

на 72 обтурированных зубах (на 32 зубах из первой, 30 из второй и 10 из контрольной группы). Мы не установили изменений в функциональном состоянии зубов, которые лечили, состояние обтурации и края десны вокруг них хорошие. Средние величины электровозбудимости $6,99 \pm 0,31$ мкА у зубов первой и второй группы и $11,87 \pm 0,39$ мкА у зубов контрольной группы. Более физиологичными были показатели у зубов, которые мы лечили пастой с противогрибковым компонентом. Рентгенограммы зубов, где применяли пасту с противогрибковым компонентом не показывают периапикальных изменений или изменений в пульповой камере.

Проведенные нами исследования показывают, что во всех случаях хронического фиброзного пульпита в пульпо-дентинном комплексе протекают обратимые изменения. Лечение обратимо воспаленной пульпы консервативным методом, используя пасту с добавлением противогрибкового компонента влияет на патогенетические механизмы воспаления, восстанавливает гемодинамику в затронутом сегменте пульпы, обеспечивает оптимальные условия для взаимодействия между повязкой и живым пульпо-дентинным комплексом и стимулирует естественный регенеративный потенциал зубной пульпы. Воспалительная реакция в результате инвазии грибов в пульпу, определяет обратимость процесса при хроническом фиброзном пульпите. Эффективность используемого лечебного комплекса мы объясняем воздействие на *Candida* при обратимых пульпах противогрибковым препаратом в составе биологической пасты.

Положительный результат применяемого комплекса определяется результатами собственных исследований, непосредственные и ранние клинические результаты показывают противогрибковый эффект и возможность более быстрого и достоверного восстановления нормальной электровозбудимости. Поздние клинико-рентгенологические наблюдения лечебного эффекта комплекса с противогрибковым компонентом дают возможность утверждать, что сохраняется пульпа живой, а также функциональная полноценность и рентгенологический статус леченых зубов.

Результаты исследования позволяют сделать вывод, что применение противогрибковых препаратов в составе паст для биологического метода лечения пульпитов позволяют восстановить анатомо-физиологические функции пульпы и повышают эффективность консервативного лечения в большей степени, чем при применении традиционных препаратов.

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 международ. 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 постстромбоэмболической 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 недостаточностью 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 2006г., 2008 г. Европейским респираторным обществом опубликованы клинические рекомендации по лечению легочной артериальной гипертензии [1]. Однако, точная распространность 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 постстромбоэмболической легочной гипертензией (ПСЭЛГ). Гемодинамика исследовалась с помощью современных неинвазивных методик доплерэхокардиографии (ДЭХОКГ), компьютерной ангиопульмографии, а также в некоторых случаях – зондирования правых полостей сердца. ДопплерЭХоКардиография проведена на Эхокардиографе Voluson-730 фирмы «General-Electrik» в одно – двухмерных режимах, а также режиме импульсной допплерографии 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 A. Диастолическая функция правого и левого желудочков оценивалась по форме транстрикуспидального и трансмитрального потоков соответственно. Фракция выброса правого желудочка (ПЖ) изменилась 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 (ПОС), 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 (ДЛАср.), 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 – гидроперекись 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 ДЛАср. и ОЛСС выявлены в 4 и 5 группах ($59,2\pm4,8$ мм рт. ст. и 980 ± 39 дин.сек. cm^{-5} соответственно).

В группе 3 – ДЛАср. и ОЛСС составила $44,3\pm3,4$ мм рт. ст. и $604\pm6,9$ дин.сек. cm^{-5} соответственно.

В группе 2 – $38,1\pm1,2$ мм рт. ст. и $515,4\pm38,2$ дин.сек. cm^{-5} . В группе 1 – $29,8\pm1,9$ мм рт. ст. и $410\pm54,4$ дин.сек. cm^{-5} соответственно.

ДЗЛА не превышало норму ни в одной из групп.

Наиболее тесная корреляционная зависимость в группе 1 (ХОБЛ средней степени) – выявлена между ДЛАср. и МДА ($r=0,34$); в группе 2 (ХОБЛ тяжелой степени) – между ДЛАср. и ОФВ1 ($r=0,36$); в группе 3 (ХОБЛ крайне тяжелой степени) – между ДЛАср. и Р02 ($r=0,32$); в группе 4 (ИЛАГ) – между ДЛАср. и ОЛСС ($r=0,37$); в группе 5 (ПТЭЛГ) – между ДЛАср. и СИ ($r=-0,4$).

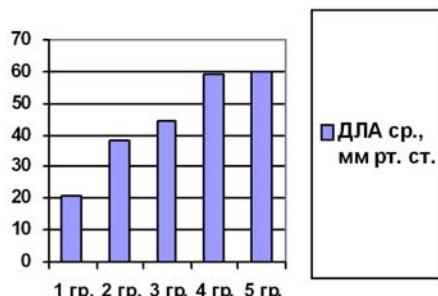


Рис. 1. Динамика ДЛАср. в группах

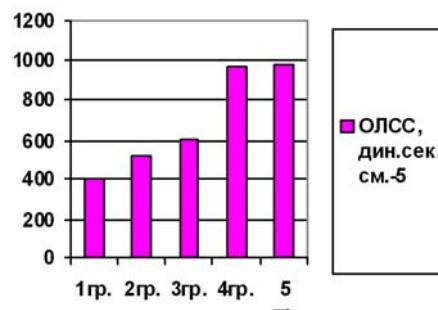


Рис. 2. Динамика ОЛСС в группах

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 (норвакс) 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 ДЛАср., а также имелась тенденция к увеличению СИ. Однако, спустя 6 месяцев, достоверным остается только умеренное снижение ДЛАср., во всех 4 группах. Наибольший уровень снижения ДЛАср. (в среднем на 7-8 мм.рт. ст.) наблюдался в группе № 3.

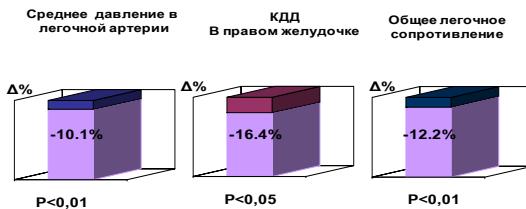


Рис. 3. Динамика показателей гемодинамики на фоне 6-ти месячной терапии у больных ХОБЛ и легочной гипертензией (группа 3), n=80.

Спустя 1 год терапии в группе 4 (ИЛАГ) – n=4 применена другая схема терапии: комбинация «Вазопростана» и амлодипина заменена на прием силденафилла (225 мг/с), что поданным 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	-	-
ДЛАср. (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. cm^{-5})	980±39	968±39	978±32
СИ (л/мин/м 2)	2,4±0,13	2,48±0,13	2,44±0,2
р0 ₂ (мм. рт. ст.)	58,5±4,9	57,5±4,9	58,6±3,1
рCO ₂ (мм. рт. ст.)	43,2±4,5	44,2±4,5	41,2±3,1
ОФВ1(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., Dorfmuller 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 двуканальной 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 критерии 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 проявле-

нием 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 разнообразны 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 невправляемое смещение суставного диска, сопровождающееся изменением его формы, что приводит к нарушению движений нижней челюсти и возникновению артогенных 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 двуканальная лечебно-диагностическая артроскопия. Для проведения артроскопии использовался артроскопический набор для височно-нижнечелюстных суставов Karl Storz, аппарат низконтинтесивной 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 Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко
Студенческая, 10, Воронеж, 394036, РФ. (4732)59-89-90, mfsurgery@mail.ru