

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ИММУНИТЕТА И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ СПИРТОВ

Лим В.Г., Забродский П.Ф.

*Саратовский военный институт радиационной,
химической и биологической защиты, Саратовский
государственный медицинский университет*

Иммунотропные эффекты различных спиртов изучены недостаточно. Знание иммунопатогенеза острого действия спиртов необходимо для обоснования фармакологической коррекции постинтоксикационного нарушения иммунного гомеостаза с целью профилактики различных инфекционных осложнений и заболеваний, исходя из существующих в настоящее время подходов к применению иммуностимулирующих средств. В экспериментах на неинбредных мышах массой 18-24 г установлено, что острая интоксикация этиленгликолем (ЭГ), метанолом (М), этанолом (Э) и пропанолом (П) в дозе (0,75 ЛД₅₀) вызывает снижение числа колониеобразующих единиц в селезенке, уменьшение гуморального иммунного ответа к Т-зависимому (эритроцитам барана) и тимуснезависимому (Vi-Ag) антигенам. Редукция к тимуснезависимому антигену (Vi-Ag) под влиянием спиртов была менее выражена. Острая интоксикация ЭГ, М, П и Э приводила также к существенной супрессии реакции ГЗТ, естественной и антителозависимой клеточной цитотоксичности. Сравнительная оценка действия на основные показатели системы иммунитета исследованных спиртов позволяет заключить, что снижение их иммуноотоксичности происходит в последовательности: М, ЭГ, П и Э. Иммуносупрессивный эффект спиртов сопровождался активацией перекисного окисления липидов (ПОЛ). Это характеризовалось уменьшением под влиянием М, ЭГ, П и Э активности каталазы и пероксидазы, характеризующей антиоксидантные системы, соответственно в 1,45; 1,34; 1,29 и 1,19 раза ($p < 0,05$). Основным продуктом ПОЛ малоновый диальдегид при остром отравлении М, ЭГ, П и Э существенно повышался в 1,39; 1,31; 1,24 и 1,14 раза соответственно. Изменения показателей ПОЛ в крови отражают процесс свободнорадикального окисления липидов, как всех клеток организма, так и органов системы иммунитета и, в частности, лимфоцитов. Инициация ПОЛ под влиянием спиртов может являться одним из механизмов, приводящим к формированию постинтоксикационного иммунодефицитного состояния.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПАРОДОНТИТА

Малынин И.В.

*Кафедра стоматологии,
Кубанский медицинский институт,
Краснодар*

Для успешного решения многих практических и теоретических вопросов стоматологии на сегодняшний день необходимо пересмотреть некоторые «классиче-

ские» подходы. Только новые подходы и новые методики могут привести к успеху.

Высокая частота распространения заболеваний пародонта, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря больших зубов и как результат снижение работоспособности, тяжелое психологическое состояние больных - все это позволяет считать данные заболевания не только медицинской, но и важной социальной проблемой. В связи с этим проблема повышения эффективности диагностики пародонтита представляет собой важную общегосударственную задачу.

Рентгенологический метод занимает особое положение в диагностике заболеваний пародонта не только вследствие широкой распространенности, но и потому, что даёт возможность судить как о степени поражения кости, так и в (какой – то) мере о характере процесса (остеопороз, атрофия, резорбция). Новые методы исследования (панорамная рентгенография, ортопантомография) позволяют более правильно и объективно оценивать состояние костной ткани альвеолярных отростков челюстей при заболеваниях пародонта, чем способ внутривидовой рентгенографии (Рабухина Н.А. М. 1991), тем не менее, последний используется довольно широко.

Пародонтит рентгенологически характеризуется склеротическими изменениями костной ткани челюстей; высота межальвеолярных перегородок может быть равномерно снижена. Для получения полноценной рентгенологической картины при патологии пародонта должно быть произведено не менее 4 – 6 снимков, что даёт возможность с одной стороны, изучить изменения костной ткани в области всех групп зубов, с другой – получить информацию о симметричности поражения.

