больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Обследовано в динамике 20 больных с АГ 1-3 степени с риском, 2-4 с МС. Коррекция АД проводилась лизиноприлом в суточной дозе 10 мг. Контрольную группу составили 21 здоровый человек.

Содержание общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) исследовали энзиматическим колориметрическим методом наборами фирмы „Витал Диагностикум", ХС ЛПВП – набором фирмы ООО „Ольвекс Диагностикум" энзиматическим колориметрическим методом, общие липиды (ОЛ) – набором фирмы „Лахема". Уровень ХС ЛПНП рассчитывали по W. Fridwald et al. (1972). Содержание ХС ЛПОНП определяли по формуле (содержание ТГ/2,2).

Активность ПОЛ в плазме оценивали по содержанию ТБК-активных продуктов набором фирмы ООО „Агат-Мед" и уровню ацилгидроперекисей (АГП) по Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. (1983). Липидный обмен и ПОЛ исследовались через 4 нед. лечения и через 4 нед. после его отмены. Результаты обработаны критерием Стьюдента (t).

У больных также выявлена гиперлипидемия (ОЛ – 8,54±0,03 г/л.) II б типа, концентрация ТБК активных продуктов в плазме составило 5,09±0,01 мкмоль/л. (в контроле – 3,45±0,03 мкмоль/л.), АГП составляли 3,08±0,01 Д 233/1мл (контроль 1,45±0,007 Д 233/1мл).

Через 4 нед. лечения лизиноприлом достигнута стабильная нормализация цифр АД, однако достоверных изменений в липидном спектре не зарегистрировано. Содержание ОХС и ХС ЛПНП составило 6,08±0,09 ммоль/л. и 4,34±0,01 ммоль/л., соответственно. Уровни ТГ и ХС ЛПОНП также не изменились, составляя (2,44±0,02 ммоль/л. и 0,52±0,07 ммоль/л., соответственно).

Отмечавшаяся до лечения гиперлипидемия не претерпела достоверной динамики (ОЛ составила 8,54±0,03 г/л.).

Количество ТБК-активных продуктов снизилось с 5,26±0,018 мкмоль/л. до 5,09±0,01 мкмоль/л., уровень АГП также стабилизировался на отметке 2,86±0,02 Д 233/1 мл. Это свидетельствовало об ослаблении синдрома пероксидации, что в сочетании с улучшением гемодинамических показателей уменьшало риск развития атеросклероза. Ни по одному из исследованных параметров не удалось достичь контрольных значений. Через 4 нед. после отмены лизиноприла и перевода больных на прежнее лечение произошёл возврат активности ПОЛ плазмы к исходным значениям.

Таким образом, у больных АГ с МС применение лизиноприла может коррегировать активность ПОЛ плазмы. Для оптимизации жирового обмена у данной группы пациентов необходимо назначение гиполипидемических средств.

Применение антибиотиков группы фторхинолонов в комплексном лечении больных хроническим пародонтитом

Гусева О.Ю., Булкина Н.В.
Государственный медицинский университет, Саратов

Пародонтит является хроническим деструктивным воспалительным заболеванием тканей пародонта. Основным фактором развития хронического пародонтита является микрофлора зубного налета и зубной бляшки. В настоящее время в качестве главных пародонтальных патогенов определены Actinobacillus actinomycetemcomitans и Porphynomonas gingivalis. Эти микробы обладают широким спектром факторов вирулентности, в число которых входит протеолитическая и остеорезорбирующая активность.

Для устранения патогенных микроорганизмов субгингивальной бляшки в ряде случаев (гноетечение из пародонтальных карманов, абсцедирование, предоперационная подготовка и в послеоперационном периоде) необходимо применение антибактериальных препаратов. Антибактериальные препараты группы фторхинолонов отличаются выраженной антимикробной активностью в отношении основных пародонтопатогенов, широким спектром действия, созданием высоких концентраций в тканях и низкой частотой побочных эффектов.

Имеются данные (С. Б. Чернышева, 1999), что использование препаратов группы фторхинолонов позволяет добиться стойкой ремиссии у больных с резистентностью к пародонтологической терапии. Нами проведена оценка эффективности местного применения абактала (пефлоксацина), таривида (офлоксацина) в лечении хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени тяжести в стадии обострения у 48 пациентов в возрасте от 21 до 48 лет (мужчин – 27, женщин - 21).

Диагностика хронического пародонтита базировалась на основании общепринятых клинических, рентгенологических, индексных критериев.

Лечение включало в себя обучение правильным навыкам гигиены полости рта, выбор средств гигиены, контролируемая чистка зубов, удаление над- и поддесневых зубных отложений (аппаратом «Пьезон-Мастер 600»), орошение пародонтальных карманов абакталом (400 мг на 5 мл), таривидом (200 мг на 100 мл) и назначение нолицина по 400 мг 2 раза в сутки – 7 дней в сочетании с нистатином, тавегилом и витаминами. Антибактериальные орошения были так же применены в качестве дополнения к кюретажу. Нами отмечена высокая эффективность данных препаратов, которая выражалась в быстром купировании воспалительного процесса, что подтверждалось положительной динамикой клинических и индексных показателей, а так же данными микробиологического исследования.