Медицинские науки

КОРРЕКЦИЯ ИММУННЫХ СДВИГОВ, А ТАКЖЕ ПРОДУКТОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ

Будяков С.В., [1]Шутов В.И., [1]Шаповалова А.Е., [2]Емельянова Н.Ю.

Белгородский государственный университет, [1]Курский государственный медицинский университет, [2]Городская больница №2, Белгород, e-mail: sbudyakov@inbox.ru

Рост заболеваемости гнойными в/ч синуситами в последнее время всё больше связывают со снижением иммунологической резистентности организма, позволяющее проявить маловирулентным возбудителям свои патогенные свойства. Однако выяснилось, что одним из основных звеньев в патогенезе верхнечелюстного синусита также является дисбаланс антиоксидантной системы. Следовательно, без коррекции иммунитета и оксидантного статуса с помощью соответствующих препаратов справиться с ростом заболеваемости данной патологии достаточно трудно.

После проведенных исследований нами установлено, что у пациентов с обострением хронического верхнечелюстного синусита (ОХВС) при поступлении в стационар определяется угнетение как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, в то время как у больных с острым верхнечелюстным синуситом (ОВС) наблюдается активация гуморального и супрессия клеточного звена иммунитета. Поэтому всем больным ОХВС, необходимо проводить иммунологическую коррекцию нарушений клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Применяя иммунотропную терапию в лечении ОВС, необходимо использовать иммунотерапевтические средства, влияющие преимущественно на клеточное звено иммунитета.

Нами были сформулированы некоторые общие принципы применения иммуномодуляторов у больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстных пазух (ВЗВП):

1. Иммуномодуляторы назначают в комплексной терапии одновременно с антибактериальными средствами.

2. Целесообразным является раннее назначение иммуномодуляторов, с первого дня назначения этиотропного средства.

3. Иммуномодуляторы, действующие на фагоцитарное звено иммунитета, можно назначать больным как с выявленными, так и с невыявленными нарушениями иммунного статуса, т.е. основанием для назначения препарата является клиническая картина.

4. Применение иммуномодуляторов целесообразно проводить на фоне иммунологического мониторинга. Этот мониторинг следует проводить вне зависимости от выявленных или не выявленных исходных изменений в иммунной системе.

В наших исследованиях было установлено, при ОХВС недостаточно использование только иммуномодуляторов для коррекции нарушенных параметров иммунного статуса и состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ), что требует назначения дополнительных средств и способов фармакотерапии, включающих использование мексидола.

Эффективные схемы иммунореабилитации пациентов с ВЗВП, которые необходимо использовать в лечении пациентов данной категории, представлены ниже в таблице.

Эффективные схемы иммунореабилитации пациентов ВЗВП

Название препарата	Схема использования
ОВС	
Деринат	1,5 % – 5,0 внутримышечно через 24 часа № 10
Полиоксидоний	6 мг – внутримышечно через 48 часов № 7
ОХВС	
Деринат + мексидол	1,5 % – 5,0 внутримышечно через 24 часа № 10 + 100 мг через 8 часов №30
Полиоксидоний + мексидол	6 мг – внутримышечно через 48 часов № 7 + 100 мг через 8 часов №30

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «НАНОФЛЮОР» ПРИ ЛЕЧЕНИИ КЛИНОВИДНОГО ДЕФЕКТА И СИМПТОМА ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБА

Булгакова А.И., Дюмеев Р.М., Исламова Д.М.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»: МУ СП №6, e-mail: stukova@rae.ru

Актуальность исследования. Клиновидный дефект – заболевание относящееся к некариозным поражениям зубов. Проявляется характерным изменением зуба в области его шейки и имеющее форму клина. В настоящее время отмечается значительный рост распространенности некариозных поражений твердых тканей зуба, в частности, клиновидного дефекта (КД) и гиперестезии эмали (ГЭ). Начальные проявления возникают в молодом возрасте. Развитие КД постепенно приводит к значительной убыли твердых тканей зуба, появлению симптома гиперестезии зуба и к изменениям в пульпе

зуба [2]. КД преимущественно располагается на вестибулярной поверхности фронтальных и боковых групп зубов, поэтому пациенты часто жалуются на эстетические нарушения[1, 3] и, соответственно, на снижение общего качества жизни. По результатам опроса, проведенного исследовательским Центром Великобритании в 2002 году [7] известно, что только 50% людей, жаловавшихся на гиперчувствительность, обращались по этому поводу к стоматологу, и лишь половина из них провела назначенное стоматологом лечение. По данным современной литературы до 50-60% населения земного шара страдают повышенной чувствительностью ТТЗ [8].

