

5. Послеоперационное ортодонтическое лечение

Непосредственно после операции фиксировались скелетные эластичные тяги, которые удерживали зубные ряды между собой, не позволяя им сместиться. Скелетная тяга обеспечивала правильное резцовое перекрытие, не допуская экструсии зубов.

Скелетные эластичные тяги использовались постоянно в течение 8 нед после операции. В течение 2 мес 2 раза в неделю пациента осматривал хирург. Затем необходимости в постоянном ношении скелетных эластичных тяг не было, и пациент самостоятельно пользовался ими только ночью. В послеоперационный период при необходимости ставили асимметричные эластичные тяги, которые устраняли нежелательную тягу жевательных мышц и мягких тканей.

Использование скелетных эластичных тяг продолжалось до 12–16 нед после операции, затем проводилась стандартная последовательность смены ортодонтических дуг.

Несъемную ортодонтическую технику использовали в течение 4–6 мес после операции. Это обеспечивало консолидацию фрагментов ВЧ, их иммобилизацию и заживление.

6. Ретенция

В период от 6 до 12 мес после операции завершали ортодонтическую коррекцию и изготавливали ретейнер, ношение которого продолжалось в течение 1 года после операции.

Основной целью ношения ретейнера являлось поддержание множественного контакта между зубами верхней и нижней челюсти, что осуществлялось при использовании пластинок с вестибулярными дугами и кламмерами Адамса.

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты комплексного ортодонтико-хирургического лечения 11 пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией прослежены нами в сроки от 6 мес до 3 лет после выполненных операций (см. рис. 1–3, рис. 4).

При оценке окклюзии после операции у 11 (100%) пациентов отмечали совпадение средней линии нижнего и верхнего зубных рядов до 1 мм, адекватное резцовое перекрытие (более 2 мм) и достижение окклюзионных взаимоотношений в области клыков по I классу Энгля с множественными фиссурно-бугорковыми контактами на молярах.

Заключение

Правильная ортодонтическая подготовка и применение методики мультисегментной остеотомии ВЧ на уровне Le Fort I лежат в основе успеха комплексного ортодонтического и хирургического лечения пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией.

При тесном взаимодействии ортодонта и хирурга на всех этапах комплексного лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями достигается стабильная и функциональная окклюзия, что определяет успех проведенного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профитум У. Р. Современная ортодонтия. – 2006.
2. Arnett G. W. Facial and Dental Planning for Orthodontists and Oral Surgeons. – 2006. – P. 150–184.
3. Arpornmaeklong P., Heggie A. A. // J. Craniofac. Surg. – 2003. – Vol. 14, N 1. – P. 3–9.
4. Bailey L. J., White R. P. Jr., Proffit W. R., Turvey T. A. // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1997. – Vol. 55, N 7. – P. 728–731.
5. Bianchi A., Amadori S., Pironi M., Marchetti C. // Progr. Orthodont. – 2009. – Vol. 10, N 2. – P. 26–37.
6. Hoppenreijts T. J., van der Linden F. P., Freihofer H. P., Stoelinga P. J. // J. Adult Orthodont. Orthognath. Surg. – 1998. – Vol. 13, N 1. – P. 7–22.
7. Reyneke J. P. Essentials of Orthognathic Surgery. – Johannesburg, 2003. – P. 83–85, 127–132, 176–188, 214–225.

Поступила 10.03.12

© А. Н. СИДОРЕНКО, 2012

УДК 616.724-008+616.716.4-001.6]-08

А. Н. Сидоренко

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ПРИВЫЧНЫМ ВЫВИХОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ГБОУ высшего профессионального образования Кубанский государственный медицинский университет (г. Краснодар, ул. Федина, д. 4) Минздравсоцразвития Российской Федерации

Разработан и предложен усовершенствованный метод комплексного лечения больных с вывихом мениска височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с привычным вывихом нижней челюсти без применения лекарственных препаратов, который показал высокую клиническую эффективность.

Ключевые слова: лечение, дисфункции, височно-нижнечелюстной сустав

THE COMPLEX TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR JOINTS DYSFUNCTION COMBINED WITH CUSTOMARY DISLOCATION OF LOWER JAW

A.N. Sidorenko

The improved method of complex treating patients having the dislocation of meniscus of temporomandibular joint (TMJ) combined with customary dislocation of lower jaw without employing medicines has been developed and offered. The method has shown high clinical efficiency.

