

Проведенные исследования позволили заключить, что параметры сердечно-дыхательного синхронизма у больных хроническим вирусным гепатитом С отличаются от показателей здоровых людей. Изменения параметров СДС при хроническом гепатите свидетельствуют об уменьшении при данном заболевании функционально-адаптационных возможностей организма и соответствуют выраженности патологического процесса по градации значений АЛТ, степени диффузных изменений печени, наличию сопутствующих хронических заболеваний. Дальнейшие исследования перспективны в отношении определения с помощью параметров СДС дополнительных критериев выраженности патологического процесса при хроническом гепатите С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева М. Г., Городин В. Н., Редько Е. Н., Стриханов С. Н. и др. Вирусные гепатиты: стратегия и тактика терапии, организация медицинской помощи: Пособие для врачей. – Краснодар: ООО «Качество». – 2009. – 262 с.
2. Бурлуцкая А. В., Трегубов В. Г. Регуляторно-адаптационные возможности детей с «функциональной» слабостью синусового узла в зависимости от психофизиологического статуса // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2006. – № 9 (90). – С. 86–89.
3. Гавришева Н. А., Антонова Т. В. Инфекционный процесс: клинические и патофизиологические аспекты: Учебное пособие. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 282 с.
4. Пенжоян А. Г., Медведев В. Л., Пенжоян А. Г., Волошин В. В. и др. Проба сердечно-дыхательного синхронизма в оценке тяжести хронического простатита // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2008. – № 1–2 (100–101). – С. 67–69.
5. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Борисова И. И., Потягайло Е. Г. и др. Сердечно-дыхательный синхронизм у человека // Физиология человека. – 2002. – Т. 28. № 6. – С. 116–119.
6. Покровский В. М., Абушкевич В. Г., Потягайло Е. Г., Похотько А. Г. Сердечно-дыхательный синхронизм: выявление у человека, зависимость от свойств нервной системы и функциональных состояний организма // Успехи физиологических наук. – 2003. – № 3. – С. 68–77.
7. Покровский В. М., Абушкевич В. Г. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2005. – № 2–8 (80–81). – С. 98–103.
8. Покровский В. М., Пономарев В. В., Артюшков В. В., Фомина Е. В. и др. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. Патент на полезную модель № 86860 от 11.06.2009.
9. Pokrovskii M. Integration of the heart rhythmogenesis levels: heart rhythm generator in the brain // J. Methodist DeBakey Heart Center. – 2006. – Vol. 2. № 2. – P. 19–23.
10. Pokrovskii V. M. Hierarchy of the heart rhythmogenesis levels is a factor in increasing the reliability of cardiac activity // Med. Hypotheses. – 2006. – Vol. 66. № 1. – P. 158–164.

Поступила 23.09.2009

Л. Ш. КАРАКОТОВА, А. А. ДОЛГАЛЕВ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОККЛЮЗИОННЫХ КОНТАКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ ВЕСТИБУЛООККЛЮЗИЕЙ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра ортопедической стоматологии

Ставропольской государственной медицинской академии,

Россия, 355000, г. Ставрополь, ул. Морозова, 6. E-mail: lkl82@mail.ru, тел. +7928316868

Нарушения смыкания зубных рядов относятся к одной из распространенных патологий, встречающихся у пациентов различных возрастных групп, и в настоящее время представляют один из сложных и мало исследованных разделов патологии человека. Пациенты, имеющие эстетические и функциональные нарушения, связанные с перекрестными видами смыкания зубных рядов, нуждаются в функциональной и эстетической реабилитации, что обуславливает социальную значимость данной проблемы. Метод определения площади окклюзионных контактов с использованием программного обеспечения «Adobe Photoshop» и «Universal Desktop Ruler V2.8.1110» позволяет объективно оценивать функциональное состояние зубных рядов пациентов до и после лечения. Площадь окклюзионных контактов является объективным критерием тяжести деформации и нарушения функции зубных рядов.

Ключевые слова: окклюзионные интерференции, площадь окклюзионных контактов, деформация зубных рядов, программное обеспечение «Adobe Photoshop» и «Universal Desktop Ruler».

