

4. Orru, M. G. Interferon-alpha-induced psychiatric side effects in patients with chronic viral hepatitis: a prospective, observational, controlled study / M. G. Orru, A. Baita, R. Sitzia [et al.] // *Epidemiol. Psichiatr. Soc.* – 2005. – Vol. 14. – P. 145–153.

## References

1. Bardakhchyan E. A., Kharlanova N. G. *Citologiya i Genetika*. – *Cytology and Genetics*. 1997;1(31):5-11.
2. Geyvandova N. I., Yagoda A. V., Bondarenko E. M. *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza*. – *Medical News of North Caucasus*. 2013;3:22-26.

**НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ  
ИНТЕРФЕРОН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ  
У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ  
ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С**

Е. М. БОНДАРЕНКО, Н. И. ГЕЙВАНДОВА

**Ключевые слова:** хронический вирусный гепатит С, эндотоксин, нейтропения, депрессия

5. Romero, L. I. Roles of IL-1 and TNF-alpha in endotoxin-induced activation of nitric oxide synthase in cultured rat brain cells / L. I. Romero, J. B. Tatro, J. A. Field, S. Reichlin // *Am. J. Physiol.* – 1996. – Vol. 27, № 2. – P. 326–332.

3. Horsmans Y. *J Antimicrob Chemotherapy*. 2006;58:711-713.
4. Orru M. G., Baita A., Sitzia R. [et al.]. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 2005;14:145-153.
5. Romero L. I., Tatro J. B., Field J. A., Reichlin S. *Am J Physiol*. 1996;2(27):326-332.

**MECHANISMS  
OF INTERFERON-INDUCED DEPRESSION  
IN PATIENTS WITH CHRONIC  
VIRAL HEPATITIS C**

BONDARENKO E. M., GEYVANDOVA N. I.

**Key words:** chronic viral hepatitis C, endotoxin, neutropenia, depression

© Коллектив авторов, 2013

УДК 615.465:546.824.015.4:612.014

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08047>

ISSN – 2073-8137

## РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ТРАВМ НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА

И. А. Копылова, А. В. Копылов, С. В. Сирак, А. В. Елизаров

Ставропольский государственный медицинский университет

**П**ричинами травм нижнего альвеолярного нерва является нарушение протокола операции дентальной имплантации, правил эндодонтического лечения, удаления зубов, проведения проводниковой анестезии, а также анатомо-топографические особенности строения нижней челюсти и нижнечелюстного канала [1, 2, 4]. В современной литературе клиническая картина данного осложнения описана недостаточно подробно

Копылова Ирина Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел. 8(8652) 355536; e-mail: chijgay@yandex.ru

Копылов Анатолий Васильевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89624497350; e-mail: chijgay@yandex.ru

Сирак Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(8652)350551; e-mail: sergejsirak@yandex.ru

Елизаров Андрей Викторович, старший лаборант кафедры стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 8(8652) 355536; e-mail: elizarov@yandex.ru

но [3, 4]. Лечение, которое проводится при возникновении одонтогенных компрессионных травм нижнего альвеолярного нерва (ОКТНАН), является симптоматическим и не обеспечивает восстановления кровообращения и чувствительности иннервируемых зон. Кроме того, не выполняются мероприятия по извлечению инородного тела (дентального имплантата или пломбирочного материала) из просвета нижнечелюстного канала. Одной из трудностей, с которой сталкиваются врачи-стоматологи, является отсутствие четких методических указаний на тактику лечебных мероприятий при данной патологии. Отсутствие рабочей классификации ОКТНАН не позволяет в полной мере использовать весь потенциал современных средств диагностики и лечения.

Цель – создание рабочей классификации одонтогенных компрессионных травм нижнего альвеолярного нерва на основании анализа этиологии, патогенеза, клинического течения и эффективных методов терапии.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 16 пациентов с диагнозом «одонтогенная компрессионная травма нижнего альвеоляр-

ного нерва». Среди них 15 женщин и 1 мужчина в возрасте от 17 до 65 лет. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев до нескольких лет. Преобладание лиц женского пола объясняется особенностями анатомо-топографического строения нижнечелюстного канала у данной категории пациентов, а именно отсутствием верхней компактной пластинки нижнечелюстного канала, что является предрасполагающим фактором для выведения пломбировочного материала. По данным ряда авторов, женщины в возрасте от 25 до 45 лет являются «группой риска» при проведении эндодонтических вмешательств по поводу лечения осложнений кариеса премоляров и моляров [3, 5].

