Это, очевидно, могло быть следствием незначительных различий в функционировании бактерицидных систем фагоцитов крыс контрольной и опытной групп.

Таким образом, длительное воздействие постоянного магнитного поля, сопоставимого с аномальным геомагнитным полем региона КМА, на плод и новорождённых крыс оказывает воздействие на показатели их фагоцитарной активности.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения», , г. Анталия (Турция), 22-29 мая 2005 г. Поступила в редакцию 5.05.2005 г.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ВИЧ - ИНФЕКЦИЕЙ

Сабанчиева Ж.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

Важная роль в развитии синдрома эндогенной интоксикации принадлежит активация процессов свободно-радикального окисления (СРО), следствием которой является гиперпродукция высокотоксичных метаболитов: активных форм кислорода и продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Регуляция процессов СРО в организме осуществляется антиоксидантной системой (АОС), включающей ряд ферментов и низкомолекулярных антиоксидантов. Изучены активность глутатионзависимых ферментов АОС: глутатионпероксидазы (ГП), глутатион-S-трасферазы (GST), а также содержание восстановленного глутатиона (GSH) в эритроцитах. Под наблюдением находилось 31 больных ВИЧ-инфекцией в возрасте от 16 до 34 лет. Контрольная группа состояла из 30 здоровых людей. Определение активности ферментов проводилось в динамике: в период бессимптомного течения и в период присоединения вторичных заболеваний, т.е. в стадию СПИДа.

Полученные данные показали, что при данной патологии происходит снижение внутриклеточного уровня GSH по сравнению с контрольной группой. Минимальная концентрация этого биоантиоксиданта наблюдалась у больных в стадию СПИДа и составляла лишь 24% от контрольной величины. Активность фермента ГП и GST, использующий GSH в качестве субстрата, изменялась реципрокно по отношению к внутриклеточному уровню трипептида. Максимальная активность ГП и GST приходилась на период, когда уровень GSH был минимальным (в стадию СПИДа) и превышала контрольные величины на 35% и 27 % соответственно.

Полученные нами результаты свидетельствуют об усилении биосинтеза GSH в эритроцитах к моменту выписки.

Анализ полученных данных по содержанию GSH и активности ГП, GST свидетельствуют о том, что снижение уровня GSH в начальный период и в стадию СПИДа обусловлено, повышенным использованием его в ходе реакций, катализируемых ГП и GST. Кроме того, значительная доля восстановленного глутатиона может использоваться для непосредственной детоксикации активности форм кислорода и защиты SH группы белков от окислительной модификации. Установленные закономерности в изменении содержания GSH и активности ферментов его метаболизма свидетельствуют о снижении антиоксидантного потенциала в эритроцитах при ВИЧ-инфекции. Полученные результаты предполагают целесообразность использования оксидантной терапии наряду с традиционно применяемыми комплексами лечения для уменьшения синдрома эндогенной интоксикации при ВИЧ-инфекции.

Работа представлена на II конференцию студентов и молодых ученых «Научное студенческое сообщество и современность»,. Турция, 22-29 мая 2005 г. Поступила в редакцию 15.04.05 г.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМИ СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ (ДО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И ЧЕРЕЗ 7 ДНЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ (В ПЕРИОД КОРРЕКЦИЙ)).

Сотникова М.В., Антонов А.Р., Карсанов В.Т.
Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск

Актуальность исследования.

Потеря всех зубов приводит к значительным изменениям альвеолярных отростков и слизистой оболочки ротовой полости. Протезы являются неадекватным раздражителем подлежащих тканей и кроме лечебного эффекта оказывают вредное воздействие на слизистую оболочку полости рта. Большой интерес вызывают клинические проявления реактивных изменений тканей протезного ложа. Базис съемного пластиночного протеза, покрывая слизистую оболочку, нарушает тактильную, вкусовую чувствительность. Нарушает терморегуляцию и вызывает гиперемию слизистой оболочки под протезом. Это подтверждено наличие у некоторых больных сенсибилизация к мономеру наряду с явлениями непереносимости, а также бактериальная флора, остатки пищи, механическое воздействие, протезы с истекшим сроком эксплуатации. При этом аллергическая реакция возникает не только на месте контакта с материалом протеза, но может проявляться в виде экзем, глосситов с нарушением вкуса, отек губ, дерматиты лица.

