

на 72 obturated teeth (32 teeth from the first group, 30 from the second and 10 from the control group). We did not establish changes in the functional state of teeth, which were treated, the state of the pulp and the state of the gingiva around them. The average values of the pulp vitality were $6,99 \pm 0,31$ mA for teeth of the first and second groups and $11,87 \pm 0,39$ mA for teeth of the control group. More physiological indicators of teeth, which we treated with a paste with antifungal component. Radiographs of teeth, where we applied a paste with antifungal component do not show periapical changes or changes in the pulp chamber.

Conducted by us studies show that in all cases of chronic fibrous pulpitis in pulp-dentin complex there are reversible changes. Treatment of inflamed pulp by conservative method, using a paste with addition of antifungal component affects the pathogenetic mechanisms of inflammation, restores hemodynamics in the treated segment of pulp, ensures optimal conditions for interaction between dressing and living pulp-dentin complex and stimulates natural regenerative potential of dental pulp. Inflammatory reaction in the result of invasion of fungi into pulp, determines reversibility of the process in chronic fibrous pulpitis. Effectiveness of the used therapeutic complex we explain by the effect of Candida on reversible pulpitis antifungal preparation in the composition of biological paste.

Positive result of the used complex is determined by the results of own studies, direct and early clinical results show antifungal effect and possibility of faster and reliable restoration of normal pulp vitality. Late clinical and radiological observations of the therapeutic effect of the complex with antifungal component give possibility to confirm, that pulp remains alive, as also functional completeness and radiological status of treated teeth.

Results of the study allow to make conclusion, that application of antifungal preparations in the composition of pastes for biological method of treatment of pulpitis allow to restore anatomical-physiological functions of pulp and increase effectiveness of conservative treatment in higher degree, than at application of traditional preparations.

Литература

1. Лукиных Л.М. Пульпит: клиника, диагностика, лечение / Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова. 3-е изд. Н. Новгород: НГМА, 2004. 87 с.
2. Гречишников В.В. Морфологическое обоснование профилактики периодонтальных осложнений при применении биологического метода лечения пульпита / В.В. Гречишников // Вестник Волгоградского медицинского университета. 2006. № 1. С. 69–72.
3. Лобко С.С. Гиперемия пульпы: учеб.-метод. пособие / С.С. Лобко, Л.А. Казеко. Минск: БГМУ, 2006. 15 с.
4. Особенности диагностики пульпитов / А.А. Кунин [и др.] // Стоматология славянских государств : материалы III международного науч.-практ. конф. Белгород, 2009. С. 176–179.
5. Кунин А.А. Новые методы объективного контроля за состоянием пульпы при ее хроническом воспалении / А.А. Кунин, О.А. Кумирова // Стоматология 2007: материалы IX Ежегод. науч. форума, посвящ. 45-летию ЦНИИС. М., 2007. С. 172–173.
6. Современный подход к прогнозированию применения биологического метода лечения хронического фиброзного пульпита / А.А. Кунин О.А. [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии: сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 105-летию со дня рожд. Е.Е. Платонова. М., 2006. С. 96–99.

CHRONIC FIBROUS PULPITIS TREATMENT PRESERVING PULP VITALITY

H.S. KALININA, P.S. KRAVCHUK, O.A. KUMIROVA, A.A. KUNIN, R.A. SHABANOV, A.V. SHISHKIN

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko, Russia
Therapeutic Dentistry Department

The article concerns the urgent issues of chronic fibrous pulp inflammation treatment enabling to preserve the tooth vitality. The evaluation of the biological paste with antifungal component was carried out.

Key words: a pulpitis, antifungal component a biological pastes, fibrosis

УДК 616.2-008.331.1-08:615.03

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: МЕХАНИЗМЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

О. М. КОРОЛЬКОВА, Э. В. МИНАКОВ*

Обследовано 460 больных с хронической обструктивной болезнью сердца (ХОБЛ), 40 пациентов с посттромбозом легочной гипертензией, 8 – с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ). Основываясь на математическом анализе, были выделены клинико-гемодинамические группы, отражающие стадии развития патологического процесса и тяжесть болезни. Показана зависимость между гемодинамическими нарушениями, перекисным окислением липидов, биоэнергетическими процессами при формировании легочной гипертензии. Нарастание степени тяжести ХОБЛ и ИЛАГ сопровождается ростом свободно-радикальной активности и недостаточность антиоксидантной системы. Полученные результаты использованы в разработке алгоритмов комплексной терапии легочной гипертензии на различных стадиях процесса.

Ключевые слова: легочная гипертензия, антиоксидантная система, гемодинамика.

