естественою базою принципів конгруентної концепції в нашому аспекті є весь відомий експериментальний і клінічний досвід стоматології, оториноларингології і офтальмології.

Принципи мають різну ступінь абстрагування і допускають велику кількість різних формулювань з акцентами на різні аспекти діагностики, лікування, моніторингу і метафілактики захворювання, і, в частині, ВПС.

Цель. На основі аналізу досвіду діагностики, лікування хворих з ВПС, профілактики і метафілактики захворювання позначити нове наповнення клінічно ефективних принципів конгруентної концепції.

На основі досвіду застосування ідеології конгруентної діагностики і лікування в межах нашого об'єкта і предмета дослідження (ВПС) можна запропонувати таку оптимальну систему принципів.

Оптимізація (від лат. *optimum* – найкраще) – процес знаходження/вибору найкращого (оптимального) варіанта з ряду можливих. Найбільш адекватним способом знаходження найкращого варіанта є порівняльна оцінка всіх можливих варіантів (альтернатив) [11].

Принцип оптимальності. Використання діагностичних показувачів, реєструється величина або динаміка яких є найбільш загрозливою для організму хворого на певному етапі діагностико-лікувального алгоритму і згідно з яким можливо планувати вибір і реалізацію того або іншого способу лікування, а також проводити оцінку ефективності лікування в реальному масштабі часу.

В наших дослідженнях такими основними патогенетично орієнтованими критеріями патології/норми були рентгенова щіль-

ність кісткових тканин верхньої щелепи [8], маркери кісткового метаболізму [10], перекисного окислення ліпідів (МДА), антиоксидантної захисту (каталаза), неспецифічної реактивності (лізоцим), специфічної реактивності (вміст IgA, SIgA, IgG) [11]. В свою чергу рівні маркерів кісткового метаболізму мають сильну кореляцію (за шкалою Чеддока) зі швидкістю поширення УЗ коливань в кісткових тканинах альвеолярного відростка верхньої щелепи во всіх групах [10].

Принцип суперпозиції (діагностичний аспект): максимальна інформативність, чутливість і специфічність діагностичного алгоритму досягається шляхом використання не менше 2-х біологічно (або біохімічно) принципово різних способів дослідження.

Дебют дистрофічних процесів в тканинах верхньої щелепи доведено і мікробіологічним дослідженням (превалювання умовно-патогенної флори в мінімальних концентраціях, а іноді і стерильність посівів при наявності патологічного ексудату в верхньощелепній порожнині з ВПС з приєднанням вторинної флори в стадії розгара захворювання) [1], і в певній ступені – гістографічним аналізом рентгеновської щільності КТ зображень верхньої щелепи [8].

Принцип системного підходу. Реалізовано в межах детальної візуалізації і ідентифікації патологічних станів м'яких тканин обличчя, обличчя скелета і судинної системи [7,9], визначення стану антиоксидантної захисту, неспецифічної реактивності, кісткового метаболізму, перекисного окислення ліпідів [10,11], мікробіологічного дослідження [1].

Іншим прикладом реалізації принципу – використання системної лікувальної терапії без поліпрагмації шляхом застосування лікувальних засобів з широким спектром дії: даларгіна [13], кортексіна, вобензіма [14].

Принцип заборони героакселерації при лікуванні. Формулювання принципу інтуїтивно достатньо очевидне, але доказателю інформація по застосуванню подібного підходу в науково-медичній літературі не виявлена. А.Л. Залманов [15] утверджував, що всяка хронічна хвороба – це преждевременне старіння. Адентія сама по собі може слугувати раннім маркером більш швидкого умовного і фізичного старіння, в особливості в період між 60 і 74 роками [16]. Це повністю справедливо і для вивченого нами варіанта захворювання операційного органу – ВПС. Тому лікування ВПС лікувальними препаратами з широким спек-

тром действия (даларгина, кортексина, вобэнзима) и практическим отсутствием побочного действия теоретически можно интерпретировать как технологию геропротекции.

Принцип непрерывности. Лечебно-профилактическая афферентация должна быть непрерывной после любого биологически значимого нарушения целостности органа, ткани, после любого оперативного вмешательства, и, в частности, после ДИ. Принцип методологически непрерывно связан с принципом этапности. Согласно нашим исследованиям весь процесс лечения больных с частичной вторичной адентией верхней челюсти можно условно разделить на 8 основных этапов: диагностика; отбор больных с риском развития ВПС; профилактика развития ВПС; ДИ; профилактика развития ВПС; диагностика ВПС; лечение ВПС; метафилактика ВПС [2, 4, 5, 8].

Естественно, лечебная афферентация должна быть непрерывной на всех этапах ведения больных. Так, непосредственно при возникновении ВПС после ДИ диагностику и лечение больных проводили по технологиям соответственно [6, 8].