Анализ осложнений, возникающих в период пользования протезом, оставляет актуальным вопрос изучения влияния каждого патогенного фактора в отдельности с целью установления патогенетической связи между характером раздражения и ответной реакцией с целью ослабления его влияния, предупреждение возможных осложнений и их лечения. Это и

обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования.

Совершенствование метода лечения больных с полными съемными пластиночными протезами.

Задачи:

1. Изучить содержание секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости в динамике при использовании полного съемного протеза)
2. Влияния съемного протеза при длительных сроках использования.
3. Определить изменение иммунометаболических параметров ротовой жидкости при использовании полных съемных пластиночных протезов.
4. Изучение активности цитокинов у пожилых людей, возрастные изменения местного гуморального иммунитета ротовой полости при использовании полных съемных протезов.
5 Изучить активность TNF- a и интерлейкина – 4 в динамике при использовании полных съемных протезов.

Материалы и методы исследования:

Объект исследования.

1. Возраст 65 – 95 лет
2. В анамнезе полное отсутствие зубов верхней и нижней челюстей
3. Первичное или вторичное протезирование полными съемными протезами
4. Наличие степеней атрофии по Оксману верхней и нижней челюстей.
5. Наличие воспалительных процессов в полости рта
6. Срок использования старых полных съемных протезов.

Клинические и лабораторные исследования были проведены: 28 пациентов до протезирования и 28 пациентов через 7 дней после протезирования.

Лабораторные методы:

Забор биологического материала.

Ротовая жидкость.

Для исследования у каждого пациента брали ротовую жидкость, которую получали без стимуляции сплевыванием в стерильные пробирки утром, натощак, без предварительной чистки и полоскания. Затем ротовая жидкость центрифугировалась 10 мин при 3000 об/мин. Надосадочную часть ротовой жидкости отсасывали в пластиковые пробирки и хранили при t-30С.

Методика определения секреторного IgA в ротовой жидкости.

Определение sIgA в ротовой жидкости выполнялось иммуноферментным методом с использованием коммерческого набора sIgA – ИФА – БЕСТ ЗАО Вектор – Бест (г.Новосибирск). При определении sIgA использовался твердофазовый метод иммуноанализа основанный на принципе «сендвича». Измерения проводились с помощью вертикального спектрофотометра «Multiscan MCC 340». Количественное содержание sIgA в ротовой жидкости выражали в пкг\мл.

Методика определения концентрации интерлейкина -4 и фактора некроза опухоли – а в ротовой жидкости.

Определение содержания цитокинов в ротовой жидкости выполнялось твердофазным иммуноферментным методом с применением пероксидазы хрена в качестве индикаторного фермента. Использовались коммерческие наборы ProCon («Протеиновый контур», Санкт-Петербург, Россия). Измерения проводили с помощью вертикального спектрофотометра «Multiscan MCC 340». Количесивенное содержание цитокинов в ротовой жидкости выражали в пкг\мл.

Клинические методы исследования.

Классификация степени атрофии верхней челюсти по Оксману :

1 класс - высокий альвеолярный отросток, высокие бугры верхней челюсти, глубокий свода неба и преддверия, с хорошо выраженной и податливой слизистой. Высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных тяжей.

2 класс - средней атрофией альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, менее глубокое небо и более низкое прикрепление подвижной слизистой оболочки.

3 класс – резкая, но равномерная атрофия альвеолярного отростка и бугров верхней челюсти, уплощение небного свода. Подвижная слизистая оболочка прикреплена на уровне вершины альвеолярного отростка.

4 класс - неравномерной атрофией альвеолярного отростка (сочетает в себе различные признаки первого, второго и третьего типов.)

Классификация степени атрофии нижней челюсти по Оксману :

1 класс – высокий альвеолярный отросток, низким расположением переходной складки и точек прикрепления уздечек и щечных складок слизистой.

2 класс – средняя равномерная атрофия альвеолярного отростка.

3 класс – отсутствием альвеолярного отростка (или слабо выраженным), возможна атрофия тела челюсти.

4 класс – неравномерная атрофия альвеолярного отростка, развивается из-за разновременного удаления зубов.

При постановке диагноза класс присваивается каждой челюсти отдельно. У больных с полной адентией следует обратить внимание на конфигурацию оставшегося альвеолярного гребня. В зависимости от формы вестибулярного ската различают: пологий, отвесный, нависающий гребни. С учетом этого фактора меняется как способ фиксации, так и сама конструкция полного съемного протеза.

