

Данное уравнение позволяет индивидуально прогнозировать высоту пахового промежутка по простым антропометрическим параметрам передней брюшной стенки и выбрать оптимальный способ хирургического лечения паховой грыжи еще на дооперационном этапе.

### Выводы

1. Изучение антропометрических особенностей топографии пахового промежутка позволяет прогнозировать возникновение паховых грыж.
2. Разработанное уравнение точного расчета высоты пахового промежутка по антропометрическим параметрам передней брюшной стенки дает возможность выбрать оптимальный способ грыжевых ворот на дооперационном этапе.

### Литература / References

1. *Жебровский В.В.* Хирургия грыж живота. – М., 2005. – 384 с.
2. *Жебровский В.В.* Хирургия грыж живота. – М., 2005. – 384 с.
2. *Черных А.В., Любых Е.Н., Витчинкин В.Г. и др.* Индивидуальные особенности строения пахового промежутка: продолжение трудов Т.Ф. Лавровой // Журнал анатомии и гистопатологии. – 2014. – Т. 3. – № 1 (9). – С. 55–58.
- Chernyh A.V., Ljubyh E.N., Vitchinkin V.G. i dr.* Individual'nye osobennosti stroeniya pahovogo promezhutka: prodolzhenie trudov T.F. Lavrovoj // Zhurnal anatomii i gistopatologii. – 2014. – Т. 3. – № 1 (9). – С. 55–58.
3. *Kulacoglu H.* Current options in inguinal hernia repair in adult patients // Hippokratia. – 2011. – Vol. 15. – № 3. – P. 223–231.
4. *Лаврова Т.Ф.* Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.
- Lavrova T.F.* Klinicheskaja anatomija i gryzhi perednej brjushnoj stenki. – М.: Medicina, 1979. – 104 с.
5. *Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М.* Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 144 с.

*Nesterenko Ju.A., Gaziev R.M.* Pahovye gryzhi. Rekonstrukcija zadnej stenki pahovogo kanala. – М.: BINOM. Laboratorija znanij, 2005. – 144 s.

6. *Черных А.В., Любых Е.Н., Закурдаев Е.И.* Половые, возрастные и типовые закономерности в строении поперечной фасции живота // Врач-Аспирант. – 2014. – Т. 63. – № 2.1. – С. 134–140.

*Chernyh A.V., Ljubyh E.N., Zakurdaev E.I.* Polovye, vozrastnye i tipovye zakonovernosti v stroenii poperechnoj fascii zhivota // Vrach-Aspirant. – 2014. – Т. 63. – № 2.1. – С. 134–140.

7. *Черных А.В., Любых Е.Н., Малеев Ю.В., Закурдаев Е.И.* Конституциональные и топографо-анатомические особенности строения подчревной области передней брюшной стенки // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 25–31.

*Chernyh A.V., Ljubyh E.N., Maleev Ju.V., Zakurdaev E.I.* Konstitucional'nye i topografo-anatomicheskie osobennosti stroeniya podchrevnoj oblasti perednej brjushnoj stenki // Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoy hirurgii. – 2014. – Т. 7. – № 1. – С. 25–31.

8. *Jenkins J.T., O'Dwyer P.J.* Inguinal hernias // BMJ. – 2008. – Vol. 336. – № 7638. – P. 269–272.

9. *Read R.C.* Herniology: past, present, and future // Hernia. – 2009. – Vol. 13. – № 6. – P. 577–580.

10. *Шевцов А.Н.* Хирургическая анатомия околощитовидных желез. Новые данные и подходы (клинико-анатомическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2013. – 24 с.

*Shevcov A.N.* Hirurgicheskaja anatomija okoloshhitovidnyh zhelez. Novye dannye i podhody (kliniko-anatomicheskoe issledovanie): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Voronezh, 2013. – 24 s.

*Закурдаев Евгений Иванович (контактное лицо) – аспирант кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией ГБОУ «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России. 394063, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. 25 января, д. 6а, кв. 38; e-mail: ezakurdaev@rambler.ru.*

УДК 616.311.2-002-02 : 616.853-085.213-06

Е.П. Зиньковская, Е.В. Честных, А.Ж. Петрикас

## ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЙ ГИНГИВИТ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ВЫЗВАННЫЙ ДИФЕНИНОМ (ФЕНИТОИНОМ)

*Кафедра терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России*

Статья посвящена изучению стоматологического статуса больных эпилепсией, получающих дифенин (фенитоин). Авторы подтвердили его гингивотропное действие, показали развитие гипертрофического гингивита у 31,3% больных эпилепсией, получающих дифенин в качестве монотерапии или в комплексе с другими препаратами, преобладание отечной формы заболевания.