Глубину пародонтального кармана измеряют с помощью специального градуированного зонда, штифтов, контрастных растворов, а степень подвижности оценивают общеизвестным методом. Идея оценки мягких тканевых структур при заболеваниях пародонта путём рентгенографии с контрастными веществами появилась ещё в начале столетия.

Общеизвестны методы рентгенологической оценки зубодесневых карманов (Иванов В.С. М. 1998, стр. 93), в частности с использованием пластических материалов или растворов для рентгеноконтрастного заполнения: с йодсодержащими растворами; сульфатом бария в сочетании с глицерином; препаратов, содержащих окись цинка; порошка сиротина и воска (1:1), порошок серебра и глицерин и др.

Вышеперечисленные методы имеют значительные существенные недостатки: применяемые материалы не всегда обладают достаточной рентгеноконтрастностью, сложно вводятся и выводятся из зубодесневого кармана, могут адсорбироваться тканью, причиняют болезненные ощущения пациенту, вызывают изменения мягких тканей.

Штифты для определения глубины карманов имеют преимущество перед растворами и пластическим материалом (Иванов В.С. М. 1998, стр. 93). С этой целью сначала применяли гуттаперчевые, а затем серебряные штифты. В настоящее время наиболее широко используют калибровочные штифты.

Штифты представляют собой проволоку из нержавеющей стали диаметром 0,6 мм. За рубежом они выпускаются трёх размеров: 4, 8 и 12 мм. Штифты градуированы с интервалом в 2 мм. Конец штифта, вводимый в пародонтальный карман, закруглён или заострён. Вокруг каждого зуба с медиальной, дистальной и вестибулярной сторон вводят штифты с закруглённым концом, а с лингвальной стороны - один штифт с заострённым концом. Штифты вставляют рядом с контактным пунктом с вестибулярной стороны, где измеряют наибольшую глубину пародонтального кармана. Штифты вводят в пародонтальный карман в осевом направлении до появления упругого сопротивления. При наличии костных карманов штифт вводят до их дна. Отечественные серебряные штифты разного размера также позволяют судить о глубине пародонтального кармана. При глубине кармана 2 – 3 мм нет необходимости использовать штифты.

При применении штифтов для определения глубины карманов нами были замечены следующие недостатки: штифты при введении могут травмировать ткани пародонта, причинять болезненные ощущения пациенту, не дают полной картины воспалительного процесса и не дают трёхмерного изображения распространения дефекта. В связи с этим поиск новых методов диагностики пародонтита, позволяющих повысить качество диагностики заболеваний пародонта, актуален и в настоящее время.

Целью данной работы явилась апробация и обоснование эффективности нового метода рентгенологической диагностики заболеваний пародонта.

Задачей исследования является повышение качества диагностики заболеваний пародонта.

Материалы и методы. Предложенный нами метод заключается в том, что используют эластичные каппы, в которые при изготовлении помещают конгруэнтно контуру десны рентгеноконтрастную сетку с диаметром ячейки 1 мм, и рентгеноконтрастную нить, которую вводят на дно кармана вокруг исследуемых зубов, измеряют несколько глубин карманов, а затем определяют суммарное разрушение в пародонте по предложенной формуле:

$$CP = \frac{D1+D2+...+Dn}{L1+L2+...+Ln} \cdot 100\%$$

где CP – степень разрушения пародонта, D1, D2,...Dn – средняя глубина каждого исследуемого костного кармана в мм, L1, L2...Ln – общая длина исследуемого корня зуба в мм, и при условии значения CP до 20% - определяют 1 степень разрушения пародонта, от 20 до 50% - 2 степень, и выше 50% - 3 степень.