L. H. KARAKOTOVA, A. A. DOLGALEV

DEFINITION OF OCCLUSAL CONTACTS'S AREA AT PATIENTS WITH UNILATERAL VESTIBULAR OCCLUSION AS CRITERION OF THE ESTIMATION OF EFFICIENCY OF COMPLEX TREATMENT

Chair of orthopedic stomatology of the Stavropol state medical academy,

Russia, 355000, Stavropol, street Morozova, 6. E-mail: lkl82@mail.ru, tel. +79283168685

Infringements tooth alignments's closure concern one of the widespread pathologies meeting at patients of various age groups, and now represent one of difficult and few developed sections of a pathology of the person. The patients having aesthetic and functional infringements, connected with cross kinds tooth alignments4 pts closure require functional and aesthetic rehabilitation that

causes the social importance of the given problem. The method of definition of the area occlusal contacts to use of software «Adobe Photoshop» and «Universal Desktop Ruler V2.8.1110» allows to estimate objectively a functional condition of tooth alignments of patients before treatment. The area occlusal contacts is objective criterion of weight of deformation and infringement of function of tooth alignments.

Keywords: occlusal interferences, the area of occlusal contacts, deformation of tooth alignments, programme «Adobe Photoshon» and «Universal Deskton Ruler V2.8.1110».

Введение

Нарушения смыкания зубных рядов относятся к одной из распространенных патологий, встречающихся у пациентов различных возрастных групп, и в настоящее время представляют один из сложных и мало исследованных разделов патологии человека. Пациенты, имеющие эстетические и функциональные нарушения, связанные с перекрестными видами смыкания зубных рядов, нуждаются в функциональной и эстетической реабилитации, что обуславливает социальную значимость данной проблемы.

По данным Е. А. Брагина, Е. А. Вакушиной (2006), В. В. Яркина, Г. Б. Оспановой (2009), среди детей и подростков с ортодонтической патологией во всех возрастных группах наблюдается высокий удельный вес аномалий, сопровождающихся асимметрией нижней челюсти: 30,1% в возрасте от 6 до 11 лет; 35,3% – в 12–14 лет; 42,0% – в 15–18 лет. Среди аномалий окклюзии у детей с асимметрией нижней челюсти в 80% наблюдались трансверсальные аномалии, обусловленные несоответствием ширины верхнего и нижнего зубных рядов в трансверсальном направлении. По данным этих же авторов, распространенность односторонней перекрестной окклюзии зубных рядов увеличивается с возрастом пациентов [2, 4].

По наблюдениям специалистов, перекрестная окклюзия наблюдается, как правило, при врожденных несоответствиях размеров челюстей, осложнениях кариеса, нарушениях физиологической стираемости зубов и составляет от 0,3 до 1,9% всех аномалий окклюзии. По данным исследователей, перед сменой молочных зубов на постоянные, а также в период смены зубов у детей частота данной аномалии увеличивается до 3%, что свидетельствует об отсутствии саморегуляции перекрестной окклюзии. Частота выявления перекрестной окклюзии у детей с врожденными аномалиями развития челюстей достигает 72%, при синдроме Гольденхара – 37% [3, 5].

Цель исследования – разработка метода объективной оценки тяжести окклюзионных нарушений на

этапе диагностики и эффективности комплексного лечения пациентов с односторонней вестибулоокклюзией.

Задачи исследования – разработать методику оценки качества восстановления окклюзионных нарушений у пациентов с односторонней вестибулоокклюзией. Оценить диагностические возможности методики определения площади окклюзионных контактов.

Материалы и методы исследования

В период с 2006 по 2009 год включительно нами было проведено клиническое обследование 140 пациентов с односторонней вестибулоокклюзией, обратившихся за консультативной помощью на кафедру ортопедической стоматологии СтГМА. Возраст пациентов варьировал от 22 до 45 лет. Среди обратившихся было 112 (80%) женщин и 28 (20%) мужчин. Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

В контрольную группу включили 45 человек с ортогнатическим видом прикуса и целостными зубными рядами, без выявленных окклюзионных нарушений и патологии ВНЧС и жевательных мышц.

Определение площади окклюзионных контактов осуществлялось в соответствии с авторской методикой (А. А. Долгалев), с использованием программного обеспечения «Adobe Photoshop» и «Universal Desktop Ruler V2.8.1110».

