

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. // Институт стоматол. – 2003. – № 1. – С. 6–10.
2. Маньков Ю.У. // Военно-мед. журн. – 1994. – № 1. – С. 39–42.
3. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калаиш-никова В.П. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно-лицевой области. – М., 2005.

Поступила 23.05.07.

DEFINING THE DEGREE OF PATIENT  
ADAPTATION TO NON-REMOVABLE  
ORTHODONTIC MATERIALS

*I.N. Degtyareva*

S u m m a r y

In order to evaluate the degree of patient adaptation to non-removable orthodontic materials a questionnaire "Adaptation to orthodontic treatment" has been designed. The degree of patient adaptation to non-removable orthodontic materials was evaluated in 181 patients of 15 years and older. The most severe period of orthodontic treatment is the initial period. An orthodontic construction gives a feeling of discomfort, while the appearing anxiety makes it psychologically difficult to adapt to it.

УДК 616. 716. 85 – 085. 835

**ВЛИЯНИЕ АЭРОИОНОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЛУНКИ ПОСЛЕ  
УДАЛЕНИЯ ЗУБА**

*Р.В. Борисюк, Т.Т. Фаизов, М.П. Шулаева*

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. – проф. Т.Т.Фаизов)*

*Казанского государственного медицинского университета,*

*кафедра микробиологии (зав. – проф. О.К.Поздеев)*

*Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Альвеолит – это воспаление стенок лунки удаленного зуба. По данным различных авторов, частота альвеолитов колеблется от 0,22 до 5,26%, а по некоторым источникам – до 35% [7]. Больные альвеолитом жалуются, как правило, на боль длительного характера, иррадиирующую по ходу тройничного нерва, затрудненное пережевывание пищи, ограниченное открывание рта, неприятный запах изо рта, нарушение сна, ухудшение общего состояния. Число посещений хирургического кабинета при этом составляет 3–8 на одного больного, сроки нетрудоспособности колеблются от 7 до 18 дней [7]. Процесс может осложниться ограниченным (поверхностным) остеомиелитом лунки с последующим отторжением мелких секвестров, которые поддерживают свищеобразование, затягивая сроки заживления послеоперационной раны. При неэффективной терапии альвеолита нередко возникают такие осложнения, как периостит, остеомиелит, абсцесс, флегмона, гайморит, лимфаденит и др. [1].

Существует большое количество методов лечения данного заболевания. Различные авторы рекомендуют как общепринятые (антибиотикотерапия, антисептические препараты и др.), так и достаточно необычные методы (заполнение лунки гипсом, эмбриональной тканью, гирудотерапия

и др.) [6, 9, 11, 13]. Но, несмотря на большое количество предложенных средств лечения, проблема профилактики альвеолитов до сих пор весьма актуальна [8].

Основная причина развития воспалительных осложнений, возникающих после удаления зуба, – неадекватное его проведение, снижение иммунной реактивности организма пациентов, предварительное возникновение воспалительного процесса в области причинного зуба, повышение вирулентности патогенной микрофлоры [10, 12]. Следовательно, одной из важнейших задач современной стоматологии является тщательная антисептическая обработка раневой поверхности, возникшей после хирургического вмешательства [5]. В то же время медикаментозные антисептические препараты часто вызывают аллергические процессы, и альтернативой лекарственным препаратам может быть такой физический метод лечения, как аэроионотерапия [4, 8].

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности применения аэроионотерапии после удаления зуба у больных с хроническими воспалительными очагами в периапикальных тканях.

Под наблюдением находились 45 больных с хроническими воспалительными очагами в периапикальных тканях в воз-

Таблица 1

**Характеристика больных хроническим периодонтитом после удаления зуба на фоне аэроионотерапии (n=45; M±m)**

| Характеристика                | Группы больных     |                |                                          |
|-------------------------------|--------------------|----------------|------------------------------------------|
|                               | контрольная (n=15) | плацебо (n=15) | основная (на фоне аэроионотерапии, n=15) |
| 1. Периодонтит, абс. / %      |                    |                |                                          |
| 1.1. Хр. гранулирующий        | 8 / 53             | 7 / 47         | 7 / 47                                   |
| 1.2. Хр. гранулематозный      | 7 / 47             | 8 / 53         | 8 / 53                                   |
| 2. Давность заболевания (лет) | 5,6±1,9            | 5,3±1,5        | 5,1±1,3                                  |
| 3. Возраст (лет)              | 42,1±0,9           | 45,7±2,1       | 43,5±1,7                                 |
| 4. Пол, абс. / %              |                    |                |                                          |
| 4.1. Мужчины                  | 6 / 40             | 7 / 47         | 5 / 30                                   |
| 4.2. Женщины                  | 9 / 60             | 8 / 53         | 10 / 70                                  |

расте 42,3±1,5 года. Больных рандомизировано распределили по 3 группам, сопоставимым по возрасту, полу, клиническим проявлениям (табл.1).

15 больных 1-й группы (контрольная) получали общепринятое лечение, 15 из 2-й (плацебо) – лечили в дизайне двойного слепого плацебо контролируемого исследования, 15 из 3-й (основная) получали аэроионотерапию в течение 5-7 дней. Воздействие проводили с помощью аппарата "Гиппократ-медицина" (рис. 1) в течение 7–10 минут, количество аэроионов составляло от  $10 \times 10^{10}$  до  $14 \times 10^{10}$  см<sup>3</sup>.

Эффективность терапии оценивали по результатам микроскопического исследования мазков из лунки удаленного зуба у больного на разных этапах лечения по методике А.С.Григорьяна и др. [2, 3], а также микробиологического исследования. При микробиологическом анализе материал брали петлей и тут же засеивали на кровяной агар секторами по Голду ежедневно (рис.2): у пациентов 3-й группы 2 раза: до и сразу после аэроионотерапии, у пациентов 1-й – один раз. Одновременно делали мазок нативного материала тампоном на стекло. При микроскопическом исследовании изучали главные признаки воспаления – состояние клеток плоского эпителия и количество лейкоцитов [3, 4].

По данным микробиологического исследования после аэроионотерапии в основной группе пациентов наблюдалось достоверное 5-кратное снижение количественного состава микрофлоры: количество микроорганизмов Streptococcus до аэро-



Рис. 1. Аппарат "Гиппократ-медицина".

ионотерапии –  $2,61 \pm 0,31$  млн КОЕ/мл, после –  $0,48 \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ), количество микроорганизмов Staphylococcus до аэроионотерапии –  $1,25 \pm 0,12 \times 10^5$  КОЕ/мл, после аэроионотерапии –  $0,25 \pm 0,06 \times 10^5$  ( $p < 0,05$ ).

Состояние клеток плоского эпителия лунки удаленного зуба у больных основной группы улучшилось на 57%, а у больных контрольной группы – на 28%.

Воздействие ионизированного воздуха на лейкоцитарную инфильтрацию у больных основной группы позволило снизить ее значение с  $2,8 \pm 0,15$  до  $1,4 \pm 0,3$  балла, в контрольной же группе – с  $2,9 \pm 0,16$  до  $2,5 \pm 0,21$  балла.



Рис.2. Посев на кровяной агар для микробиологического исследования.

В результате применения аэроионотерапии у больных хроническим периодонтитом после удаления зуба достоверное снижение микрофлоры и лейкоцитарной инфильтрации наблюдалось уже после 3 процедур. Наибольшего результата от аэроионотерапии удалось добиться в отношении микрофлоры (табл.2).

Таблица 2

Результаты применения аэроионотерапии у больных хроническим периодонтитом после удаления зуба (n=45; M±m)

| Группы больных          | Показатели          |                      |                     |                        |                       |                          |                       |                        |
|-------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
|                         | микрофлора          |                      | лейкоциты           |                        |                       | клетки плоского эпителия |                       |                        |
|                         | до лечения          | после лечения        | до лечения          | после 3 процедур       | после 5 процедур      | до лечения               | после 3 процедур      | после 5 процедур       |
| 1-я (контрольная, n=15) | 2,75±0,16<br>(100%) | 2,75±0,16<br>(100%)  | 2,90±0,16<br>(100%) | 2,63±0,12<br>(90,6%)   | 2,50±0,21<br>(86,2%)  | 2,71±0,23<br>(100%)      | 2,10±0,15<br>(77,5%)  | 2,00±0,17<br>(73,8%)   |
| 2-я (плацебо, n=15)     | —                   | —                    | 2,97±0,13<br>(100%) | 2,39±0,19<br>(80,4%)   | 2,19±0,14<br>(73,7%)* | 2,70±0,19<br>(100%)      | 2,00±0,21<br>(74,2%)* | 1,78±0,15<br>(65,9%)*  |
| 3-я (основная, n=15)    | 2,61±0,19<br>(100%) | 0,48±0,05<br>(18,3%) | 2,80±0,15<br>(100%) | 1,87±0,20<br>(66,7%)** | 1,40±0,30<br>(50%)**  | 2,78±0,21<br>(100%)      | 1,91±0,13<br>(68,7%)  | 1,20±0,13<br>(43,1%)** |

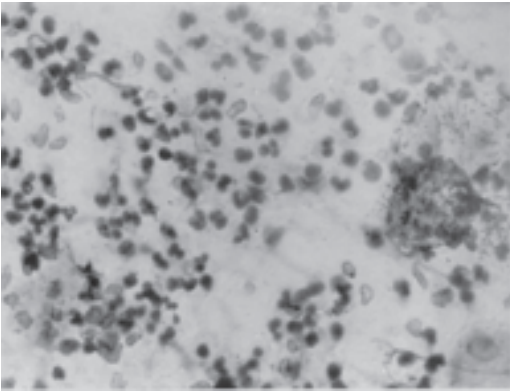


Рис. 4. Микроскопия мазка после 3 процедур.

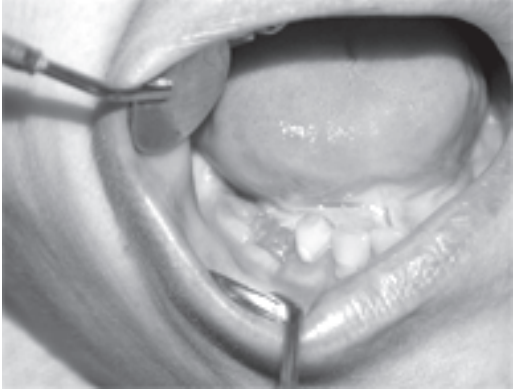


Рис. 6. Состояние после удаления зуба, 7 день.

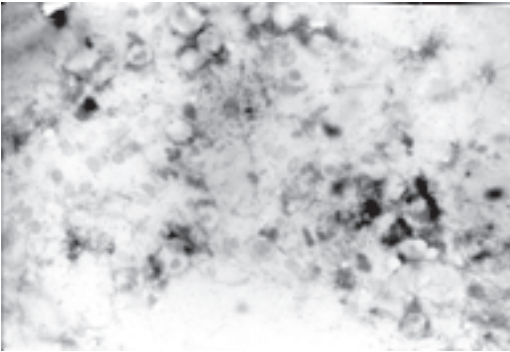


Рис. 5. Микроскопия мазка после 5 процедур.

Следует отметить, что у больных основной группы после аэроионотерапии имело место ускорение регенерации слизистой оболочки в области удаленного зуба на  $3,2 \pm 0,5$  дня по сравнению с таковой у больных из контрольной группы (рис. 4). Примененный нами метод аэроионотерапии способствует уменьшению воспалительного процесса и ускорению регенерации слизистой оболочки в области лунки удаленного зуба. Также она является наиболее безопасным антисептическим средством, что позволяет рекомендовать ее лицам с аллергическими заболеваниями.

Таким образом, полученные нами данные позволяют с уверенностью рекомендовать внедрение аэроионотерапии к практическому применению с использованием аппарата "Гиппократ-медицина" в любой стоматологической поликлинике и кабинете.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко М. Ю., Никитин А. А., Паришин А. И., Мустафина Л. М. // Рос. стоматол. журн. – 2000. – № 1. – С. 37–39.  
2. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Антипова З.П. // Стоматология. – 2000. – № 5 – С.4–9.  
3. Григорьян А.С., Грудянов А.И. // Стоматология. – 2001. – № 1. – С.5–8.  
4. Ефанов О.И. Физические факторы, применяемые в стоматологии: Учебно-методическое пособие. – М., 2000. – С. 32.  
5. Житкова Г.А. Профилактика и лечение альвеолитов (клинико-микробиологическое исследования): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Киев, 1988.  
6. Никонов Г. И. Медицинская пиявка. Основы гирудотерапии. – СПб, 1998.  
7. Павлов Б.Л., Гапаненко Т.Г.// Стоматология. – 1990. – № 5. – С. 81–82.  
8. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. – Киев, 2004.

9. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев, 2002.

10. Хирургическая стоматология: Учебник/под ред. Т.Г.Робустовой. – 3-е изд., перераб. и доп. – М., 2003. – С. 116–118.

11. Шаикин В.В. Оптимизация репаративной регенерации тканей альвеолярного отростка после операции удаления зуба: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1990.

12. Torres-Lagares D, Serrera-Figallo MA, Romero-Ruiz MM. // Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal. – 2005. Vol. 10 (1). – P. 81–85.

13. Vezeau PJ. // J. Oral Maxillofac Surg. – 2000. – Vol. 58 (5) – P. 531–537.

Поступила 19.06.07.

## THE EFFECT OF AEROIONOTHERAPY ON THE ALVEOLAR SOCKET CONDITION AFTER DENTAL EXTRACTION

R.V.Borisuk, T.T.Faisov, M.P. Shulaeva

### Summary

The effect of aeroionotherapy on the alveolar socket condition after dental extraction has been studied in 15 patients. The effectiveness of the therapy was evaluated by clinical investigation results, by microscopic evaluations of smears from the alveolar socket after dental extraction in patients at different stages of treatment and by using microbiological control. It was swon that aeroionotherapy possesses an antiseptic action and promotes reduction of the inflammatory process, acceleration of the mucosa regeneration of the alveolar socket of the removed tooth.

УДК 616.34 – 007.43 – 031 : 611.26 : 616 – 089.844

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

А.Н. Вачёв, Э.Э. Адыширин-Заде, А.Г. Габбазов, И.С. Андреев

Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. А.Н. Вачёв)  
Самарского государственного медицинского университета

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является одной из самых частых причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Симптомы ГПОД наблюдаются у 10–60% взрослого населения России [3, 4]. После оперативного лечения, выполненного по поводу язвенной болезни желудка и ДПК, желчнокаменной болезни (ЖКБ), хронической дуоденальной непроходимости (ХДН), хронического панкреатита, дуоденогастрального рефлюкса у больных нередко сохраняются стойкие клинические проявления, обусловленные рефлюкс-эзофагитом [1, 7, 9, 10]. Эти больные крайне негативно относятся к уже выполненной им операции. Вместе с тем у пациентов, оперированных по поводу рефлюкс-эзофагита, в послеоперационном периоде могут сохраняться боли в животе, что обусловлено некорригированной ЖКБ, язвенной болезнью желудка и ДПК, хроническим панкреатитом, ХДН [5]. Доказано, что у больных с ГПОД развивается дисбаланс вагусной иннервации в основном за счёт гипертонуса блуждающего нерва, приводящего к более упорному течению язвенной болезни с частыми

обострениями и высоким процентом осложнений [8].

При выявлении сочетанной патологии гастробилиопанкреатодуоденальной зоны преимущества симультанных операций сегодня признаются многими авторами. Посредством выполнения таких вмешательств можно, во-первых, корригировать несколько заболеваний, а во-вторых – избежать необходимость повторных операций [2, 5, 6]. В настоящее время при сочетании ГПОД, осложнённой рефлюкс-эзофагитом, с язвенной болезнью желудка и ДПК, желчнокаменной болезнью, хронической дуоденальной непроходимостью, несмотря на их патогенетическую связь, хирургическая тактика, характер и объём сочетанных оперативных вмешательств разработаны ещё недостаточно.

Для устранения ГПОД мы применяем модифицированную операцию Ramplal (1965) с обязательной задней крурорафией. Методика операции заключается в следующем. Мобилизуем круглую связку печени и тщательно её перитонизируем отдельными швами. Затем выполняем мобилизацию левой доли печени путём