

ферон курсом 5 инъекций; во 2-й группе (20 человек) в терапию использовался линимент циклоферона (местные аппликации 2 раза в сутки с интервалом 10-12 часов (курс 14 дней); в 3-й группе (20 человек), больные получали традиционную терапию. У всех пациентов в динамике оценивались основные клинические параметры, выраженные количественно в индексных показателях (ИМА, ГИ Грина-Вермильона, ПИ- Russel, CRITN), а также микробиологические и иммунологические параметры.

Анализ полученных результатов позволяет констатировать, что у больных, в комплексную терапию которых был включен циклоферон в различных формах, снижение выраженности воспалительных явлений (кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, болевые ощущения в деснах), нормализация индексных показателей происходили более высокими темпами, что сопровождалось восстановлением микробиоценоза полости рта и ключевых звеньев иммунного гомеостаза.

Эффективность циклоферона на модели пораженного пародонта

Л.А. Соболева, Т.Н. Саватеева, А.А. Шульдяков
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

С целью изучения эффективности использования линимента циклоферона на экспериментальных моделях болезней пародонта проведено исследование на крысах самцах линии Вистар у которых для интенсификации процессов перекисного окисления липидов в кормовую смесь добавляли перекисленное подсолнечное масло. В исследовании использовали 4 группы животных: контрольная (рафинированное подсолнечное масло), модельная группа (перекисленное подсолнечное масло), опытная 1 (перекисленное масло, лечение линиментом циклоферона), опытная 2 (перекисленное масло, лечение пастой «Солкосерил»). Лечение осуществляли путем нанесения препаратов на слизистые оболочки десен с помощью пипетки или стеклянной палочки в течение 10 дней. Животных наблюдали 45 дней. Затем под рауш-наркозом эфиром крыс забивали тотальным кровопусканием. За два дня до этого у крыс получали стимулированную пилокарпином слюну, в которой определяли содержание белка, щелочной фосфатазы (ЩФ), малонового диальдегида (МДА), каталазы, в ткани десны оценивали содержание белка и оксипролина.

При анализе полученных результатов установлены признаки пародонтита у крыс, получавших перекисленное подсолнечное масло, в виде увеличения атрофии альвеолярного отростка, наличия десневого кармана и резорбции костной ткани с замещением ее грануляционной и значительными гистологическими изменениями с клеточной инфильтрацией. Данные изменения сопровождалось метаболическими сдвигами со снижением уровня оксипролина, увеличением содержания МДА, снижением уровня каталазы.

Использование линимента циклоферона и пасты «Солкосерил» в опытных группах приводило к нормализации патологических процессов в пародонте,

что подтверждалось более динамичным восстановлением лабораторных показателей, а также морфологически, причем по эффективности препараты не отличались друг от друга.

Полученные результаты позволяют рекомендовать новый препарат «Линимент циклоферона» в качестве средства для местного лечения заболеваний и поражений пародонта.

Влияние различных двигательных режимов на адаптационные процессы и физическое здоровье учащейся молодежи

Соловьев В.Н.

Удмуртский госуниверситет, Ижевск

В настоящее время наиболее значимыми параметрами оценки адаптационных возможностей, процессов и механизмов детей и подростков являются, состояние здоровья, уровень физического развития и функционального состояния организма, работоспособность и успеваемость. Здоровье оценивается степенью адаптированности (СА) организма к условиям окружающей среды. Наступающая адаптационная напряженность рассматривается как результат истощения и поломки адаптационных механизмов. Очевидно, такой подход, как нам кажется, определяется необходимостью выявления нарушений адаптационных механизмов, что позволяет ответить на вопрос о том, как далеко от возможного срыва адаптации и развития находится человек. При этом уровень адаптации (функциональных возможностей) в совокупности с другими параметрами, характеризующими здоровье (заболеваемость, факторы риска, состояние физического развития, работоспособности, успешной деятельности), позволяют определить, как уровень здоровья, так и сформировать наиболее оптимальные программы профилактики, оздоровления, коррекции нарушений здоровья в развитии детей и подростков.

Целью наших исследований явилось изучение механизмов адаптации школьников при различных двигательных режимах.

Были проведены комплексные исследования по методике С.В.Хрущева (1995) школьников 13 лет школы № 89 г.Ижевска, находящихся на обычном (посещали 2 раза в неделю уроки физкультуры) и расширенном (занимались в спортивной секции баскетболом, 4 раза в неделю по 1,5 часа) двигательном режиме. Результаты исследования оценивались в баллах.

Нами выявлены следующие оценки баллов у школьников, находящихся на обычном двигательном режиме: индекс Кетле- 2,0; Робинсона- 1,8; Скибинского - 1,9; Шаповаловой - 2,1; Руфье - 1,4. Школьники, занимающиеся в секции баскетбола, оценивались соответственно: 2,4; 2,86; 4,8; 3,6; 3,0; т.е. эти индексы являются показателями адаптивных резервов организма. Критериями процесса адаптации школьников к физической нагрузке являются состояния напряжения физиологических систем по индексам указанным выше, и интегративных процессов в организме.