**Ключевые слова:** эпилепсия, гипертрофический гингивит, дифенин (фенитоин).

## HYPERTROPHIC GINGIVITIS IN PATIENTS WITH EPILEPSY CAUSED BY DIPHENINUM (PHENYTOIN)

E.P. Zinkovskaya, E.V. Chestnyh, A.Z. Petrikas

*Tver State Medical Academy*

The article is devoted to the study of the dental status of epileptic patients receiving phenytoin. The authors confirmed it gingivotropism, showed the development of hypertrophic gingivitis in 31,3% of patients with epilepsy

receiving phenytoin as monotherapy or in combination with other drugs, the prevalence of the edematous form of the disease.

**Key words:** epilepsy, hypertrophic gingivitis, dipheninum (phenytoin).

### Введение

В своей практике врач-стоматолог довольно часто сталкивается с гипертрофией десны, различая отечную и фиброзную форму гипертрофического гингивита (ГГ). В качестве его этиологических факторов может выступать эндокринная патология, хроническая травма, постоянный или продолжительный прием каких-либо медикаментозных препаратов [1–3].

В частности, лекарственный гипертрофический гингивит описан при назначении давно применяемого в клинике и хорошо известного противоэпилептического препарата дифенина (МНН Phenytoin). Первое сообщение о ГГ как побочном эффекте приема дифенина было сделано в 1939 г. [4]. Гингивотропность дифенина наблюдается у 50–60% больных, принимающих данный препарат постоянно как минимум в течение 6 мес. [5].

В дальнейших работах была показана положительная зависимость степени выраженности ГГ от количества зубного налета, воспалительных явлений в десне, глубины зубодесневых карманов и кариеса зубов. Тщательный гигиенический уход за полостью рта не препятствует возникновению ГГ, но контролирует степень разрастания десны и позволяет поддерживать минимальный уровень ее гипертрофии [6, 7].

К гипертрофии десен также оказались причастными и фармакологические средства иных классов, в частности, селективный блокатор кальциевых каналов нифедипин и иммунодепрессивное средство циклоспорин. Как свидетельствуют данные литературы, циклоспорин в отношении токсического действия на десны опережает другие лекарства [2].

Интереса стоматологов к дифенину, имевшего место до 70-х годов прошлого века, теперь не наблюдается, хотя данный препарат по-прежнему применяется в эпилептологии, как правило, в составе противосудорожных лекарственных комбинаций.

**Цель:** изучить частоту и особенности лекарственного ГГ, развившегося после лечения эпилепсии дифенином, для оптимизации лечебной тактики.

### Материал и методы

В одномоментном исследовании 119 больных Тверского областного клинического психоневрологического диспансера и Тверской областной клинической больницы № 1 им. М.П. Литвинова изучена частота и особенности стоматологического статуса пациентов, получающих пролонгированную терапию антиконвульсантами и иными психотропными препаратами. Возраст пациентов колебался от 19 до 77 лет.

Для оценки стоматологического статуса использована стандартная карта ВОЗ (1995), включавшая следующие критерии: состояние зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, потребность в протезировании. При этом была произведена оцен-

ка индексов КПУ, коммунального пародонтального индекса СРІ, гигиенического индекса ОНS-I. После «слепого» осмотра полости рта пациентов выделили группу больных эпилепсией (53 человека) и группу сравнения (66 человек), составленную лицами с различными психическими расстройствами (РПР). По возрасту и полу существенной разницы между группами пациентов не было отмечено ( $p > 0,05$ ).

Больные эпилепсией получали индивидуальную противосудорожную терапию. Дифенин в составе комплексного лечения применялся у 16 (30,2%) больных. Из них двое получали дифенин в качестве монотерапии.

Статистическую обработку данных проводили с применением программы «Statistica 6.0» с использованием «Excell 2003», различия оценивали методами сравнения доверительных интервалов и вычисления отличий средних значений (критерий Стьюдента).

### Результаты и обсуждение

На этапе стоматологического обследования полости рта было установлено, что при сходной интенсивности кариозного процесса ( $p > 0,05$ ) в исследуемых группах наблюдались достоверные отличия по составляющим индекса КПУ (рис. 1).

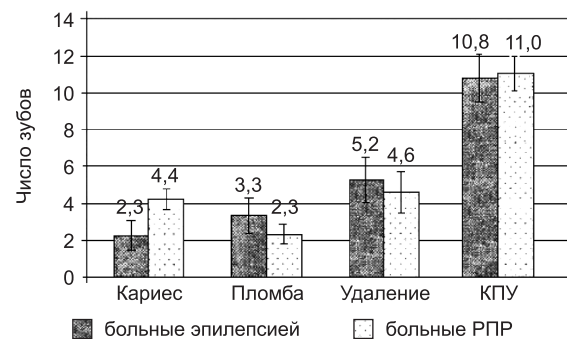


Рис. 1. Структура индекса КПУ у больных эпилепсией и различными психическими расстройствами (РПР)

У пациентов с эпилепсией здоровый пародонт встречался в 15,3% случаев сравнительно с пациентами РПР (19,9%). Пародонтальный статус на основании индекса СРІ у больных эпилепсией был лучше, чем в группе РПР по числу здоровых секстантов в 1,9 раза ( $p < 0,05$ ).

