

ЛИТЕРАТУРА

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. — М., 1966.
2. Вихляева Е.М. и др. В кн.: Гинекологическая эндокринология. — М., 1980.
3. Дильман В.М. Большие биологические часы. — М., 1982.
4. Менделевич В.Д., Зимакова И.Е. и др. / Акуш. и гин. — 1983. — № 2. — С. 51—54.
5. Менделевич В.Д. //Невропатол. и психиатр. — 1984. — № 4. — С. 548—551.
6. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. — Казань, 1992.
7. Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия. — Казань, 1996.

Поступила 10.01.00.

УДК 616.716.1+616.716.4]-06.616.314-002.2-085

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ

А.К.Салахов

*Кафедра челюстно-лицевой хирургии (зав. — проф. Т.Т. Фаизов)
Казанского государственного медицинского университета*

Одним из механизмов развития острых одонтогенных воспалительных заболеваний (ООВЗ) являются нарушения регионарного кровообращения, которые наряду с другими факторами определяют объем и степень поражения тканей. Поэтому исследование состояния регионарного кровообращения при ООВЗ и коррекция его расстройств представляют собой актуальную задачу гнойной челюстно-лицевой хирургии.

Необходимо отметить, что большинство методов исследования состояния регионарного кровообращения, используемых при ООВЗ (реография, термовизиография, радионуклидная скintiграфия и др.), в большей степени отражают лишь наличие воспаления и не дают представления о состоянии сосудов зоны воспаления. Приемлемым для исследования состояния микрогемоциркуляции (МЦ) при любой патологии челюстно-лицевой области (ЧЛО) является МЦ-русло бульбарной конъюнктивы. Глазная артерия, кровоснабжающая данное образование, является ветвью внутренней сонной артерии и имеет тесную взаимосвязь с бассейном наружной сонной

COMPARATIVE EFFICIENCY OF THE THERAPY WITH GRANDAXINE OF PSYCHOPATHOLOGIC MANIFESTATIONS OF CLIMACTERIC SYNDROME

V.D. Mendelevich

Summary

The results of studies of grandaxine efficiency in the treatment of psychopathologic manifestations of climacteric syndrome in 217 patients with asthenic, senestopathic and hypochondriac, anxiety and depressive, and hysteric variants of climacteric psychic disorders are given. Grandaxine proved to be a highly effective drug in arresting asthenic and to a lesser degree anxiety and depressive variants.

артерии за счет иннервации единым с ним симпатическим волокном. Второй же способ — определение кровяного давления в лицевых сосудах — важен для оценки состояния не только “местной” гемодинамики, но и кровообращения в сосудах головного мозга, так как лицевые артерии являются ветвями наружной сонной артерии, связанной по кровотоку с внутренней сонной артерией. Следовательно, оба способа, дополняя друг друга, позволяют установить изменения гемодинамики не только в области острого одонтогенного воспаления, но и в звеньях интракраниальной сосудистой системы.

Указанными выше способами проведено комплексное исследование сосудистого тонуса и состояния МЦ у 74 больных ООВЗ челюстей в возрасте от 15 до 67 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Казани, и у 10 лиц контрольной группы без острой одонтогенной инфекции. Выделены три клинические группы. В 1-ю группу вошли больные (16 чел.), общее состояние

которых было удовлетворительным и соответствовало клинике острого одонтогенного периостита (ООП), во 2-ю — пациенты (19 чел.) с острым одонтогенным (ограниченным или диффузным) остеомиелитом (ООО), общее состояние которых было удовлетворительным либо средней тяжести, в 3-ю — больные (39 чел.) ООО, осложненным флегмоной окологлазничных мягких тканей (ОООФ).

Состояние МЦ исследовали с помощью биомикроскопии бульбарной конъюнктивы у наружного угла обоих глаз по методу Книзели и Хартинга в модификации Н.Б. Шутьиной [3]. Для описания характера МЦ использовали количественно-качественную методику А.М. Смирнова [2]. Расстройства МЦ определяли в виде интра-, пери- и васкулярных нарушений [4]. Параллельно проводили трансиллюминационную компрессионную ангиотензометрию ЧЛО для оценки кровяного давления в лицевой и губных артериях [1].

Анализ результатов ангиотензометрии пораженной и интактной сторон с учетом нозологического варианта ООВЗ, полученных при поступлении больных в стационар, выявил прямо пропорциональную зависимость повышения АДтах в лицевой и губных артериях от тяжести заболевания: ООП—ООО—ОООФ, что было подтверждено статистически (от $P < 0,05$ до $P < 0,001$). Что касается АД min в лицевой артерии и венозного давления (ВД) в губной вене, то при ОООФ они существенно превышали аналогичные показатели больных ООП ($P < 0,01$).

Установление факта гипертензии в ветвях наружной сонной артерии указывает на явные нарушения в регионарной гемодинамике, связанные с изменениями сосудистого тонуса как в лицевом, так и в краниальном отделах. При этом возрастание регионарной гипертензии в ряду нозологических форм (ООП — ООО — ОООФ) и уменьшение в этом же ряду статистически значимых различий между показателями кровяного давления контрлатеральной и одноименной стороны поражения свидетельствуют о

более распространенных и выраженных нарушениях сосудистого тонуса в каждой последующей форме по сравнению с предыдущей вследствие нарастания тяжести течения воспалительного процесса.