Key words: treatment, dysfunction, temporomandibular joint

Сидоренко Александр Николаевич – канд. мед. наук, ассистент каф. ортопедической стоматологии, тел. 8(918)393-07-35, e-mail: sergeyxxx89@bk.ru

Лечение больных с дисфункциональными синдромами височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) до настоящего времени является актуальной проблемой в стоматологии

[3–5]. Отсутствие единой концепции этиологии и патогенеза заболевания привело к различным подходам в диагностике и лечении указанной патологии [3, 6].

Существует большое количество методов как комплексного, так и симптоматического лечения вывиха мениска ВНЧС, но довольно часто конечные результаты его лечения неудовлетворительны [3].

В связи с этим возникла необходимость в разработке новых подходов к диагностике и тактике лечения больных с вывихом мениска ВНЧС в сочетании с привычным вывихом нижней челюсти (НЧ).

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности лечения больных с дисфункцией ВНЧС в сочетании с привычным вывихом НЧ путем включения в комплексное лечение транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапии) и использования нового ортопедического аппарата.

Материал и методы

Обследованы 277 больных с дисфункциональными синдромами ВНЧС, из них на лечение взяты 57 (20,6%) больных в возрасте от 18 до 39 лет с вывихом мениска ВНЧС в сочетании с привычным вывихом НЧ без выраженной соматической патологии. Основная группа включала 27 (47,4%) больных, из них 20 (35,1%) женщин и 7 (12,3%) мужчин, которых лечили с применением ТЭС-терапии. Группа сравнения составляла 30 (52,6%) больных, из них 25 (43,8%) женщин и 5 (8,8%) мужчин, у которых провели традиционную терапию (ТТ) с применением медикаментозных препаратов и известных физиотерапевтических методов лечения. Контрольную группу составили 10 практически здоровых обследованных 18–28 лет с интактными зубными рядами, ортогнатическим прикусом, без патологии в ВНЧС. Методом магнитно-резонансной томографии (МРТ) исследовано 54 ВНЧС у 27 больных с вывихом мениска ВНЧС в сочетании с привычным вывихом НЧ до и после лечения. Исследование ВНЧС у больных проводили на магнитно-резонансном компьютерном томографе MR Signa Excite 1,5 Тл фирмы General Electric (США) в положении центральной окклюзии и при максимально открытом рте с использованием устройства нашей конструкции [2].

Иммунологическое исследование крови на сывороточные цитокины – интерлейкины (IL)-1 β , IL-6, IL-10 и β -эндорфины проводили на анализаторе ANTHOS (Австрия). Забор венозной крови у больных осуществляли до лечения, на 3, 6 и 9-й дни. ТЭС-терапию назначали 27 больным с вывихом мениска ВНЧС в сочетании с привычным вывихом НЧ, используя аппарат «Трансаир-01» (Санкт-Петербург). Первый сеанс ТЭС-терапии длился не более 30 мин при силе тока 0,5 мА, последующие сеансы – по 40 мин. Силу тока с каждым сеансом увеличивали на 0,3 мА. К 10-му сеансу ТЭС-терапии силу тока доводили до 3 мА.

Результаты и обсуждение

На первом этапе лечения после клинического обследования, проведения дополнительных исследований и установления диагноза вывиха мениска ВНЧС в сочетании с привычным вывихом НЧ больному мануально вправляли мениск. Назначали комплексное лечение, которое включало 10 сеансов ТЭС-терапии для расслабления жевательной мускулатуры, устранения болевого синдрома, снятия воспаления в ВНЧС, а также назначали миогимнастические упражнения и лечебный массаж в области ВНЧС.

На втором этапе после исчезновения патологических симптомов, достижения свободного движения в ВНЧС больному устанавливали ограничивающий аппарат нашей конструкции [1], который фиксировали на одной коронке верхней и одной коронке

НЧ жевательной группы зубов на стороне вывиха мениска. При этом НЧ фиксировали в конструктивном прикусе, когда при широко открывании и закрывании рта хруст, щелканье, блокирование в ВНЧС отсутствовали и мениск находился на суставной головке НЧ. Больной пользовался аппаратом в течение 1–3 мес. За время лечения внутрисуставной мениск фиксировался в физиологическом положении на суставной головке, укреплялся мышечно-связочный аппарат, восстанавливалась синхронность сокращения парных жевательных мышц. Результаты лечения контролировали на основании клинического, иммунологического исследования и данных МРТ. На третьем этапе после снятия аппарата у больных производили рациональное протезирование зубных рядов в конструктивном прикусе.