Доля лиц с пародонтитом тяжелой степени среди больных эпилепсией составила 7,5%, что значительно меньше, чем у больных с РПР – 17,2% ( $p < 0,05$ ). Из 16 больных эпилепсией в возрасте от 27 до 53 лет, получавших комплексную противосудорожную терапию, включающую дифенин, у 5 (31,3%) человек был диагностирован хронический гипертрофический гингивит. У 4 пациентов имела место отечная форма (рис. 2), у 1 – фиброзная.

Таблица

**Частота ГГ, вызванного дифенином, циклоспорином и нифедипином  
(по данным отечественных авторов)**

Авторы публикаций	Назначаемый препарат	Число больных	Число случаев ГГ	Формы ГГ
Кычакова С.И. (1993)	Нифедипин	60	7 (11,7%)	Отечная – 3 Фиброзная – 4
Честных Е.В. (2000)	Циклоспорин	35	16 (45,7%)	Фиброзная
Зиньковская Е.П. (2007)	Дифенин	16	5 (31,3%)	–
Чечель А.П. (1968)	Фенитоин	238	138 (61%)	–
Абрамов Н.М., Осорина Е.П. (1964)	Фенитоин	106	29 (27,3%)	–



Рис. 2. Отечная форма ГГ у больного эпилепсией с умеренными изменениями личности (Н.Б.Е., 27 лет)

Полученные результаты подтверждают данные литературы, что терапия эпилепсии дифенином способствует возникновению ГГ. Однако, у наблюдаемых нами больных проявления ГГ имели слабо выраженную клиническую картину [8]. Клиническая картина ГГ при лечении дифенином отличалась преобладанием отежной формы.

Индекс гигиены был самым низким у больных эпилепсией с невыраженными изменениями личности ( $1,5 \pm 0,1$ ), для которых свойственна прилежность и аккуратность, стереотипность действий. Режим ухода за зубами соблюдали 44% больных эпилепсией и только 19% больных с РПП. С нарастанием изменений личности ухудшалась гигиена полости рта и, соответственно, усугублялось состояние пародонта.

Полученные нами данные о частоте лекарственного ГГ сопоставлены с данными отечественной литературы (табл.).

Как видно из таблицы, циклоспорин является самым активным гингивотропным лекарственным веществом. Дифенин также оказывает побочное токсическое действие на ткани десны. Видимо, современная комплексная терапия эпилепсии сводит к минимуму применение дифенина. Подобные данные получила и С.И. Кычакова (1993), осмотревшая 32 больных эпилепсией и обнаружившая увеличенные десневые сосочки только у 3 из них [9].

Снижение частоты его побочного действия на пародонт, вероятно, объясняется вытеснением дифенина из арсенала эпилептолога более современными противосудорожными средствами.

**Заключение**

Изучение частоты и особенностей течения лекарственного гипертрофического гингивита показало, что среди больных эпилепсией, принимающих дифенин, он развивался в 31,3% случаев, что подтверждает его гингивотропную активность. И только уменьшение его практического использования в современной эпилептологии, по-видимому, объясняет невысокую частоту гипертрофического гингивита в группе больных, нуждающихся в приеме антиконвульсантов. Психологические особенности больных эпилепсией с умеренными изменениями личности могут способствовать поддержанию более высокого уровня стоматологического здоровья сравнительно с пациентами с различными психическими расстройствами.

Таким образом, больные эпилепсией, индивидуальный комплекс терапии которых требует включения дифенина, должны находиться под наблюдением стоматолога для профилактики и адекватного лечения гипертрофического гингивита в связи с высоким риском его развития.

**Литература / References**

1. Абрамов Н.М., Осорина Е.П. Клинико-гистологическая характеристика гипертрофических гингивитов у больных, принимающих дилантин // *Стоматология*. – 1964. – № 3. – С. 27.
2. Честных Е.В. Гипертрофия десны: побочный эффект терапии циклоспорином // *Стоматология*. – 2005. – № 4. – С. 27.
3. Честных Е.В. Гипертрофия десны: побочный эффект терапии циклоспорином // *Стоматология*. – 2005. – № 4. – С. 27.
4. Чечель А.П. О гипертрофическом гингивите при лечении дифенином больных эпилепсией // *Стоматология*. – 1970. – № 4. – С. 93–94.
5. Чечель А.П. О гипертрофическом гингивите при лечении дифенином больных эпилепсией // *Стоматология*. – 1970. – № 4. – С. 93–94.
6. Kimball O.P. Treatment of epilepsy with sodium dephenylhydantoinate // *J. Amer. med. Ass.* – 1939. – Vol. 112. – P. 1244–1245.
7. Hassell T., O'Donnell J., Pearlman J. et al. Phenytoin-induced gingival overgrowth in institutionalized epileptics // *J. Clin. Periodontol.* – 1984. – Apr. 11 (4). – P. 242–253.
8. King D.A., Hawes R.R., Bibby B.G. The effect of oral physiotherapy on dilantin gingival hyperplasia // *J. Oral Pathol.* – 1976. – Jan. 5 (1). – P. 1–7.
9. Modeer T., Dahllof G., Theorell K. Oral health in non-institutionalized epileptic children with special reference to phenytoin medication // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1986. – Jun. 14 (3). – P. 165–168.