Диагностика травм нижнего альвеолярного нерва заключалась в выполнении панорамных снимков, компьютерной томографии с целью установления точной локализации апикального герметика или дентального имплантата в нижнечелюстном канале. С помощью дигитестера Parkel 0624 определялись электропотенциалы кожи лица и пульпы зубов. Электропотенциалы кожи лица определялись в четырех точках: в области угла рта, подбородка, в проекции ментального и нижнечелюстного отверстий нижней челюсти. Показатели суммировались и вычислялось среднее значение.

**Результаты и обсуждение.** В результате определения электропотенциалов кожи лица и электроодонтодиагностики зубов были выявлены значительные изменения этих показателей в сторону увеличения, что свидетельствует о травме нижнего альвеолярного нерва и нарушении его проводимости. Если в норме пульпа зуба реагирует на силу тока 2–6 мкА, то при данной патологии эти показатели увеличиваются от  $22 \pm 3,4$  мкА до  $72 \pm 3,6$  мкА, в зависимости от степени повреждения нижнего альвеолярного нерва. Показатели электропотенциалов кожи лица также увеличены от  $53 \pm 3,5$  до  $95 \pm 1,6$  при

норме 25–37 мкА. Таким образом, с помощью дигитестера можно оценить степень повреждения нижнего альвеолярного нерва, более точно установить диагноз и определиться с объемом консервативных и хирургических мероприятий. Всем пациентам проводили операцию латерализации нижнего альвеолярного нерва, извлекали дентальный имплантат или апикальный герметик. Послеоперационная реабилитация включала проведение физиотерапевтических процедур, грязелечения, иглорефлексотерапии, витаминотерапии. Назначались транквилизаторы. В течение нескольких месяцев кровообращение и чувствительность кожи лица восстанавливались. Длительность послеоперационного лечения зависела от давности возникшего осложнения, а также от вида пломбировочного материала. Хуже всего поддавалась лечению травма нижнего альвеолярного нерва, вызванная выведением в нижнечелюстной канал резорцин-формалиновой пасты и герметика на основе оксида цинка и эвгенола.

Согласно разработанной на основании полученных данных рабочей классификации ОКТНАН, выделено 3 степени её тяжести: 1 степень – нейропраксия, временное прекращение проводимости нерва без потери непрерывности структуры осевоцилиндрических отростков (терапевтическое лечение эффективно), 2 степень – аксонотмезис, разрушение сегмента нерва вследствие его длительного сдавления и нарушения кровообращения (терапевтическое лечение малоэффективно), 3 степень – нейронотмезис, полное прекращение проводимости нервного ствола (требуется сложное нейрохирургическое лечение и длительная послеоперационная реабилитация).

**Заключение.** Лечение ОКТНАН должно быть комплексным, включающим хирургическое вмешательство, длительную послеоперационную терапию с учетом разработанной рабочей классификации.

#### Литература

1. Григорьянц, Л. А. Некоторые особенности топографии нижнечелюстного канала / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак, Н. Э. Будзинский // Клиническая стоматология. – 2006. – № 1. – С. 46–51.
2. Григорьянц, Л. А. Способ оперативного доступа к нижнечелюстному каналу / Л. А. Григорьянц, С. В. Сирак, А. В. Федурченко [и др.] // патент на изобретение RUS 2326619 от 09.01.2007.
3. Коробкеев, А. А. Изучение особенностей анатомо-топографического строения нижней челюсти для планирования эндодонтического и имплантологического лечения / А. А. Коробкеев, С. В. Сирак, И. А. Ко-

пылова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 1. – С. 17–22.

4. Сирак, С. В. Осложнения, возникающие на этапе пломбирования корневых каналов зубов, их прогнозирование и профилактика / С. В. Сирак, И. А. Шаповалова, И. А. Копылова // Эндодонтия Today. – 2009. – № 1. – С. 23–25.
5. Сирак, С. В. Клинико-анатомическое обоснование лечения и профилактики травм нижнеальвеолярного нерва, вызванных выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал : дис. ... д-ра мед. наук / Сирак С. В. // «Центральный научно-исследовательский институт стоматологии». М., 2006.

#### References

1. Grigoryants L. A., Sirak S. V., Budzinsky N. E. *Klinicheskaya stomatologiya. – Clinical stomatology.* 2006;1:46–51.
2. Grigoryants L. A., Sirak S. V., Fedurchenko A. V. i dr. *Sposob operativnogo dostupa k nizhnechelyustnomu kanalu. patent na izobreteniyе RUS 2326619 от 09.01.2007.*
3. Korobkeyev A. A., Sirak S. V., Kopylova I. A. *Meditsinsky*

*vestnik Severnogo Kavkaza. – Medical News of North Caucasus.* 2010;1(17):17–22.