Анализ результатов проведенного комплексного лечения больных с вывихом мениска в сочетании с привычным вывихом НЧ несъемным ограничивающим ортопедическим аппаратом нашей конструкции с применением ТЭС-терапии показал высокую эффективность этой методики в клинической практике в отличие от ранее известных методов лечения при этой патологии ВНЧС.

Исследование содержания β -эндорфина в периферической крови у больных основной клинической группы и контрольной группы практически здоровых людей показало, что до лечения имела место тенденция к увеличению этого показателя ($1,66 \pm 0,14$ пкг/мл против $1,51 \pm 0,17$ пкг/мл). При этом на фоне традиционного лечения на 3-й и 6-й дни наблюдали достоверное возрастание концентрации β -эндорфина в среднем на 65%, тогда как на 9-й день отмечали снижение показателя относительно исходного уровня до контрольных пределов (см. таблицу).

Между тем проведение ТЭС-терапии приводило к отчетливому прогрессирующему увеличению продукции β -эндорфина с наиболее высоким их уровнем на 9-й день наблюдения ($2,67 \pm 0,24$ пкг/мл) по сравнению с показателем в контрольной группе ($1,51 \pm 0,17$ пкг/мл) и с исходными показателями ($1,66 \pm 0,14$ пкг/мл).

Анализ содержания провоспалительных цитокинов (IL-1 β и IL-6) свидетельствовал о значительном возрастании показателей при вывихе мениска до лечения (в 3 и 12 раз соответственно). В ранние сроки наблюдения (на 3-й день) выявлено достоверное снижение показателей как при ТТ, так и при ТЭС-терапии, однако после ТЭС-терапии наблюдалось дальнейшее снижение концентрации провоспалительных цитокинов, а на фоне ТТ имело место ее дальнейшее существенное и прогрессирующее возрастание (см. таблицу). Содержание IL-10 в клинической группе обследуемых до лечения оказалось в 4 раза ниже, чем в контрольной группе. Несмотря на то что в ранние сроки оценки эффективности ТТ на 3-й и 6-й дни его концентрация существенно возрастала, на 9-й день наблюдали резкое снижение концентрации IL-10 до уровня, достоверно

Изменение содержания β -Эндорфина (в пкг/мл) и цитокинов (в пкг/мл) у пациентов с вывихом мениска ВНЧС на фоне ТЭС-терапии ($M \pm m$)

Время исследования	β -Эндорфин	IL-1 β	IL-6	IL-10
До лечения	$1,66 \pm 0,14$	$16,16 \pm 1,21^*$	$50,57 \pm 3,76^*$	$1,43 \pm 0,18^*$
3-й день ТЭС	$1,83 \pm 0,14$	$10,03 \pm 0,98^{\wedge}$	$36,38 \pm 2,17^{\wedge}$	$1,61 \pm 0,11^{\wedge}$
6-й день ТЭС	$2,45 \pm 0,18^{\wedge}$	$6,83 \pm 0,54^{\wedge}$	$10,81 \pm 1,10^{\wedge}$	$2,02 \pm 0,18^*$
9-й день ТЭС	$2,67 \pm 0,24^{\wedge}$	$6,18 \pm 0,65$	$8,47 \pm 0,65^{\wedge}$	$3,72 \pm 0,39^{\wedge}$
3-й день ТТ	$2,33 \pm 0,18^*$	$7,17 \pm 0,96^*$	$19,77 \pm 2,17^*$	$10,31 \pm 0,98^*$
6-й день ТТ	$2,67 \pm 0,19^*$	$16,56 \pm 1,12^{\wedge}$	$47,67 \pm 5,02^{\wedge}$	$9,97 \pm 1,12^{\wedge}$
9-й день ТТ	$1,72 \pm 0,16^{\wedge}$	$87,66 \pm 4,29^{\wedge}$	$155,04 \pm 21,21^{\wedge}$	$1,09 \pm 0,18^{\wedge}$
Контроль	$1,51 \pm 0,17$	$5,23 \pm 0,65$	$4,35 \pm 0,38$	$5,69 \pm 0,65$

Примечание. * – достоверность различий с показателями в контрольной группе; \wedge – достоверность различий с показателями до лечения.

более низкого, чем в контрольной группе и у пациентов с вывихом мениска до лечения (см. таблицу).