Предложенная методика осуществляется следующим образом: после тщательного удаления зубных отложений с верхней и нижней челюстей, и их предварительного высушивания снимают оттиски для изготовления моделей челюстей из супер-гипса. Далее в зуботехнической лаборатории с помощью вакуумного аппарата по этим моделям изготавливают эластичные каппы. Затем, не снимая каппы, на модели, с

вестибулярной поверхности прокладывают рентгеноконтрастную сетку с диаметром ячейки 1 мм. После этого, с помощью вакуумного аппарата по этим же моделям, но уже с сеткой, штампуют ещё одни эластичные каппы. Затем рентгенопрозрачные каппы, между которыми впаяна рентгеноконтрастная сетка, снимают с модели.

Рентгеноконтрастную нить вводят на дно карманов исследуемых зубов непосредственно перед применением. После того как рентгенопрозрачные каппы с рентгеноконтрастной сеткой одевают на зубы пациента, производят ортопантограмму по общепринятой методике. Затем определяют суммарное разрушение в пародонте по вышеуказанной формуле.

Результаты исследования: Нами проведено с помощью данного метода обследование 150 больных (77 мужчины и 73 женщины в возрасте от 20 до 55 лет) с различными заболеваниями пародонта. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, которым проводили исследование по общепринятой методике с использованием штифтов. Сравнительную оценку результатов предложенного способа проводили по данным клинических методов исследования в динамике: осмотр, определение глубины пародонтальных карманов, индекс гигиены Федорова-Володкиной (ИГ), индекс РМА, проба Шиллера-Писарева, индекс кровоточивости (ИК), определение функциональной стойкости капилляров по В. И. Кулаженко (ФСК).

До начала лечения всем больным проводили санацию полости рта, были даны рекомендации по специальной гигиене полости рта. После предварительной антисептической обработки осуществляли снятие над- и поддесневых отложений пьезоэлектрическим склером (P-5 BOOSTER SUPRAS SON). По показаниям проводили кюретаж.

Обследование больных с помощью предложенного метода позволило повысить качество диагностики заболеваний пародонта. Рентгеноконтрастная нить, проложенная на дно пародонтального кармана, даёт полную картину локализации и распределения патологического процесса. Рентгенопрозрачные каппы с рентгеноконтрастной сеткой, имеющей диаметр ячейки 1мм, дают возможность точно измерить как глубину дефекта, в любой интересующей врача точке снимка, так и общую длину исследуемого зуба и его корня. Определение суммарного разрушения в пародонте по предложенной формуле даёт возможность оценить математически величину дефекта. Применение предложенного метода до, после и на различных этапах лечения позволяет производить динамический контроль за степенью разрушения пародонта и реально оценить отдалённые результаты лечения.

Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, предложенный метод удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению.

Применение нового метода диагностики пародонтита с помощью рентгеноконтрастной нити вводимой на дно карманов исследуемых зубов, рентгенопрозрачных капп с рентгеноконтрастной сеткой, с диаметром ячейки 1мм, одеваемых на зубы пациента,

при ортопантомографии и расчёта суммарного разрушения в пародонте по предложенной формуле демонстрирует явное повышение качества диагностики заболеваний пародонта, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЗОЛИНА НАТРИЯ, ВИФЕРОНА И ДЕКСАМЕТАЗОНА ПРИ АУТОРЕПЛАНТАЦИИ ЗУБОВ

Маланьин И.В.

*Кафедра стоматологии,
Кубанский медицинский институт,
Краснодар*

При реплантации зубов актуальной остаётся проблема возникновения в области реплантированных зубов поднадкостничной гематомы, которая, с одной стороны давит на реплантант, а с другой вызывает омертвление окружающих тканей и, в конце концов, к отторжению реплантанта. Поэтому поиск новых способов аутореплантации зубов остаётся актуален и в настоящее время.

Задачей данной работы явилось повышение эффективности лечения, сокращения его сроков, избегания послеоперационных осложнений, оптимизация процессов регенерации.