Перед началом протезирования следует определить межальвеолярное расстояние в состоянии физиологического покоя; пропальпировать височно–нижнечелюстные суставы в покое и при открывании рта; целесообразно исследовать ортопантомограмму. Если суставные ямки глубокие, необходимо моделировать у больного глубокий прикус, при плоских – прямой, при умеренно выраженных – ортогнатический.

Изучая строение альвеолярных отростков, решают вопрос о постановке зубов в протезах на искусственной десне или на приточке, в зависимости от степени атрофии. Пальпируя слизистую, определяют степень податливости на альвеолярных отростках, твердом и мягком небе, буграх. Одновременно предполагая, какой вид слепка избрать в конкретной клинической ситуации (компрессионный, разгружающий).

При наличии острых болезненных экзостозов, подвижных тяжей слизистой вместо альвеолярных отростков, мелком преддверии, высоком прикреплении уздечек языка или губ рекомендуют пациентам осуществить предварительные хирургические мероприятия.

На устойчивые корни нижней челюсти, запломбированные до верхушки, изготавливают штифтовые зубы, корни на верхней челюсти рациональнее удалить потому, что они мешают в создании замыкающего клапана.

Противопоказанием для начала протезирования больных с полным отсутствием зубов являются выраженные острые воспалительные повреждения слизистой оболочки рта.

Статистические методы:

Статистическая обработка полученных данных исследования осуществлялась на ПК Pentium - Ш с использованием следующего программного обеспечения: системы статистического анализа PC – SAS, Excel – 6.0, Word – 6.0, for Windows, USA.

Определяли среднюю арифметическую (M), среднеквадратичное отклонение (g), ошибку средней (м). Доверительность (p) различий двух выборок оценивались с помощью параметрического критерия Стьюдента (t). Различия принимались за достоверные при $p < 0,05$. (табл.1)

Таблица 1. Динамика проведенных исследований

Показа-тели	норма	1гр. До протезирования	2 группа после протез. ч/з 7 дней
TNF- a	10.3 +- 4.2	45.9 +- 6.4	37.1 +- 5.1
IL- 4	16.2 +- 5.2	84 +- 24	62.89 +- 13.1
sIgA	207 +- 32.1	327.4 +- 34.7	353.3 +- 13.5

***В первой группе*:** мы наблюдаем повышение провоспалительного цитокина TNF-a т. к. идет воспалительная реакция на раздражение протезного ложа старыми протезами(механическое воздействие - микротравмы; активируется бактериальная флора т.к в пожилом возрасте содержание лизоцима в слюне резко снижено и бактериальная активность слюны снижается). Он важный медиатор местного воспаления, необходимый для локализации инфекции. Он активизирует синтез иммуноглобулина sIgA (активация фагоцитоза и антителообразования) и систему комплемента, а также повышение противовоспалительного цитокина IL 4 –он сдерживает воспалительные реакции активирует гуморальный иммунитет .

***Во второй группе*:** Через 7 дней после протезирования происходит значительное понижение показателей противо- и провоспалительных цитокинов, но иммуноглобулин А остается достаточно еще высоким, он не так активно реагирует на изменение как цитокины. По Курлянскому - это соответствует 3 фазе адаптации к полным съемным протезам (фаза полного торможения). В эту фазу уменьшается саливация, нормализуется фонация, отсутствие рвотного рефлекса, губы, щеки и язык не напряжены. IL-4 выступает как индуктор гуморального ответа.

Работа представлена на II конференцию студентов и молодых ученых «Научное студенческое сообщество и современность»,. Турция, 22-29 мая 2005 г. Поступила в редакцию 18.04.2005г.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Стуров Н.В., Чельцов В.В., Илларионова Т.С.
Российский университет дружбы народов, Москва

Неблагоприятная побочная реакция (НПР) – это любая непреднамеренная и вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного препарата в обычных дозах с целью профилактики, лечения и диагностики.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), смертность от НПР вышла на четвертое место после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травматизма и несчастных случаев, а также онкологических заболеваний. Число госпитализированных больных в связи с осложнениями фармакотерапии в Норвегии составило 11,5% от общего числа госпитализаций, во Франции – 13%, в Великобритании – 16%, в США – до 28,2% [1, 2]. НПР, развившиеся в стационаре стали причиной смерти 0,1% терапевтических и 0,01% хирургических больных [3].

На основании анализа спонтанных сообщений, полученных кафедрой общей и клинической фармакологии РУДН, лекарственные препараты, вызывающие НПР, располагаются в следующем порядке: