

Субтотальная ГЭ была произведена 40 (66,7%) женщинам, тотальная - 20 (33,3%), без яичников.

**Результаты и обсуждение:** В раннем послеоперационном периоде (с 4 по 10 сутки) первые проявления ПГС были констатированы у 22 (36,7 %) женщин, в последующий месяц у 26 (43,3 %), в течение трех послеоперационных месяцев у 42 (70 %). Частыми жалобами были приливы, потливость и боли, которые могут являться симптомами преждевременной недостаточности оставленных яичников. Ультразвуковое исследование яичников у прооперированных женщин показало изменение их объема в зависимости от длительности послеоперационного периода. Причем, в раннем послеоперационном периоде объем яичников по сравнению с дооперационным увеличивался на 57 % после субтотальной ГЭ, и на 68 % после тотальной ГЭ. Различия были достоверны при  $p \leq 0,05$ . Изменение объема яичников происходило за счет уменьшения числа и размеров фолликулов и повышения вследствие этого гомогенности яичников, подобная структура яичников, по - видимому, предполагала уменьшение стероидогенеза, о чем свидетельствуют наши исследования. Восстановление первоначального объема яичников происходит по истечению 6 месяцев, причем, у женщин после субтотальной ГЭ несколько быстрее, чем у женщин с тотальной ГЭ. Уровень гонадотропных гормонов гипофиза варьировал в широких пределах. Значение верхних показателей ЛГ (82,2 МЕ/л) и ФСГ (251,1 МЕ/л) соответствовало нижнему уровню постменопаузального периода, т.е., у  $\frac{2}{3}$  женщин наступила менопауза. Нижний уровень ЛГ (0,21 МЕ/л) и ФСГ (0,89 МЕ/л) соответствовал репродуктивному периоду. Среднее содержание эстрадиола (185 пмоль/л) соответствовало минимальным значениям постменопаузы (или гипофункции яичника). По уровню эстрадиола так же у  $\frac{2}{3}$  женщин можно предполагать состояние, соответствующее менопаузе. На 5-7-е сутки после операции отмечалось резкое и достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение содержания в крови эстрадиола (с 223 до 25 пмоль/л), что совпадает с данными других авторов; Адамян Л.В., Доброхотова Ю.Э., Кулаков В.И.. Уже через месяц после операции в результате восстановления кровотока в яичниках уровень эстрадиола начинает повышаться до значений, соответствующих репродуктивному периоду, оставаясь при этом все-таки ниже дооперационных значений в течение нескольких последующих лет.

**Выводы:** Гистерэктомия приводит к изменениям анатомических характеристик оставшихся яичников, выражающихся в увеличении объема, понижении экзогенности и исчезновении обычной «ультразвуковой» структуры яичников, что связано с нарушением кровоснабжения яичников во время операции, которое приводит к резкому снижению уровня эстрадиола в первые дни после операции. Спонтанное восстановление объема прооперированных яичников происходило от 9 до 12 месяцев после хирургического лечения, гормональная функция яичников восстанавливается, продолжая функционировать так же, как яичники женщин с интактной маткой.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРМАНЕНТНОГО ВАКУУМА И ПРЕПАРАТА ВИФЕРОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ЭНДОДОНТИЧЕСКО – ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ПАТОЛОГИЙ

Маланьин И.В., Голуб Ю.Н.

*Кафедра пропедевтики и профилактики стоматологических заболеваний,*

*Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар*

Высокая частота распространения сочетанных эндодонтическо – пародонтальных патологий, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря зубов и, как результат, снижение работоспособности свидетельствуют об актуальности поисков эффективного лечения данной патологии.

Выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению (Sundqvist, G., 1976). По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Нередко накопление жидкости становится просто невыносимым и сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотики. Однако удаление остатков пульпы может оказаться недостаточным, и тогда единственной альтернативой становится прямой доступ к верхушке через кость (В.Н. Балин, Н.М. Александрова, и др. 1998). Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению, поэтому актуален поиск новых методик лечения, позволяющих избежать хирургического вмешательства.

Исходя из вышесказанного, возникает необходимость разработки способов лечения сочетанных эндодонтическо – пародонтальных патологий, позволяющих избежать хирургического вмешательства, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

**Целью** данной работы явилось повышение качества лечения сочетанных эндодонтическо – пародонтальных патологий, улучшение качества жизни больных.

**Задачей** данного исследования явилась разработка и обоснование методики применения устройства для удаления экссудата из зуба с помощью перманентного вакуума в сочетании с применением препарата виферон, при сочетанных эндодонтическо – пародонтальных патологиях, позволяющей повысить эффективности лечения, сократить его сроки и избежать хирургического вмешательства.