На полосу лейкопластыря в форме зубной дуги наклеивали артикуляционную бумагу подковообразной формы толщиной 8 мкм, вводили в полость рта обследуемого, пациента просили сомкнуть зубные ряды в привычной окклюзии (рис. 1).

Полученный окклюзионный отпечаток на лейкопластыре сканировали и получали цифровую копию изображения в компьютере (рис. 2).

Площадь окклюзионных контактов определяли пациентам с односторонней вестибулоокклюзией до и после лечения и пациентам контрольной группы.

Таблица 1

Распределение больных с односторонней вестибулоокклюзией по возрасту и полу

Пол	Возраст (в годах)						Всего
	20–25	26–30	31–35	36–40	41–45	46–50	
Мужской	8 (5,7%)	4 (2,8%)	3 (2,1%)	6 (4,2%)	3 (2,1%)	4 (2,8%)	28 (20%)
Женский	34 (24,2%)	32 (22,8%)	21 (15%)	5 (3,6%)	17 (12,1%)	3 (2,1%)	112 (80%)
Всего	42 (30%)	36 (25,7%)	24 (17,1%)	11 (7,8%)	20 (14,2%)	7 (5%)	140 (100%)



Рис. 1. Окклюзионные отпечатки на лейкопласте, полученные при смыкании зубных рядов

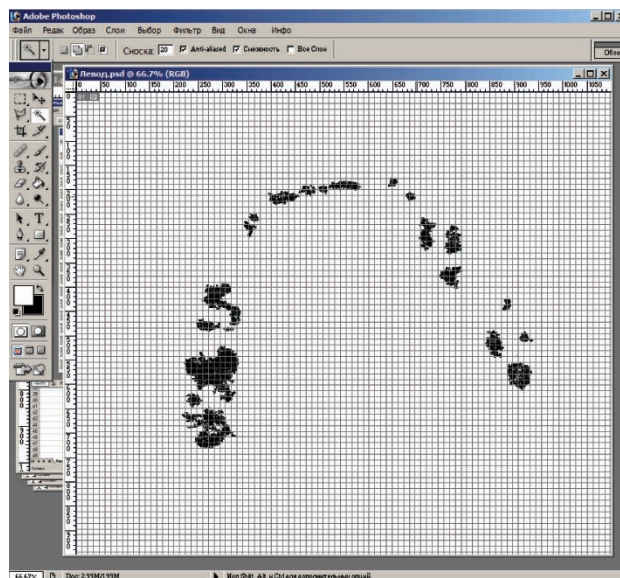


Рис. 2. Цифровое изображение окклюзионных отпечатков в программе «Adobe Photoshop»

Используя программное обеспечение «Adobe Photoshop» и «Universal Desktop Ruler V2.8.111», вычисляли площади окклюзионных контактов в положении центральной либо привычной окклюзии.

Результаты исследования

Выполнено 45 окклюзиограмм пациентам контрольной группы. Пациентам с односторонней вестибулоокклюзией выполнено 140 окклюзиограмм до лечения и 140 окклюзиограмм после лечения. При анализе и обработке окклюзиограмм пациентов контрольной группы и пациентов с односторонней вестибулоокклюзией при помощи программного обеспечения «Adobe Photoshop»

и «Universal Desktop Ruler V2.8.111» получены следующие результаты.

Средняя площадь окклюзионных контактов у пациентов с целостными зубными рядами, ортогнатическим видом прикуса без выявленных окклюзионных нарушений – $281 \pm 50,6 \text{ мм}^2$ (табл. 2).

Средняя площадь окклюзионных контактов у пациентов с односторонней вестибулоокклюзией до лечения – $124 \pm 76,5 \text{ мм}^2$, что составляет 44,1% от средней площади окклюзионных контактов пациентов с целостными зубными рядами, ортогнатическим видом прикуса, без выявленных окклюзионных нарушений.