Хроническое легочное сердце (ХЛС) и легочная гипертензия (ЛГ) до настоящего времени остается во многом нерешенным вопросом клинической медицины. Интерес к проблеме ХЛС объясняется не только значительно возросшей частотой его проявления, но и ежегодно нарастающим количеством летальных исходов от этого страдания. В 2006 г., 2008 г. Европейским респираторным обществом опубликованы клинические рекомендации по лечению легочной артериальной гипертензии [1]. Однако, точная распространенность ЛГ у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) неизвестна, так как исследования с использованием надежных методов оценки давления в легочной артерии (катетеризация) в большой выборке ХОБЛ никогда не проводились [3]. Остаются также не до конца решенными вопросы патогенеза и показания к терапии при различных этиологических вариантах легочной гипертензии [2,4].

Цель исследования – комплексная оценка особенностей формирования легочной гипертензии различного генеза.

Материалы и методы исследования. На базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы проведено комплексное клинико-гемодинамическое обследование 460-ти больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различной степени тяжести, 8 больных с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ), 40 больных с посттромбозом легочной гипертензией (ПТЭЛГ). Гемодинамика исследовалась с помощью современных неинвазивных методик доплерокардиографии (ДЭХОКГ), компьютерной ангиопульмонографии, а также в некоторых случаях – зондирования правых полостей сердца. Доплерокардиография проведена на Эхокардиографе Voluson-730 фирмы «General-Electrik» в одно – двухмерных режимах, а также режиме импульсной доплерографии из парастернального, апикального и субкостального доступов с регистрацией комплекса параметров кровотока в аорте и легочной артерии по общепринятым методикам. Среднее давление в легочной артерии определялось по методике Kitabatake А. Диастолическая функция правого и левого желудочков оценивалась по форме трансструкуспидального и трансмитрального потоков соответственно. Фракция выброса правого желудочка (ПЖ) измерялась по методике Рандмаа И. Л. с соавт., 1994 с определением:

ПЖс – площадь сечения ПЖ в систолу,

ПЖД – площадь сечения ПЖ в диастолу,

ПЖс

ИПЖ = ----- - индекс изменения площади ПЖ,

ПЖД

который по данным авторов, является эквивалентом фракции выброса.

Определение функции внешнего дыхания проведено на бодиплетизмографическом комплексе фирмы «Erich Eger» с регистрацией петли поток – объем с определением показателей: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Кафедра госпитальной терапии с курсом ревматологии и профпатологии ИПМО, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Тел. 8 (4732) 57-96-98

за 1 секунду (ОФВ1), индекс Тиффно, пиковая объемная скорость выдоха (ПООС), мгновенная объемная скорость выдоха при выдохе 25%, 50%, 75% ФЖЕЛ., средняя объемная скорость в интервале от 25% до 75% ФЖЕЛ (СОС 25-75). Компьютерная томография легких проведена на приборе: Somatom Emotion фирмы «Siemens».

Рентгенконтрастные методы исследования проведены на аппарате фирмы «Siemens».

Анализировалось большое количество показателей, включая систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), диастолическое давление в легочной артерии (ДДЛА), среднее давление в легочной артерии (ДЛА ср.), давление заклинивания в легочной артерии (ДЗЛА), общее легочное сосудистое сопротивление (ОЛСС), сердечный индекс (СИ), систолическую и диастолическую дисфункцию правого желудочка (ПЖ), показатели функции внешнего дыхания (ФВД), перекисного окисления липидов (ПОЛ): (МДА – малоновый диальдегид, ГП – гидроперекиси плазмы, СОД – супероксиддисмутаза), газового состава крови и др.

Выделено 5 групп больных (1 – ХОБЛ средней степени (n=180), 2 – ХОБЛ тяжелой степени (n=200). 3 – ХОБЛ крайне тяжелой степени (n=80), 4 – ИЛАГ (n=8), 5 – ПТЭЛГ (n=40)).

Статистическая обработка цифровых данных проводилась с помощью IBM PC Celeron 2100 с применением пакета программ STATGRAPHICS 5.1 for Windows. Использовались параметрические или непараметрические критерии в зависимости от типа распределения в рядах. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. С целью сравнительной оценки комплексных показателей гемодинамики, а также корреляционной связи с клиническими и биохимическими показателями использована оригинальная математическая обработка результатов с использованием алгоритма «Объединение».

Результаты и их обсуждение. Наибольшие показатели ДЛА ср. и ОЛСС выявлены в 4 и 5 группах ($59,2 \pm 4,8$ мм рт. ст. и 980 ± 39 дин.сек.см⁻⁵ соответственно).