Прогноз (от греческого prognosis) – предвидение (диагностика будущего состояния), предсказание того или иного события или явления, его течения и исходов, основанное на оценке уже имеющихся определенных данных [12]. Применительно к ДИ – это значит предвидение отдаленную реакцию организма на имплантацию в тот или иной промежуток времени или ее исхода по совокупности данных о состоянии организма до имплантации или в ближайшее время после неё [5].

Принцип прогнозирования. Теоретически постановка задачи прогнозирования вероятных в ближайшем будущем (через 1-2 года) состояний по 1 – 3 исходным показателям не является принципиально новой [12]. Но в ДИ клинически важным и актуальным является прогнозирование развития ВПС по относительно простым, экономичным и доступным для реализации методам.

Разработан способ диагностики имплантационной толерантности альвеолярного отростка верхней челюсти с помощью КТ, согласно которому пациенту выполняют введение урографина в дозе 10 мл на 50 кг массы тела, после чего проводят КТ верхней челюсти и дна гайморовой пазухи, на полученных томограммах апертурой квадратной формы, площадью 0,4 мм² проводят гистографичный анализ рентгеновской плотности костных структур пародонта, подсчитывают значение минеральной плотности губчатой кости и при значении ее $+(800 \pm 65)$ ед. X, что соответст-

вует нормальной минеральной плотности губчатой кости, определяют целесообразность проведения субпериостальной имплантации, а при значении показателя плотности костной ткани $+(650 \pm 35)$ ед. X устанавливают атрофический процесс, при показателях минеральной плотности $+(900 \pm 50)$ ед. X и выше - гипертрофический форму процесса, при которых проведение субпериостальной ДИ может привести к серьезным осложнениям в послеоперационном периоде [2].

Нами разработан способ прогнозирования развития ВПС у пациентов после ДИ на верхней челюсти, который включает стоматологическое обследование и конусно-лучевую компьютерную томографию беззубого сегмента верхней челюсти. Перед ДИ дополнительно проводят ринологическое и офтальмологическое обследование, рентгеновское КТ исследование околоносовых пазух и глазницы, а также ультразвуковое исследование сонных артерий и, при наличии искривления носовой перегородки, дефектов или аномалий остеомактального комплекса, компактности кости альвеолярного отростка D3, D4, стеноза сонных артерий, хронического гайморита, дакриоцистита, прогнозируют развитие ВПС. В этом способе реализуется и принцип системного подхода, и принцип суперпозиции [5].

Принцип превентивности: прогнозирование проводится до планирования ДИ и результаты прогнозирования используются при определении тактики и стратегии ДИ у конкретного больного. Одним из важных инструментов реализации *принципа превентивности* является анализ альтернатив при истинноположительном заключении (прогноз развития ВПС) на этапе диагностического обследования перед ДИ: прецизионное выполнение ДИ, предварительное выполнение синус-лифтинга, лекарственная профилактика (в наших исследованиях использовался кортексин), комбинация перечисленных вариантов. Очевидна и необходимость формирования групп пациентов с риском развития ВПС и их мониторинга после проведения ДИ [5].

Из принципа *превентивности* следует и плодотворное использование представления, широко используемого в невропатологии и кардиологии (инсульт и инфаркт миокарда соответственно), о терапевтическом окне (исключительно в аспекте нашего контекста) – интервале времени от частичной/полной потери зубов на верхней челюсти до начала атрофии костных тканей альвеолярного отростка (первые признаки такой атрофии могут отмечаться через 2 - 3 недели после потери зубов, объем костной ткани в первые 6 месяцев после утраты уменьшается, в среднем на 23 %). Именно в этом интервале времени с

наибольшей эффективностью могут проводиться лечебные мероприятия.

Идеальный объект. Представление об идеальном объекте в медицине анализировалось в монографии. В теории изобретательства есть представление об идеальном объекте (устройстве, способе лечения, способе диагностики, лекарственном средстве) – своеобразном маяке, позволяющем ориентироваться в поиске оптимальных решений сложных проблем при создании инновационных технологий диагностики и лечения [12]. Чем точнее исследователь представляет себе идеальную технологию, тем меньше доля случайности в поиске решения, тем направленные ведутся поиски. Решение проблемы должно приближать исходный объект к идеальному.

Необходимость такого подхода очевидна, поскольку развитие всех технологий в медицине идет в направлении увеличения степени идеальности. Именно в аспекте увеличения степени идеальности идет и совершенствование известных рутинных технологий и создание принципиально новых технологий ДИ в стоматологии.