Таблица 2

Площадь окклюзионных контактов у пациентов с целостными зубными рядами, ортогнатическим видом прикуса, без выявленных окклюзионных нарушений

N п/п	Площадь окклюзионных контактов (мм²)	Площадь окклюзионных поверхностей (мм²)	Отношение площади окклюзионных контактов к площади окклюзионных поверхностей
1	144,5	377,4	0,3
2	150,9	430,4	0,3
3	159,0	447,5	0,3
4	162,3	457,9	0,3
5	172,1	466,4	0,3
...			
40	371,4	586,3	0,6
41	392,5	596,1	0,6
42	435,4	630,8	0,6
43	519,8	645,4	0,8
44	542,2	690,8	0,7
45	611,6	695,4	0,8
	$281,8 \pm 50,6 (\alpha=0,05)$	$540,9 \pm 29,3 (\alpha=0,05)$	$0,5 \pm 0,06 (\alpha=0,05)$

Средняя площадь окклюзионных контактов у пациентов с односторонней вестибулоокклюзией после проведенного комплексного лечения – $244 \pm 23 \text{ мм}^2$, что составляет 86,8% от площади окклюзионных контактов у пациентов с целостными зубными рядами, ортогнатическим видом прикуса, без выявленных окклюзионных нарушений.

Обсуждение

По данным J. Schulz-Bongert (1975), площадь контакта боковых зубов слева и справа должна составлять 4 мм^2 при условии смыкания зубных рядов как минимум в 100 точках.

По данным В. П. Неспрядько, З. Е. Жегулович, А. Е. Захарова (2002), средняя суммарная площадь окклюзионных контактов только фронтальной группы зубов в ортогнатическом прикусе составляет от 2,37 до $13,4 \text{ мм}^2$ [1].

Зубные ряды пациентов с ортогнатическим видом прикуса, с площадью окклюзионных поверхностей от 200 до 650 мм^2 имеют от 44 до 76 точек смыкания при площади одного пункта смыкания, равной $0,5\text{--}1 \text{ мм}^2$, теоретически могут иметь площадь окклюзионных контактов от 22 до 76 мм^2 . Полученные нами в ходе исследования данные позволили определить среднюю площадь смыкания зубных рядов в пределах $281 \pm 50,6 \text{ мм}^2$, что обусловлено необходимостью распределения и компенсации сил, передаваемых жевательными мышцами на пародонт зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неспрядько В. П. Нарушение окклюзионных взаимоотношений при повреждении первых моляров / В. П. Неспрядько, З. Е. Жегулович, А. Е. Захарова // Современная стоматология. – 2002. – № 4.



Рис. 3. Площадь смыкания зубных рядов в 4 мм^2 по J. Schulz-Bongert (1975)

Проведенное нами исследование позволило выявить, что у пациентов с целостными зубными рядами и ортогнатическим видом прикуса, без выявленных окклюзионных нарушений каждый моляр в среднем имеет пять контактных точек с зубами-антагонистами, каждый премоляр – три, каждый резец и клык – по 2 контакта с зубами противоположной челюсти. Соответственно зубные ряды смыкаются в среднем в 44 точках, по 22 с каждой стороны.

При средней площади одного окклюзионного контакта 1 мм^2 площадь смыкания зубных рядов теоретически в среднем составит 44 мм^2 , что в 10 раз превосходит данные J. Schulz-Bongert (1975) (рис. 3).

На наш взгляд, представление о площади смыкания зубных рядов в 4 мм^2 (J. Schulz-Bongert, 1975), на которое ссылаются многие авторы, не совсем корректно.

2. Брагин Е. А. Современные методы диагностики, прогнозирования и лечения нарушений смыкания зубных рядов: Учеб.-метод. пособие / Е. А. Брагин, Е. А. Вакушина. – Ставрополь, 2006. – 162 с.

3. Мехди Мохаммад Халиль. Функциональные особенности окклюзионных взаимоотношений постоянных зубов и методы их коррекции при ортодонтическом лечении / Мехди Мохаммад Халиль, А. О. Жук, Е. В. Филимонова, С. М. Гаценко // Вестник ВолГМУ. – 2007. – № 2 (22). – С. 90–94.

4. Яркин В. В. Распространённость трансверсальных аномалий окклюзии / В. В. Яркин, Г. Б. Оспанова // Ортодонтия. – 2009. – № 1 (45). – С. 94.

5. Яркин В. В. Симметрия и асимметрия лица / В. В. Яркин, Г. Б. Оспанова // Ортодонтия. – 2009. – № 1 (45). – С. 95.