4. Sirak S. V., Shapovalova I. A., Kopylova I. A. *Endodontiya Today. – Endodontology Today.* 2009;1:23–25.
5. Sirak S. V. *Kliniko-anatomicheskoye obosnovaniye lecheniya i profilaktiki travm nizhnealveolyarnogo nerva, vyzvannykh vyvedeniyem plombirovochnogo materiala v nizhnechelyustnoy kanal.* Moskva, 2006.

**РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ  
ОДОНТОГЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ТРАВМ  
НИЖНЕГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО НЕРВА**И. А. КОПЫЛОВА, А. В. КОПЫЛОВ, С. В. СИРАК,  
А. В. ЕЛИЗАРОВ**Ключевые слова:** нижний альвеолярный нерв, травма, классификация**WORKING CLASSIFICATION  
OF ODONTOGENOUS COMPRESSION INJURIES  
OF THE INFERIOR ALVEOLAR NERVE**KOPYLOVA I. A., KOPYLOV A. V., SIRAK S. V.,  
ELIZAROV A. V.**Key words:** inferior alveolar nerve, injury, classification

© Коллектив авторов, 2013

УДК 616.36-099:616.381-002:615.032

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2013.08048>

ISSN – 2073-8137

**ИНТРАПОРТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ  
В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ МАКРОФАГАЛЬНОЙ  
ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЭНДОТОКСИКОЗА  
ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ**

В. Н. Чернов, С. Ю. Ефанов, А. Р. Сапралиев

Ростовский государственный медицинский университет

**Л**ечение больных распространённым перитонитом (РП) всегда вызывает большие трудности. Летальность при РП составляет 30–50 % и не имеет тенденции к снижению [3].

В случае осложнения РП токсико-септическим шоком (ТСШ) и полиорганной недостаточностью (ПОН) послеоперационная летальность достигает 80–90 % [1, 2, 5]. Пусковым моментом в развитии эндотоксикоза (ЭТ) и ПОН является нарушение энтерального барьера, транслокация симбионтной микрофлоры и токсинов из просвета кишечника в системный кровоток. На пути микробной инвазии первой оказывается печень, которая является не только «органом-мишенью», но и первым барьером [3, 4]. Поэтому первоочередное внимание следует уделять интрапортальной терапии (ИТ). В клинике общей хирургии РостГМУ накоплен большой опыт включения ИТ в комплексную послеоперационную терапию больных РП.

Чернов Виктор Николаевич,  
доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ,  
профессор, заведующий кафедрой общей хирургии  
Ростовского государственного медицинского университета;  
тел.: 89282262228; e-mail: v.chernov@mail.ru

Ефанов Сергей Юрьевич,  
кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры общей хирургии  
Ростовского государственного медицинского университета;  
тел.: 88632973741; e-mail: efanov\_su@mail.ru

Сапралиев Ахмед Русланович,  
аспирант кафедры общей хирургии  
Ростовского государственного медицинского университета;  
тел.: 89281533713; e-mail: ahmed\_s06@mail.ru

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных РП путем разработки комплексной ИТ: интрапортальные инфузии, ультрафиолетового облучения аутокрови, введения гепатопротекторов, актопротекторов, антиоксидантов, антигипоксантов, незаменимых аминокислот и микроэлементов, антибактериальных препаратов.

**Материал и методы.** Основу работы составил анализ клинического, инструментально-лабораторного обследования, наблюдения и лечения 244 больных РП. По принципу подхода к лечению все больные были распределены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, срокам и причинам заболевания. В 1 группу включены 127 больных, лечение которых проводилось в соответствии с общепринятыми стандартами. Вторую группу составили 117 больных РП, лечение которых проводилось с учетом степени выраженности ЭТ по разработанной в клинике и усовершенствованной нами методике, а также с учетом стадии макрофагальной печеночной недостаточности (МПН). В основу коррекции МПН положен используемый в клинике «Способ лечения распространённого перитонита» (Патент РФ № 2154997 от 27.08.2000) и предложенный нами «Способ лечения гнойно-некротического панкреонекроза» (Патент на изобретение РФ № 2446756 от 10.04.2012).

В соответствии с этим всем больным 2-й группы выполнялось канюлирование пупочной вены с последующей ИТ: дезинтоксикационной,