Хорошо иллюстрируют эту тенденцию к выявлению идеального лекарственного средства и созданию идеального способа лечения предложенные нами способы использования системной лекарственной терапии (без полипрагмазии) путем применения лекарственных средств с широким спектром действия (даларгина [13], кортексина, вобэнзима [14]) и практическим отсутствием побочного действия: у даларгина – возможно кратковременное на 2-6 минут снижение артериального давления на 5-10 мм рт. ст., у кортексина – реакции гиперчувствительности (весьма редко, у наших больных не наблюдались), у вобэнзима – кожные высыпания в виде крапивницы (очень редко, у наших больных не наблюдались). Случаи несовместимости указанных препаратов с другими лекарственными средствами неизвестны. Отметим, что уменьшение количества принимаемых больным лекарственных препаратов способствует увеличению приверженности к лечению и комплаенсу – соблюдения больными режима назначения лекарств.

Вывод. В методологическом аспекте идентификации новой самостоятельной нозологической формы – ВПС, а также разработки способов его профилактики, метафилактики и лечения описана семантика принципов оптимизации, суперпозиции, системного подхода, запрета героакселерации при лечении, непрерывности, прогнозирования, превентивности, идеального объекта.

Список литературы

1. **Асмолова А.А.** Анализ таксонометрического спектра микробного «пейзажа» слизистых оболочек краниофациальной области у больных с верхнечелюстным постимплантационным синдромом / А.А. Асмолова // Крым. терапевт. журнал. — 2012. — № 1. — С. 48–52.
2. Пат. 75857 України, МПК А61В 6/14. Спосіб діагностики імплантаційної толерантності альвеолярного відростка верхньої щелепи / Асмолова А. О. (UA) Одеський національний медичний університет. — № u201208382; заявлено 09.07.2012; опубл. 10.12.2012, Бюл. № 23. — 3 с.
3. **Пионтковская М.Б.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: введение в проблему / М.Б.Пионтковская, А.А. Асмолова // Рос. вестник дентальной имплантологии. — 2013. — № 2. — С. 66-70.
4. **Пионтковская М. Б.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: отдаленное осложнение дентальной имплантации / М. Б. Пионтковская, А. А. Асмолова, А. Н. Осадчук // Журнал вушних нових і горлових хвороб. — 2014. — № 4. — С. 44-49.
5. Пат. 100578 України, МПК А61С 8/00. Спосіб прогнозування розвитку верхньощелепного постімплантаційного синдрому у пацієнтів після дентальної імплантації на верхній щелепі / Асмолова А. О. (UA) Одеський національний медичний університет. — № u 2015 02567; заявлено 23.03.2015; опубл. 27.07.2015, Бюл. № 14. — 3 с.
6. **Asmolova A. A.** Dental implants can generate maxillary postimplantation syndrome Sindromul postimplantar maxilar: consecință a implantației dentare / A. A. Asmolova / Arta Medica. — 2015. — №1(54). — P. 28–30.
7. **Асмолова А. А.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: аномальная вариантная анатомия околоносовых пазух / А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. — 2015. — № 3-4. — С. 47-53.
8. **Гулюк А. Г.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: упрочнение кости верхней челюсти в процессе системной лекарственной терапии / А. Г. Гулюк, М. Б. Пионтковская, А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. — 2015. — № 1-2. — С. 43-48.
9. **Асмолова А. А.** Верхнечелюстной постимплантационный синдром: состояние сонных артерий / А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. — 2016. — № 1. — С. 22-27.
10. **Шнайдер С. А.** Показатели минерального обмена и плотности альвеолярного отростка верхней челюсти у больных с частичной вторичной адентией и у больных после дентальной имплантации / С. А. Шнайдер, А. А. Асмолова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. — 2017. — № 2. — С. 33-39.
11. **Асмолова А. А.** Состояние ротовой жидкости при верхнечелюстном постимплантационном синдроме / А.А. Асмолова // Інновації в стоматології. — 2017. — № 1. — С. 11– 14.

12. Принципы решения медицинских проблем / [Терновой К. С., Розенфельд Л. Г., Терновой Н. К., Колотилов Н. Н.] – К.: Наук. думка, 1990. – 220 с.

13. **Колотилов Н. Н.** Нейропептиды / Н. Н. Колотилов. – Афины–Москва–Берлин: МАМТН, 2000. – 150 с.

14. Компендиум 2014 – лекарственные препараты / под ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. – К.: Морион, 2014. – 1664 с.

15. **Залманов А.Л.** Тайная мудрость человеческого организма/глубинная медицина / Залманов А.Л. – М. – Л.: Наука, 1966. – 168с.

16. **Tsakos G.** Tooth loss associated with physical and cognitive decline in older adults / G. Tsakos, R. G. Watt // J. Am. Geriatr. Soc. – 2015. – Vol. 63, N 1. – P. 91–99/

Поступила 09.11.17