За счет напряжения идет адаптация дыхательной и сердечно-сосудистой системы (индекс Руфье, $p < 0,05$) и повышения резистентности организма к гипоксии (индекс Скибинского, $p < 0,001$), а также высокий уровень развития адаптационных возможностей двигательных качеств (индекс Шаповаловой, $p < 0,05$) и регуляторной деятельности сердечно-сосудистой системы (индекс Робинсона, $p < 0,05$).

Установлено, что в механизмах адаптации участвуют дыхательная, сердечно-сосудистая системы и повышенная резистентность организма к гипоксии. Степень напряжения адаптивных механизмов школьников, находящихся на расширенном двигательном режиме ниже, чем на обычном. Это говорит о высоком уровне адаптационных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем и функциональных возможностях кардио-респираторной системы, что способствует развитию физических возможностей организма.

Коррекция нарушений местного иммунитета у больных хроническим пародонтитом

Сороковик М.Н., Конопля А.И.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Из литературы известно, что при разных степенях и формах поражения пародонта имеются неоднородные нарушения системного иммунитета, при этом описано, что развитие генерализованного пародонтита в значительной степени характеризуется ослаблением клеточного звена иммунитета (Цепов Л.М., Орехова Л.Ю., 1999). Нарушения факторов местного иммунитета не в меньшей, а даже в большей степени, может приводить к хронизации патологического процесса в пародонте, изменяя существующие в локальной системе (например, в пародонтальном комплексе) взаимосвязи, что в конечном итоге, может привести к патологии регенерации (Вялов С.Л., Пшениснов К.П., 1999; Цепов Л.М., 1999). В связи с этим, целью нашего исследования явилось изучение характера и степени нарушений местного иммунитета у больных хроническим пародонтитом (ХП) и возможность коррекции выявленных нарушений.

Под постоянным наблюдением находилось 57 пациентов разного пола в возрасте 20-50 лет. В первую группу вошли здоровые добровольцы, во вторую – пациенты с клиническими признаками обострения ХП, которым проводили базовое лечение, третью – составили пациенты, получавшие, кроме базовой терапии, полифепам и деринат, в четвертой были больные ХП, которые получали дополнительно деринат и магнито-лазерное облучение (МЛО), в пятой были пациенты, дополнительно получавшие иммунофан, МЛО и α -токоферол. До и после проводимого лечения в смыве из десневого кармана больных ХП определяли содержание лимфоцитов, экспрессирующих маркеры CD3+ (общие лимфоциты), CD4+ (Т-хелперы), CD8+ (Т-цитотоксические/супрессоры), CD22+ (В-лимфоциты), CD95+ (индукторный фактор апоптоза). Кроме того, определялось содержание IgM, IgG и sIgA методом радиальной иммунодиффузии в ага-

ровом геле по Манчини и концентрации фактора некроза опухолей (ФНО- α), интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и интерлейкина 6 (ИЛ6) методом твердофазного иммуноферментного метода.

У больных ХП на момент обследования по сравнению со здоровыми донорами-добровольцами в смыве из десневого кармана установлено снижение содержания CD3+, CD4+, CD22+, ИЛ-6, повышение ФНО- α и ИЛ-1 β . Если в норме в десневой жидкости обнаруживались следы IgG, а другие иммуноглобулины не выявлялись, то у больных ХП отмечалось повышение содержания IgG и sIgA. Кроме того, в смыве обнаруживался IgM, который в норме отсутствует. Базовая терапия, а также лечение, включавшее комбинации дерината с полифепамом или МЛО, не корректировали в полной мере выявленные нарушения. Наиболее эффективным оказалось сочетание иммунофана с МЛО и α -токоферолом. В группе больных, получавших данное сочетание, отмечалась нормализация содержания в смыве из десневого кармана общих Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, повышение количества Т-хелперов, уменьшение содержания Т-цитотоксических/супрессоров, снижение концентрации IgG, sIgA и исчезновение IgM. Данная терапия наиболее существенно также снижала уровни ФНО- α , ИЛ-1 β и повышала концентрацию ИЛ-6. Последнее можно объяснить тем, что в результате лечения ИЛ-6 меняет окислительные и провоспалительные свойства на антиоксидантные и противовоспалительные (Горайнов И.И., 1999).

Таким образом, на основании проведенных экспериментов можно рекомендовать сочетание (иммунофан + МЛО + α -токоферол) в качестве способа коррекции нарушений местного иммунитета у больных хроническим пародонтитом.

Место фармакотерапии и хирургическая тактика в лечении гиперспленизма у детей с синдромом портальной гипертензией

Тараканов В.А., Старченко В.М., Полеев А.В.

*Кубанская государственная медицинская академия
(кафедра хирургических болезней детского возраста),
Краснодар*

С проблемой гиперспленизма (ГС) в той или иной степени сталкиваются специалисты, занимающиеся лечением больных с синдромом портальной гипертензии (СПГ). Гиперспленизм представляет собой клинко-гематологическим синдромом, являющимся одним из осложнений портальной гипертензии. Лабораторные проявления гиперспленизма характеризуются панцитопенией – снижением в крови всех форменных элементов (тромбоцитопения, лейкопения, анемия) или отдельных типов клеток периферической крови (парциальный ГС). В современной медицинской практике не разработана классификация ГС, отражающая тяжесть течения процесса, а также не определены показания к различным методам лечения гиперспленизма.

Цель исследования: определение эффективности и показаний к различным методам лечения гиперсп-