При применении предложенного способа реплантацию зуба проводят в условиях асептики с применением предложенных препаратов, под местным обезболиванием. Лунку покрывают стерильным марлевым тампоном и больному предлагают сомкнуть челюсти. Далее приступают к обработке реплантата: пломбируют кариозные полости, если они не были запломбированы ранее, производят резекцию верхушки корня и расширяют каналы при помощи эндодонтического инструмента. Реплантант захватывают стерильным тампоном, смоченным физиологическим раствором. Орошение зуба и эндодонтического инструмента производят непрерывно через каждые 2-3 с. Расширенные каналы обрабатывают гипохлоридом натрия. Канал культы корня в области его окончания (4-5 мм) расширяют до границ цемента и он, таким образом, принимает вид конуса с вершиной, обращённой в сторону коронковой части зуба. Затем, при помощи каналонаполнителя, канал пломбируют цементом; лишь конусовидно расширенную часть заполняют амальгамой. Шейку зуба осторожно, чтобы не повредить надкостницу корня, очищают от обрывков слизистой оболочки, от зубных отложений, и подготовленный таким образом реплантант погружают в физиологический раствор, где он находится до помещения его в лунку.

Следующим этапом операции является обработка лунки реплантата; удаляют тампон, лунку промывают физиологическим раствором и вводят в неё в смеси Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон в соотношении 1:1:0,1 в дозе 0,5-1 гр., при этом лекарственную смесь размещают в лунке реплантированного зуба, в апикальной части (в составе данной смеси не должно быть пенициллина, обладающего, как известно, свойством повреждать местные ткани и неблагоприятно в данном случае воздействующего на ткани периодонта).

Далее обработанный зуб помещают в лунку. Его покрывают двумя – тремя стерильными марлевыми тампонами и больному предлагают сомкнуть челюсти. Тампоны пациент удерживает 15 – 20 минут. Реплантированный зуб не выводят из контакта с зубами антагонистами, тем самым он не выключается из артикуляции.

Затем в проекции верхушки корня реплантируемого зуба делают дренажный канал круглого сечения, диаметром 3-4 мм., проходящий от поверхности слизистой до дна лунки, в который устанавливают эластичный упругий дренаж в форме спирали. Он создаётся с помощью калиброванного трубчатого мукоостеома, торцовый конец, которого выполнен с режущей кромкой, а другой конец соединён с приводом вращения.

В целях закрепления реплантированного зуба в послеоперационном периоде применяют шинирование с помощью GlasSpan®. Шины можно снимать через 3 – 4 недели.

При аутореплантации зубов применение предложенного способа было апробировано у 100 пациентов, 50 больных составили контрольную группу, лечение которых производили традиционным способом.

Результаты апробации предложенного способа показали, что до 10% больных уже на 3 – 4 день послеоперационного периода имеют обычно возможность пережевывать пищу реплантированными зубами. К середине второй недели количество таких пациентов увеличивается до 80%. В последующем, когда боли стихают, активное участие аутореплантированного зуба в акте жевания необходимо, так как чем раньше возобновится функция реплантанта, тем быстрее он укрепится на лунке.

Нами установлено, что предложенный способ посттравматической реплантации зуба с применением препаратов Цефазолин натрия, Виферон и Дексаметазон является принципиально новым, патогенетически обоснованным подходом к лечению данной патологии. Действие препарата Виферон биологическое, мягкое, поскольку происходит коррекция аутофлоры тканей периодонта. Дексаметазон уменьшает трофику тканей и значительно сокращает число и силу болезненных периапикальных реакций.

Предложенный способ имеет уровень новизны, что подтверждено патентом Российской Федерации: «Способ посттравматической аутореплантации зубов №2217096».

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Парахонский А.П.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Проведено исследование состояния факторов гуморального, клеточного звеньев иммунитета и неспецифической резистентности у 39 больных с хроническими язвами желудка (ХЯЖ) и 12-перстной кишки (ХЯ ДПК), осложнёнными кровотечениями. Оценку