

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 кровотечением. Оценку

клеточного звена иммунитета проводили непрямым иммунофлюоресцентным методом с помощью моноклональных антител. Уровень сывороточных иммуноглобулинов (Ig) класса G, A и M определяли методом радиальной иммунодиффузии, концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) - с помощью 3,5% раствора ПЭГ 6000. Фагоцитарную активность нейтрофилов оценивали на основании определения процента фагоцитоза и фагоцитарного индекса. В группу клинического сравнения (ГКС) были включены 15 больных с не осложнёнными язвами в стадии обострения. Анализ иммунологических параметров осуществлялся в день госпитализации больных. Нормальные уровни иммунологических параметров получены при обследовании 10 здоровых доноров.

Анализ результатов проведенных исследований выявил некоторые особенности состояния иммунитета у обследованных больных. У больных ХЯ ДПК независимо от активности течения заболевания отмечается достоверное снижение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов по сравнению со здоровыми людьми. Соотношение Т-хелперов и Т-цитотоксических лимфоцитов в основной группе имело статистически достоверное изменение за счёт относительного уменьшения числа Т-цитотоксических клеток по сравнению с данными у больных ГКС и нормальными значениями. Установлено существенное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов наряду с увеличением уровня циркулирующих иммунных комплексов по сравнению с ГКС и здоровыми лицами. Содержание Ig G и M в сыворотке крови у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК и в ГКС не превышало уровней нормальных значений. Средний уровень концентрации Ig A в основной группе был достоверно ниже, чем в ГКС. Учитывая, что Ig A обеспечивает защиту слизистой оболочки от проникновения микробов, пониженное его содержание у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК служит фактором риска активации деструктивных процессов в слизистой оболочке. Показано, что у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК имеется иммунодефицит гипосупрессорного типа с достоверным снижением уровня Ig A. Это обстоятельство является неблагоприятным фактором в раннем постгеморрагическом периоде и способствует увеличению риска рецидива кровотечения. В связи с этим при комплексном лечении больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК на ранних этапах госпитального периода целесообразно дополнительное использование иммуномодулирующих препаратов.

Изучены показатели клеточного и гуморального иммунитета у 49 больных с кровопотерей лёгкой, средней и тяжёлой степени из ХЯЖ и ХЯ ДПК. Анализ полученных данных показал, что у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК и ХЯЖ достоверно снижено содержание Т- и В-лимфоцитов в сыворотке крови по сравнению с данными у доноров. С увеличением тяжести кровопотери иммунодефицит и угнетение неспецифической резистентности становятся более выраженными. Кроме того, степень иммунных нарушений более значима при ХЯЖ, чем при ХЯ ДПК. Возможно, это связано с более старшим

возрастным составом группы больных с ХЯЖ. Фагоцитарная активность нейтрофилов крови и уровни концентрации Ig G, A и M с увеличением тяжести кровопотери имели тенденцию к снижению, наряду с увеличением концентрации ЦИК. Эти изменения более выражены у больных с ХЯЖ. Содержание иммуноглобулина A у больных с ХЯЖ и ХЯ ДПК достоверно ниже, чем у доноров. Уровни Ig G и M у больных осложнёнными кровотечениями ХЯЖ и ХЯ ДПК не выходят за пределы нижней границы нормы.

Это свидетельствует о достаточно активных компенсаторных возможностях гуморального звена иммунной системы у обследованных больных. Однако прямая корреляционная зависимость увеличивающегося количества послеоперационных осложнений, прежде всего инфекционных, и количества рецидивов кровотечения с увеличением тяжести кровопотери, может быть связана с тем обстоятельством, что иммунологические показатели на уровне нижней границы нормы не всегда отражают обеспечение должной иммунной защиты. Можно предполагать, что на фоне клеточного иммунодефицита система иммунитета мобилизует все имеющиеся возможности на поддержание своего гуморального звена, а дополнительных резервов, в которых возникает потребность после оперативного вмешательства или для уменьшения альтерации в язвенном кратере, у таких больных уже нет. Следовательно, понятие нижняя граница нормы у больных с осложнёнными кровотечениями ХЯ ДПК и ХЯЖ, особенно при кровопотере тяжёлой степени, носит относительный характер. Иначе, в ответ на остро возникшее кровотечение следовало бы ожидать увеличения в крови как лимфоцитов, так и иммуноглобулинов. Таким образом, одним из направлений уменьшения количества рецидивов кровотечения и послеоперационных осложнений у больных с кровотечениями ХЯЖ и ХЯ ДПК служит ранняя терапия иммуномодуляторами, что может способствовать улучшению результатов лечения этих больных.

ПЕРЕСТРОЙКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Парахонский А.П.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Изменения белкового обмена, являющегося основной физиологической и репаративной регенерации отражает одну из сторон патогенеза язвенной болезни. Показателем нарушения белкового обмена при язвенной болезни является дефицит свободных аминокислот в сыворотке крови больных. Значение сывороточного альбумина в тканевом метаболизме обусловлено его полифункциональностью. Известные функции альбумина: коллоидно-осмотическая, трофическая, транспортная, регуляторная, определяют его гомеостатическую роль. Альбумин также рассматривается как полиантиоксидантная система, функции которой обусловлены окислением функциональных групп в самой молекуле, в рецептирующих с