В свою очередь, результаты биомикроскопии бульбарной конъюнктивы показали, что уже с первых суток стационарного лечения отмечаются характерные изменения в МЦ русле, которые проявляются увеличением индекса периваскулярных изменений (ИПИ) от 1 до 3 баллов и индекса сосудистых изменений (ИСИ) от 6 до 13 баллов на стороне поражения. При этом периваскулярные изменения характеризовались локальным или распространенным отеком, а сосудистые — неравномерностью, изменением калибра и извитостью сосудов. Кроме того, имели место изменение калибра и снижение количества функционирующих капилляров, что отражалось на значениях индекса капиллярных изменений (ИКИ), которые составили 1—4 балла. Обнаруживались и внутрисосудистые изменения (ИВИ) от 7 до 14 баллов, проявлявшиеся в замедлении кровотока, появлении агрегации эритроцитов, сладж-феномена в отдельных капиллярах и венулах. Значения общего конъюнктивального индекса (ОКИ) колебались от 14 до 33 баллов. Указанные изменения отмечались и на интактной стороне, но не во всех случаях и в менее выраженной степени. Нарушения МЦ сохранялись, как правило, длительное время (до 8 и более суток).

При ООВЗ челюстей, наряду с хирургическим пособием и антибактериальной терапией, важное значение придавалось комплексному патогенетическому лечению. В частности, с целью коррекции пери-, интра- и васкулярных нарушений в течение 2 дней использовали комплекс препаратов (ксимедон по 0,5 г 3 раза в день внутрь, 1% раствор дибазола по 0,5 мг/кг массы 2 раза в день и 10% раствор глюконата кальция по 5 мл один раз в день в/м). Уже через один час после их введения прослеживалась положительная динамика: распростра-

ненный периваскулярный отек становился локальным; нормализовался калибр единичных артериол и венул; вместо распространенной извитости определялась извитость единичных артериол; восстанавливался калибр капилляров и исчезали участки разрежения капиллярного рисунка; редуцировалась агрегация эритроцитов в венулах и артериолах; агрегация эритроцитов определялась только в единичных капиллярах; исчезал сладж-феномен; нормализовалось артериоло-венулярное соотношение. На стороне поражения через один час после введения препаратов установлено уменьшение значений следующих показателей МЦ (см. табл.): ИСИ ($P<0,05$), ИВИ ($P<0,001$) и ОКИ ($P<0,01$), на интактной стороне: ИКИ ($P<0,001$), ИВИ ($P<0,05$) и ОКИ ($P<0,01$).

Динамика индексов микроциркуляции при применении комплекса препаратов, улучшающих МЦ через час после их введения

Индексы МЦ	Сторона поражения		Интактная сторона	
	до введения	после введения	до введения	после введения
ИПИ	1,3±0,2	1,3±0,2	1,0±0,1	1,0±0,1
Р		>0,05		—
ИСИ	6,8±0,8	4,0±0,7	5,0±0,6	4,3±0,2
Р		<0,05		>0,05
ИКИ	2,0±0,3	1,3±0,2	2,0±0,1	1,0±0,1
Р		>0,05		>0,001
ИВИ	10,0±0,3	5,8±0,2	7,5±0,3	5,0±0,6
Р		<0,001		<0,05
ОКИ	20,0±0,9	12,3±0,8	15,5±0,4	11,0±0,5
Р		<0,01		<0,01

Статистически значимое приближение индексов МЦ к норме на стороне поражения наступало на 2-е сутки (ИПИ), на 5-е (ИКИ) и при выписке (ИВИ), на интактной стороне: на 5-е сутки (ИКИ), на 8-е (ИЛИ, ИСИ, ИВИ) и при выписке (ОКИ).

Таким образом, установленные нарушения МЦ, коррелировавшие с регионарной гипертензией у больных ООВЗ челюстей свидетельствовали о расстройствах регионарной гемодинамики, нараставших в ряду ООП—ООО—ОООФ. Разработанный нами способ комплексной коррекции указанных выше гемодинамических расстройств (патент РФ № 2162696 на "Способ лечения острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний) предполагает в дополнение к традиционному воздействию на различные звенья МЦ русла: дибазола — на стенки сосудов, ксимедона — на внутрисосудистые изменения, глюконата кальция — на внесосудистые изменения. При этом редукция нарушений МЦ начинается уже с первого дня лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М.З., Ксембаев С.С.//Бюлл. изобр. — 1989. — № 30. — С. 21.
2. Смирнов А.М. Травматизм, его профилактика и лечение. — М., 1981. — Вып. 2.
3. Шульпина Н.Б. Методика биомикроскопии живого глаза. — М., 1966.
4. Maggio E. Microhemocirculation observe variables and their biological control. — Springfield, 1965.

Поступила 26.09.01.

DIAGNOSIS AND CORRECTION OF REGIONAL BLOOD CIRCULATION DISORDERS IN ACUTE ADONTOGENIC INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLAS

A.K. Salakhov

Summary

The complex study of vascular tonus and microcirculation state in patients with acute adontogenic inflammatory diseases is performed. The revealed microcirculation disorders correlated with regional hypertension. These changes reflected the regional hemodynamics disorders growing with acute adontogenic periostitis, acute adontogenic osteomyelitis complicated by perimaxilla soft tissue phlegmon. The complex correction method of mentioned hemodynamics disorders is developed.