В группе 3 – ДЛА ср. и ОЛСС составила $44,3 \pm 3,4$ мм рт. ст. и $604 \pm 6,9$ дин.сек.см⁻⁵ соответственно.

В группе 2 – $38,1 \pm 1,2$ мм рт. ст. и $515,4 \pm 38,2$ дин.сек.см⁻⁵. В группе 1 – $29,8 \pm 1,9$ мм рт. ст. и $410 \pm 54,4$ дин.сек.см⁻⁵ соответственно. ДЗЛА не превышало норму ни в одной из групп.

Наиболее тесная корреляционная зависимость в группе 1 (ХОБЛ средней степени) – выявлена между ДЛА ср. и МДА ($r=0,34$); в группе 2 (ХОБЛ тяжелой степени) – между ДЛА ср. и ОФВ1 ($r=-0,36$); в группе 3 (ХОБЛ крайне тяжелой степени) – между ДЛА ср. и P02 ($r=-0,32$); в группе 4 (ИЛАГ) – между ДЛА ср. и ОЛСС ($r=-0,37$); в группе 5 (ПТЭЛГ) – между ДЛА ср. и СИ ($r=-0,4$).

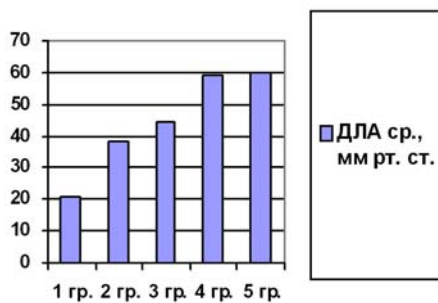


Рис. 1. Динамика ДЛА ср. в группах

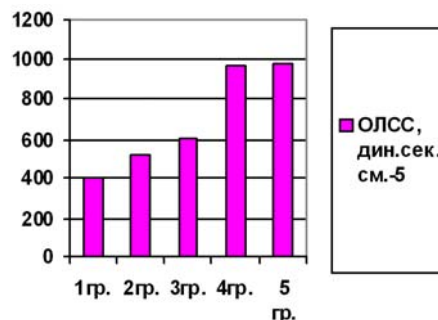


Рис. 2. Динамика ОЛСС в группах

В группе 2 в дополнение к базисной терапии добавлен амлодипин в дозе 5 мг/с.

В группах с высокой ЛГ (3, 4, 5) в дополнение к базисному лечению основного заболевания была добавлена терапия, направленная на снижение ЛГ: простагландин Е (вазопростан) в дозе 40 мкг/сутки в/в капельно в течение 14 дней плюс амлодипин (норваск) в средней суточной дозе 5-10 мг, а также фраксипарин 0,6 мг/сутки. После 2 недельного курса терапии больным повторно контролировалась ЭХОКГ, газовый состав крови, ФВД. Повторный курс терапии проводился спустя 6 месяцев с контролем ЭХОКГ, газового состава крови, ФВД.

При анализе динамики показателей гемодинамики, газового состава крови и функции внешнего дыхания, спустя 2 недели лечения, следует отметить достоверное снижение уровня среднего давления в легочной артерии, конечного диастолического давления в правом желудочке, а также тенденцию к увеличению ОФВ1 и уменьшению общего легочного сопротивления в группах 3, 4. Показатели сердечного индекса практически не изменились. В группе 5 (ПТЭЛГ) достоверно изменилось ДЛА ср., а также имела тенденция к увеличению СИ. Однако, спустя 6 месяцев, достоверным остается только умеренное снижение ДЛА ср., во всех 4 группах. Наибольший уровень снижения ДЛА ср. (в среднем на 7-8 мм.рт. ст.) наблюдался в группе № 3.

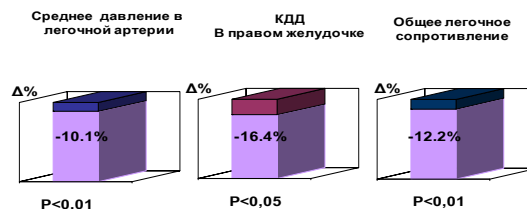


Рис. 3. Динамика показателей гемодинамики на фоне 6-ти месячной терапии у больных ХОБЛ и легочной гипертензией (группа 3), n=80.

Спустя 1 год терапии в группе 4 (ИЛАГ) – n=4 применена другая схема терапии: комбинация «Вазопростана» и амлодипина заменена на прием силденафила (225 мг/с), что по данным литературы являлось оптимальным для данной категории больных [3].