Поступила 26.10.2009

ОТНОСИТЕЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ И ПРОСТРАНСТВЕННАЯ ОРИЕНТИРОВКА КАПИЛЛЯРОВ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ГОЛЕНЕЙ ПОСЛЕ НЕРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Кафедра госпитальной хирургии

*Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8918-0184473*

У 107 пациентов с IV степенью ишемии нижних конечностей изучены показатели относительной плотности капиллярного русла и пространственной ориентировки капилляров после произведенных различных видов не прямых реваскуляризирующих операций. Установлено, что изучаемые показатели могут служить критерием эффективности не прямых реваскуляризирующих операций. Наилучший эффект получен при сочетании методик реваскуляризирующей остеотрпанации и туннелирования мышц голени.

Ключевые слова: атеросклероз, ишемия, реваскуляризирующие операции.

A. Ia. KOROVIN, S. B. BAZLOV, M. B. ANDREEVA

RELATIVE DENSITY AND SPATIAL ORIENTATION CAPILLARY MUSCULAR FABRICS OF THE SHANKS AFTER NON RECONSTRUCTIVE OPERATIONS BESIDE PATIENT WITH PYO-NECROTIC COMPLICATIONS OF ATHEROSCLEROSIS

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina Street, 4. Tel. 8918-0184473*

Density capillary and their spatial orientation in muscular fabrics of the shanks beside 107 patients with stage IV talocrural ischemia (by A. V. Pokrovsky) after indirect revascularizing operations were studied. Studied factors can serve criterion to efficiency of operations. The most efficient is a combination of the methods osteoperforation and tunneling the muscles of the shank.

Key words: atherosclerosis, ischemia, indirect revascularizing operations.

Введение

Хирургическое лечение гнойно-некротических поражений нижних конечностей на фоне артериальной ишемии представляет значительные трудности. Наиболее сложной проблемой является поражение артерий с нарушениями путей оттока в виде облитерации артерий голени и стопы, встречающееся у 13–20% пациентов. В этом случае традиционные реконструктивные операции часто невыполнимы, а операции не прямой реваскуляризации не всегда эффективны, и больным производится первичная ампутация конечности [9]. Недовольство подобными результатами диктует необходимость поиска новых путей и методов реваскуляризации нижних конечностей. В настоящее время в различных лечебных учреждениях выполняются реваскуляризирующая остеотрпанация (РОТ), лазерная остеотрпанация, туннелирование мышц голени (ТМГ), поясничная симпатэктомия (ПСЭ) и другие вмешательства [1, 3, 6, 7, 8]. Однако до настоящего времени нет единого мнения о патогенетической обоснованности выполнения подобных операций, не разработаны прогностические критерии, а также критерии эффективности проведенного лечения.

Методы исследования

В рамках проведенного прямого проспективного исследования обследованы и пролечены 107 пациентов в возрасте от 53 до 76 лет с гнойно-некротическими поражениями голени и стоп на фоне артериальной ише-

мии нижних конечностей, обусловленной атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей с нарушением путей оттока, при невозможности выполнения прямой артериальной реконструкции. Средний возраст больных составил $64,6 \pm 9,7$ года. Мужчин было 96, женщин – 11.

В комплекс обследования входили ультразвуковое триплексное сканирование с определением лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и индекса периферического сопротивления (RI), кожная оксиметрия с определением $TcPO_2$. При необходимости выполнялась ангиография. В качестве критерия эффективности проводимых операций мы впервые определяли показатели относительной плотности капилляров и их пространственной ориентировки в мышцах оперированной конечности по методике Г. Г. Автандилова (1992). При проведении операции у всех пациентов для морфологического исследования брались 3–4 фрагмента мышечной ткани на различных участках голени. В случаях эффективности проведенной операции через месяц после вмешательства у ряда пациентов выполняли пункционную биопсию мышц голени. При неэффективности проводимого лечения и выполнении ампутации материал для морфологического исследования получали из мышц ампутированной конечности. Срезы толщиной 7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином. При определении величины выборки в морфологических исследованиях учитывали значение коэффициента точности (k), показатели вероятности (β) и критерия