Результаты обследования через 2 года у 27 больных группы сравнения после лечения усовершенствованным комплексным методом и у 30 больных основной группы после ТТ показали, что в группе сравнения у 26 (96,3%) больных и в основной группе у 17 (56,6%) больных патологические симптомы не отмечались, объем движений нижней челюсти был в пределах физиологической нормы, рецидива заболевания не наблюдалось. У 1 (3,7%) больного группы сравнения и у 13 (43,3%) больных основной группы сохранилось щелканье в ВНЧС на стороне поражения. Больные с этой патологией были взяты на повторное лечение.

Таким образом, применение ТЭС-терапии позволило устранить воспаление, спазм латеральной крыловидной мышцы, болевой синдром в ВНЧС без применения медикаментозной терапии; применение нового несъемного ограничивающего аппарата нашей конструкции помогло устранить гипермобильность суставных головок в ВНЧС, фиксировать мениск в физиологическом положении, сократить срок лечения на 45–50%, а в целом – повысить эффективность комплексного лечения вывиха мениска ВНЧС в сочетании с вывихом НЧ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пат. 2281057, Российская Федерация, МПК А61С 7/36. Аппарат для лечения дисфункций височно-нижнечелюстного сустава в сочетании с привычными вывихами нижней челюсти / Автор и патентообладатель А. Н. Сидоренко. Заявл. от 8.12.2004; опубл. 10.08.2006, бюл. № 22.
2. Пат. 2356516, Российская Федерация, МПК А61С 19/04. Устройство для измерения ширины открывания рта при дисфункциях височно-нижнечелюстных суставов / Авторы и патентообладатели А. Н. Сидоренко, К. Ф. Голосеев, Ю. А. Васильев. Заявл. от 25.01.2008; опубл. 27.05.2009, бюл. № 15.
3. Петросов Ю. А. Диагностика и ортопедическое лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. – Краснодар, 2007.
4. Потапов И. В., Потапов В. П., Садыков М. И. // Институт стоматол. – 2008. – № 4. – С. 62–64.
5. Пузин М. Н., Вязьмин А. Я. Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. – М., 2002.
6. Хватова В. А. Клиническая гнатология. – М., 2005.

Поступила 03.02.12

© А. И. Шайхалиев, С. Р. Алексеева, 2012
УДК 615.276.4.03:617

А. И. Шайхалиев, С. Р. Алексеева

ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА АНАИТ В КОМПЛЕКСЕ С АНТИСЕПТИКОМ АНОЛИТ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (109991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2), Московская городская поликлиника № 91

В статье представлены результаты клинических исследований больных с длительно не заживающими ранами после различных хирургических манипуляций с использованием лечебного крема Анаит в комплексе с антисептиком Анолит.

Ключевые слова: лечебный крем, длительно не заживающие гнойные раны, рубцы, ожоги, трофические язвы

MEDICAL-REHABILITATION EFFECTIVENESS OF THE CREAM ANAIT IN COMPLEX WITH ANTISEPTIC ANOLYTE DURING PYO-INFLAMMATORY PROCESSES IN SURGICAL PRACTICE

A.I. Shaykhaliev, S.R. Alekseeva.

The article presents the results of clinical studies of patients with long-festering wounds after various surgical manipulations with the use of medicated cream anait in combination with antiseptic anolyte.

Key words: healing cream, the long-term psychological purulent wounds, scars, burns, trophic ulcers

Введение. Лечение длительно не заживающих ран (ДНР) является одной из самых сложных и актуальных проблем в современной хирургической практике. ДНР в основном возникают у лиц с нарушениями микроциркуляции и иннервации кожи и подкожных структурных образований при наличии бактериального инфицирования с развитием хронического воспалительного процесса. Нужно отметить, что указанные патологические состояния чаще всего встречаются у больных сахарным диабетом и варикозной болезнью, а

также при нарушениях иммунологического равновесия со стороны ряда иммунокомпетентных клеток и органов организма больных, подвергнутых различным хирургическим вмешательствам [3, 5, 6, 8].

Возникновение и развитие ДНР прежде всего обусловлены выраженными нарушениями регенеративных процессов на межклеточном уровне, бактериальным инфицированием пораженных тканей, что способствует в свою очередь развитию порочного круга, приводящего к хронизации патологического процесса [2, 7].

Предложенные современные методы лечения в основном направлены на разрыв указанного порочного круга различными лекарственными средствами, биологически активными

Шайхалиев Астемир Икрамович – канд. мед. наук, тел. 8(495)248-71-43, 8(926)221-02-51