Основные показатели легочной и сердечной гемодинамики, ФВД, газового состава крови до и после лечения представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели легочной, сердечной гемодинамики, ФВД до и после лечения

Показатель	До лечения (M±m)	После 2 недель лечения (M±m)	Через 6 мес. После лечения (M±m)
СДЛА (мм рт. ст.)	88,0±3,4	-	-
ДДЛА (мм рт. ст.)	25,2±0,8	-	-
ДЛА ср. (мм рт. ст.)	69,2±4,8	51,2±4,8*	54,6±3,5*
ДЗЛА (мм рт. ст.)	13,2±1,3	13,0±1,3	12,3±1,0
КДД ПЖ (мм рт. ст.)	34,5±2,0	30,5±2,0*	32,5±1,8
ОЛСС (дин.сек.см ⁻⁵)	980±39	968±39	978±32
СИ (л/мин/м ²)	2,4±0,13	2,48±0,13	2,44±0,2
pO ₂ (мм. рт. ст.)	58,5±4,9	57,5±4,9	58,6±3,1
pCO ₂ (мм. рт. ст.)	43,2±4,5	44,2±4,5	41,2±3,1
ОФВ ₁ (л)	3,2±0,5	3,28±0,5	3,25±0,4
ЖЕЛ	2,54±0,8	2,89±0,8*	2,57±0,7
СОС 25- 75	3,7±0,3	3,8±0,3	3,7±0,7

Приложение: * – $p < 0,05$ по сравнению с данными до лечения

При анализе динамики показателей гемодинамики, газового состава крови и функции внешнего дыхания, спустя 2 недели лечения, следует отметить достоверное снижение уровня среднего давления в легочной артерии, конечного диастолического давления в правом желудочке, а также тенденцию к увеличению жизненной емкости легких и уменьшению общего легочного сопротивления. Показатели сердечного индекса практически не изменились. Однако, спустя 6 месяцев, достоверным остается

только умеренное снижение ДЛАСр., КДД ПЖ приближается к исходному уровню. Наибольший уровень снижения ДЛАСр. (в среднем на 12 мм.рт. ст.) отмечен у 2-х больных, исходно имевших более низкий уровень этого показателя ($48,6 \pm 2,2$).

Заключение. Полученные результаты позволяют уточнить механизмы формирования ЛГ и хронического легочного сердца (ХЛС) у обследуемой категории больных, а также обосновать наиболее рациональные схемы терапии с соответствующим акцентом воздействия.

Литература

1. Руководство по диагностике и лечению легочной артериальной гипертензии/Рекомендации европейского общества кардиологов // Пульмонология. 2006. № 6. С. 12–45.
2. Michelakis E. D., Tymchak W., Noga M et. al. // Circulation. 2003. V 78. P. 2066–2069.
3. Naeije R., Dorfmueller P. // European Respiratory monograph. January 2004. V 9. P. 191–200.
4. Delcroix M., Budts W., Corris P. A. // European Respiratory monograph. January 2004. V 9. P. 57–78.

LUNG HYPERTENSION: PROGRESSING MECHANISMS AND THERAPEUTIC ACTION EFFICIENCY ASSESSMENT

O. M. KOROLKOVA, E. V. MINAKOV

*Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko
Hospital Therapy Department (with the course of rheumatology
and professional pathology)*

460 patients with chronic obstructive heart disease, 40 patients with posttromboembolic lung hypertension, 8 – with idiopathic PAH were examined. Basing on the mathematical analysis of examination, clinical hemodynamic groups according to the stages of pathological process development and condition severity in patients were selected. The emphasis was made on studying the relationships between hemodynamic disorders, lipid peroxidation, bioenergetic processes during aggregation of COPD. It was found that severity increase of COPD and IPAH led to the intensity growth of free radical processes against the background of progressive antioxidant system insufficiency. The algorithm was proved for combined treatment at different pathological stages.

Key words: lungs hypertension, antioxidant system, hemodynamic.

УДК:616.716.1-001.6-071-072.1

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОДВЫВИХА СУСТАВНОГО ДИСКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Н.Г. КОРОТКИХ, А.Н. МОРОЗОВ, И.В. ДРЕМИНА,
Н.Г. КАРТАВЦЕВА, Х.М. ЯЙЛАЕВ*

В статье приведены результаты диагностики и лечения 256 пациентов с хроническим подвывихом суставного диска височно-нижнечелюстного сустава. Всем пациентам проводилась лечебно-диагностическая операция двукаанальной артроскопии сустава. Анализ полученных результатов позволили выделить целый ряд характерных признаков, которые следует учитывать при определении тактики лечения данной категории больных. Доказано, что артроскопия является ценным лечебно-диагностическим пособием, позволяющим приблизиться к решению проблемы внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, артроскопия

Внутренние нарушения височно-нижнечелюстного сустава по-прежнему остаются многочисленными и трудно поддающимися точной диагностике и эффективному лечению. Связано это, прежде всего, с малой изученностью данной патологии, многообразием клинических проявлений, отсутствием четко сформулированных критериев диагностики и стандартов лечения.