**Материалы и методы:** Нами проведено обследование и лечение с помощью перманентного вакуума и препарата виферон, 200 больных (113 мужчин и 87 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) с сочетанными эндодонтическо – пародонтальными патологиями. Вакуум создавался с помощью устройства для удаления экссудата из зуба. Введение виферона в ткани пародонта осуществлялось с помощью этого же устройства. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом получавших традиционное лечение (100 больных).

Применяемое в нашей работе устройство для удаления экссудата из зуба при лечении сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий, представляет собой эластичную капу, выполненную на весь зубной ряд, к которой закреплен полый эластичный баллончик, для создания перманентного вакуума, имеющая впускной и выпускной клапаны на основаниях, к впускному клапану подведена эластичная трубка - отсос, второй конец которой вводят в корневой канал зуба, причём на горизонтальном изгибе трубки - отсоса с её нижней стороны выполнен заодно с трубкой резервуар для сбора экссудата.

Лечение осуществлялось следующим образом: после трепанации, экстирпации остаточной ткани пульпы и механической подготовки корневого канала до нормы не менее ISO 40 (соответствует 0,4 мм) канал, как обычно, промывают, очищают, а затем высушивают, на сколько это возможно. Затем пациенту одевают, на 40 – 60 минут, ранее изготовленную капу с эластичным баллоном, так, что бы конец дренажной трубки плотно входил в подготовленный канал. После этого производят нажатие на эластичный баллончик. При нажатии на баллончик, из него выходит воздух через выпускной клапан (который действует аналогично ниппелю), в связи с этим внутри него создаётся отрицательное давление. Воздух в баллончик будет поступать через впускной клапан, откачивая экссудат из зуба по дренажной эластичной трубке. Количество посещений 3 – 5 с интервалом в 1 сутки. В ткани пародонта препарат виферон вводится с помощью этого же устройства, путём размещения его в капле, непосредственно перед введением. После лечения канал пломбируется по общепринятой методике, предпочтительно с применением гутаперчевых штифтов и метода латеральной конденсации.

**Результаты исследования:** При лечении сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий применение предложенного устройства с препаратом виферон было апробировано у 200 пациентов, 100 больных составили контрольную группу, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000.

У 52% пациентов контрольной группы, лечение которых производили с помощью Endo Sonic Air 3000, в течении 4-5 дней ощущалась боль при накусывании в области причинного зуба. Боль иногда усиливалась при приёме пищи, особенно твёрдой. А у пациентов с заболеваниями пародонта средней и тяжелой степени – и дольше.

Пациенты, которым лечение осуществляли с помощью предложенного устройства, на болезненные ощущения (дискомфорт) не жаловались. У 4 пациентов неудобства возникали лишь при приёме твёрдой пищи, в течение первых 2-3 дней.

При контрольном осмотре через 12 месяцев после пломбирования каналов у 5 (10%) пациентов контрольной группы выявлена слабо болезненная перкуссия. У 8 (16%) больных на контрольных рентгеновских снимках отмечено увеличение ширины периодонтальной щели, и очаги разряжения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была

более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разряжения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

Применение предложенного устройства и препарата виферон позволяет: за короткие сроки (3 - 5 дней) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития периодонтита и пародонтита; получить стойкий лечебный эффект. Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, устройство для удаления экссудата из зуба с применением перманентного вакуума удобно для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. При применении предложенного устройства экссудат эффективно удаляется не только из канала и многочисленных его разветвлений, но и из тканей периодонта. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенное устройство, как в техническом исполнении, так и по времени его воздействия.

Нами установлено, что комплексное лечение сочетанных эндодонтически – пародонтальных патологий, с применением перманентного вакуума и препарата виферон, с помощью предложенного устройства, является принципиально новым, патогенетически обоснованным подходом к лечению данной патологии, демонстрирует выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

#### **ЗАКОНОМЕРНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА НА ПРОГНОЗ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙ**

Маланьин И.В.

*Кафедра пропедевтики и профилактики  
стоматологических заболеваний,  
Кубанская государственная медицинская академия,  
Краснодар*

Функция зуба зависит от состояния пародонта: десны, цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости. Заболевания тканей пародонта обычно являются следствием или непосредственного распространения инфекции из корневого канала или прогрессированием воспаления десны в направлении верхушки корня и могут поражать цемент, периодонтальную связку и альвеолярную кость.

Установлено, что латеральные (дополнительные) каналы являются нормальным анатомическим образованием многих зубов, особенно в апикальной трети корня и в области разделения корней моляров. Поэтому в периодонтальной связке в местах выходов латеральных каналов развивается такая же воспалительная реакция, как и в области верхушки корня. Апикальная область при этом может поражаться или оставаться невовлеченной. Воспаление в области верхушки и местах выхода латеральных каналов может также распространяться вдоль латеральных поверхностей корня к верхушке альвеолярного отростка и в конечном счете поражать область разделения корней,