8. Зиньковская Е.П. Особенности состояния полости рта у больных эпилепсией: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.П. Зиньковская. – Тверь, 2007. – 23 с.

Zin'kovskaja E.P. Osobennosti sostojanija polosti rta u bol'nyh jepilepsiej: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / E.P. Zin'kovskaja. – Tver', 2007. – 23 s.

9. Кычакова С.И. Межзубной сосочек при хроническом гипертрофическом гингивите: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.И. Кычакова. – Тверь, 1993. – 24 с.

Kychakova S.I. Mezhtubnoj sosoček pri hronicheskom gipertroficheskom gingivite: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / S.I. Kychakova. – Tver', 1993. – 24 s.

Честных Елена Валерьевна (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России. Тел. (4822) 34-86-41; e-mail: elenachestnyh@mail.ru.

УДК 616.33/34-002.44-036.87-085

С.Н. Базлов, В.В. Чернин

## НОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра факультетской терапии ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Используемые в настоящее время способы лечения рецидива язвенной болезни (ЯБ) не всегда приводят к отчетливому снижению времени заживления язвенного дефекта и числа рецидивов заболевания.

Целью настоящего исследования было выяснение состояния мукозной микрофлоры гастроудоденальной зоны у больных ЯБ в различные фазы ее рецидива, определение значения дисбиотических сдвигов в ulcerогенезе, разработка новых трансэндоскопических способов лечения гастроудоденальных язв.

При обследовании 134 больных ЯБ и 10 здоровых добровольцев установлено, что при рецидиве ЯБ из периульцерозной зоны и отдаленных от язвенного дефекта участков слизистой оболочки выделяется до 28 родов и видов мукозной микрофлоры, обладающих широким спектром ферментативной активности и цитотоксичностью, что укладывается в дисбактериоз 2–3-й степени и соответствует микробиологическим параметрам инфицированного раневого процесса.

Применение для трансэндоскопической санации гастроудоденальных язв иод-лизоцима, димексид-иод-лизоцима и хитозана, обладающих бактерицидным и сорбционным действием, позволяет существенно сократить сроки рубцевания язв и восстановить нормомикробиоценоз мукозной микрофлоры в гастроудоденальной зоне.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, мукозная микрофлора, трансэндоскопическое лечение, иод-лизоцим, димексид-иод-лизоцим, хитозан.

## NEW ASPECTS OF TRANSENDOSCOPIC TREATMENT OF RECURRENT PEPTIC ULCER DISEASE

S.N. Bazlov, V.V. Chernin

Tver State Medical Academy

Currently used methods for treatment peptic ulcer (PU) recurrence do not always lead to a clear reduction in healing time of the ulcer and the number of relapses.

The aim of this study was to determine the status of mucosal microflora in patients with gastroduodenal ulcer in the different phases of its recurrence, values of dysbiotic shifts in ulcerogenesis and development of new transendoscopic methods of gastroduodenal ulcer treatment.

In a study of 134 patients with ulcer and 10 healthy volunteers it was found that during the recurrence of ulcer 28 genera and species of mucosal microflora are detected both in periulcerous and remote areas of the ulcer mucosa with a wide range of enzymatic activity and cytotoxicity that fits in 2–3 degrees of dysbiosis and corresponds to microbiological parameters of the infected wound healing process.

Application of iodine-lysozyme, dimexide-iodo-lysozyme and chitosan with bactericidal and sorption effects by means of transendoscopic treatment of gastroduodenal ulcers can significantly reduce the time of ulcer healing and restore mucosal normomicrobiocenosis in gastroduodenal zone.

**Key words:** peptic ulcer disease, mucosal microflora, transendoscopic treatment, iodine-lysozyme, dimexide-iodo-lysozyme, chitosan.

### Введение

В последние 10–15 лет наблюдается тенденция к ограничению трансэндоскопических методов терапии язвенной болезни (ЯБ). Это обусловлено

главным образом появлением точки зрения, что *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) является ведущим этиологическим и патогенетическим фактором заболевания и внедрением в практику неинвазивных методов его