

средств, шовных материалов и полимерных имплантатов // *Материалы II Международной конференции.* М., 1995. С. 28-29.

5. Корнилов В.А., Ульянов В.Ю., Ерецькая Е.В. и др. Применение активированного углеродного волокнистого материала для местного лечения ран // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* 1989. №1. С. 59-62.

6. Деденко И.К., Захараж М.П., Трунов В.И. и др. Сорбционные методы и лазерное облучение гнойно-септических заболеваний // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* 1989. №3. С. 12-16.

7. Ильин Л.А. Антимикробные материалы в медицине. М., 1987.

РОЛЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.В. Гольдштейн, Л.П. Мальчикова, Т.Н. Постникова
УГМА

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) до настоящего времени остается одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Возникновение и рецидивирование язвы обусловлено инфицированием желудка грамотрицательной бактерией *Helicobacter pylori* (НР). Повреждающее действие НР на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки обусловлено воздействием нескольких присущих ей факторов. Сегодня сведений о взаимосвязи язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с заболеваниями пародонта и о роли НР в данной патологии очень мало. Так, с точки зрения Ф.Х. Гафурова, резервуаром НР является ротовая полость, в частности зубной камень и патологический зубодесневой карман, что может свидетельствовать о первичной патологии пародонта и вторичном развитии патогенной микрофлоры желудочно-кишечного тракта. Однако, это мнение поддерживают далеко не все исследователи. Несмотря на имеющиеся публикации о выявлении НР в полости рта, остаются не ясны причины появления микроба, приспособленного к существованию в кислой среде желудка, в патологических зубодесневых карманах при патологии тканей пародонта.

С целью изучения указанной проблемы нами было обследовано 23 пациента с ЯБДК и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени в возрасте от 36 до 56 лет. Диагноз ЯБДК подтверждался фиброгастроскопией и клиническим обследованием, по данным пациентам ранее не проводился курс антибактериальной эрадикационной терапии. Диагноз воспалительно-дистрофических поражений тканей пародонта

ставился на основании жалоб больных, визуального осмотра и определения пародонтальных индексов, таких как: пародонтальный индекс Леуса (КПИ), индекс гингивита (РМА), индекс болезни пародонта (РДИ), индекс рентгенограмм и индекс эффективности гигиены полости рта (РНФ).

Для получения более достоверных показателей всем пациентам рекомендовалось в течение 7-10 дней не проводить гигиену полости рта. По истечении данного времени у всех больных делался выборочно забор биоптатов из патологических зубодесневых карманов на верхней и нижней челюстях. Одновременно с этим проводился забор участка слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. В результате микроскопических исследований в биоптатах из патологических зубодесневых карманов 5 пациентов был обнаружен НР. В 23 случаях на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки также выявлено наличие НР.

В дальнейшем всем обследуемым полость рта орошали раствором хлоргексидина и проводили профессиональную гигиену полости рта, затем обучали их личной гигиене по методам Леонарда, Рейте, Басса, Чартера и Стилманса. Через 25-30 дней у данных пациентов снова делали забор тканей из патологических зубодесневых карманов и микроскопическое исследование биоптатов. Во всех случаях НР не был обнаружен.

Учитывая результаты исследования и то, что рН десневой жидкости колеблется от 6,30 до 7,93 независимо от степени воспаления, а для нормального существования НР необходима более кислая среда (это отмечается и в направлении медикаментозной терапии язвенной болезни), мы считаем возможным

высказать предположение о том, что воспалительно-деструктивные заболевания тка-

ней пародонта тяжелой степени не являются резервуаром для НР.

ГИНГИВОПЛАСТИКА КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

Б.Л. Павлов, В.В. Шашкин, Л.А. Мозговая, В.Ю. Бузмаков

ПГМА

Нередко после операции множественного удаления зубов возникают такие осложнения, как альвеолит и луночковое кровотечение. Частота этих послеоперационных осложнений возрастает в случае проведения травматичного вмешательства [1].

Проведенные нами экспериментальные и денситометрические исследования, касающиеся сроков заживления послеоперационной раны, показали, что процесс эпителизации в обычных условиях завершается на 14-е сутки, а к 30-м лунка удаленного зуба выполняется зрелой соединительной тканью; что касается регенерации костной ткани, то уже на 7-е сутки появляются остеоидные балочки, причем минеральная насыщенность кости в области лунок удаленных зубов нарастает в направлении от альвеолярного края к дну [2].

Целью нашего исследования было создание оптимальных условий для репаративной регенерации тканей пародонта после сложной операции удаления зубов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением с ноября 1997 г. по февраль 1998 г. находилось 20 больных в возрасте от 19 до 48 лет, которым были удалены преимущественно многокорневые зубы по поводу хронического периодонтита и его обострения, в том числе 12 человек из основной группы и 8 - из контрольной.

Сложное удаление зубов, в частности методом выдалбливания, леченных резорцин-формалиновым методом, предусматривало широкую отслойку десны с обеих сторон альвеолярного отростка или проведение дополнительного дугообразного разреза в вертикальном направлении с последующим отсепаровыванием слизисто-надкостничного лоскута [3]. Наложение швов на рану десны и лунки по общепринятой методике, после завершения операции оказывалось не всегда эффективным, так как нередко образовывался грубый рубец, деформирующий гребень альвеолярного отростка, что приводило к его атрофии. Наряду с этим неблагоп-

риятным фактором было и то, что вершина лоскута нередко отходила от пришеечного края десны соседних зубов из-за сокращения мобилизованного лоскута. В результате обнажались края альвеолы и последующее заживление в этой области осложнялось. Данная методика удаления зубов применялась в контрольной группе.

Во избежание указанных осложнений нами была осуществлена модификация метода А.П. Сидермана [3], получившая название гингивопластики [4]. Суть ее заключается в том, что выступающие острые края лунок и межкорневых перегородок скусывают соответствующими кусачками на величину, не превышающую 1,0-1,5 мм. Неповрежденные межзубные сосочки, имеющие форму равностороннего треугольника, перемещаются навстречу друг другу в горизонтальной плоскости: вестибулярный - кпереди и кнутри, оральный - кзади и кнаружи. Такое их расположение обеспечивает оптимальное сближение краев раны и одновременно прикрывает края альвеолярного отростка. При значительном натяжении десны мы отказались от массивной отслойки слизисто-надкостничного лоскута, а мобилизацию краев раны производили с помощью дополнительных разгружающих насечек-разрезов [5].

Гингивопластика, проведенная основной группе больных, позволила избежать нарушений местной гемодинамики и последующей, связанной с ней атрофии альвеолярного отростка.

В случае острого воспалительного процесса в пародонте подлежащих удалению зубов в обеих группах больным назначали общепринятые антибактериальные и десенсибилизирующие препараты, анальгетики, а также соответствующие физиотерапевтические средства.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе были отмечены такие общеклинические проявления репаративной регенерации тканей в области лунок удаленных зубов, как: появление грануляций