Среди всего многообразия внутренних нарушений ВНЧС одной из наиболее часто встречающихся форм является хронический подвывих суставного диска, не редко сопровождающийся болевой дисфункцией сустава. Основным клиническим прояв-

лением хронического подвывиха суставного диска является транзиторное блокирование сустава с различными вариантами положения диска при вправлении [5,6,7].

Патогенез хронического подвывиха суставного диска ВНЧС сложен и до конца не изучен. Нарушение биомеханики сустава происходит, как правило, у пациентов с нарушением окклюзии. Вместе с этим, существование больных с нормальной окклюзией, имеющих функциональные расстройства ВНЧС, свидетельствуют о том, что не только нарушение окклюзии может явиться причиной этих заболеваний. Наиболее сложным в патогенезе рассматриваемой патологии остается комбинированное поражение внутренних элементов сустава. Варианты сочетания структурных нарушений могут быть разнообразными и затрагивать суставной диск, капсулярно-связочный аппарат, а также костные структуры сустава. Следствием этого является большое разнообразие клинической симптоматики, приводящее к серьезным трудностям в диагностике [2].

В ряде случаев результатом этого патологического процесса является переднее непостоянное неуправляемое смещение суставного диска, сопровождающееся изменением его формы, что приводит к нарушению движений нижней челюсти и возникновению артрогенных болей, которые практически не поддаются медикаментозному, ортопедическому и другим способам лечения.

Это формирует целый ряд проблем, среди которых следует особо выделить сложности в верификации диагноза и определении стратегии лечения. Эффективность лечения хронического подвывиха суставного диска нередко зависит от понимания индивидуальных особенностей развития болезни. Лечение обязательно должно быть комплексным, включающим соответствующее воздействие на сустав, мышцы, окклюзию, и психоэмоциональный статус. Однако, весьма часто, у пациентов с дисфункцией ВНЧС один и тот же правильный диагноз требует различных тактических подходов к лечению, которые можно сформировать только при наличии объективных данных о состоянии внутренних структур сустава.

Из всех существующих методик клинической и инструментальной диагностики патологических состояний внутренних структур сустава считаем необходимым выделить эндоскопическое исследование. Последнее позволяет не только объективно визуализировать внутрисуставную картину, но и одновременно, что наиболее важно, с минимальным оперативным вмешательством, провести коррекцию нарушений [1,3,4].

Цель исследования – оценить диагностическую и лечебную эффективность артроскопии височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с хроническим подвывихом суставного диска.

Материалы и методы исследования. На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко находились на лечении 256 больных с диагнозом: «Дисфункция ВНЧС, хронический подвывих суставного диска». Помимо рутинных диагностических методов, включающих общеклинические исследования, компьютерную и магниторезонансную томографию, ортопантомографию, всем пациентам выполнена двукаанальная лечебно-диагностическая артроскопия. Для проведения артроскопии использовался артроскопический набор для височно-нижнечелюстных суставов Karl Storz, аппарат низкоинтенсивной лазерной терапии, стандартные хирургические инструменты. Артроскопическое лечение проводилось под местной проводниковой анестезией 2% раствором лидокаина. В предоперационном периоде всем пациентам проводилась ортопедическая коррекция высоты окклюзии при помощи разгрузочной релаксирующей назубной каппы, период ношения которой составлял от 4 до 8 недель.

Состав мероприятий, проводимых в послеоперационном периоде, включал перевязки, физиотерапевтическое лечение, миогимнастику, лечебный массаж, коррекцию назубной каппы.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что хронический подвывих суставного диска следует считать начальной стадией хронического вывиха. Подтверждением этого послужило обнаруженное в ходе артроскопического исследования отсутствие эластичности связок задисковой подушки и постоянная дислокация суставного диска в переднем направлении.

При осмотре всех пациентов пальпация в области ВНЧС и жевательных мышц была безболезненная или слабо болезненная. Определялось ограничение открывания рта в пределах от 1,5 до 2,5 см между верхними и нижними резцами, при этом движение нижней челюсти сопровождалось патологическими шумами в виде щелчков или хруста, а так же девиацией. При попытке ши-

* Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Студенческая, 10, Воронеж, 394036, РФ. (4732)59-89-90, mfsurgery@mail.ru