Целью нашего исследования явилось изучения эффективности применения нового фторсодержащего препарата на основе природных смол и нанодисперсного гидроксиапатита с хлорбутанолом « Нанофлюор» в комплексном лечении клиновидного дефекта и гиперестезии зуба.

Материалы и методы

Нами было исследовано 98 человек с диагнозом клиновидный дефект и симтомокомплексом гиперестезии зуба. Обследование пациентов с КД и симптомами ГЭ мы проводили по классической схеме: опрос, клинический осмотр, функциональные методы исследования (ЭОД, термометрия, рентгенография), оценивали состояние гигиены полости рта по индексу Грина-Вермиллиона.

При лечении мы использовали следующую методику применения «Нанофлюора»: поверхность зуба предварительно очищали от мягкого зубного налета при помощи щетки и профессиональной пасты для полировки без содержания фтора, затем зуб высушивали струей воздуха. Далее наносили лак «Нанофлюор» в 3 слоя с тщательным высушиванием каждого слоя. Повторное нанесение лака производили на следующее посещение через 1-2 дня. Через 7 дней проводили пломбирование клиновидных дефектов пломбировочными материалами светового отверждения.

Результаты и обсуждения

Результаты применения лака оценивали сразу после нанесения, через неделю, через 6 месяцев. Наблюдения показали, что снижение гиперестезии зуба при использовании препарата отмечается непосредственно после нанесения. В последующие 6 месяцев прослеживается стойкое снижение гиперестезии зуба. В 27% случаев удалось добиться полного клинического излечения симптома гиперестезии. В 51% случаев симптом гиперестезии зуба перешел на меньшую степень тяжести.

Проанализировав результаты применения препарата, можно достоверно сказать, что применение «Нанофлюора» при лечении клиновидного дефекта позволяет добиться снижения симптома гиперестезии перед пломбированием и улучшить общее качество жизни пациентов. В дальнейшем, практические исследовании эффективности применения «Нанофлюора» будут продолжены для окончательного подтверждения предварительных данных. Планируется разработка новых критериев оценки эффективности применения препарата.

Список литературы

1. Бабар М.Г. Загадка гиперчувствительных зубов // Dental Tribune. – 2004. – Т.3, №4. – С. 7-11.

2. Бокая В.Г., Мартыненко О.Ф., Бокая Н.Е. Глубокое фторирование в терапии гиперчувствительности зубов // Труды VI Съезда стоматологической ассоциации России. – М., 2000. – С. 124-126.

3. Гилева О.С. Повышенная чувствительность зубов (Методические рекомендации). – Пермь, 2009. – 30 с.

4. Максимовский Ю.М., Садовский В.В., Турсунова Р.Р. Наш опыт лечения гиперчувствительности твердых тканей зубов // Маэстро стоматологии. – 2002. – №32(7). – С 80-81.

5. Улитовский С.Б. Прикладная гигиена полости рта // Новое в стоматологии. – 2000. – №6. – С. 128.

6. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А. Клиника, диагностика и лечение некариозных поражений зубов // Новое в стоматологии. – М., 1997. – №10. – С. 148.

7. Bartold P.M. Dentinal hyperstensitivity: a review // Australian Dental Journal. – 2006. – Vol. 3, № 51. – С. 212-218.

НАДМОЛЕКУЛЯРНАЯ ЭНЗИМОПАТИЯ ОКСИДОРЕДУКТАЗ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

Зимин Ю.В., Соловьева А.Г.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Нижний Новгород, e-mail: yuzimin@mail.ru

Нарушения активности ферментов клеток организма, приводящие к энзимопатии, являются важным звеном в патогенезе ожоговой болезни.

Целью исследования явилось изучение характера изменений системы биотрансформации, представленной альдегиддегидрогеназой (АлДГ) и фермента энергетического обмена – лактатдегидрогеназы (ЛДГ) при термической травме.

Исследования проводили in vitro на 40 образцах крови больных с термической травмой, с площадью поражения от 20 до 60% поверхности тела. Активность оксидоредуктаз определяли в эритроцитах крови. Рассчитывали кинетические характеристики ферментов. Результаты исследований статистически обрабатывали.

Установлено, что термическая травма вызывает достоверное снижение активности альдегиддегидрогеназы (на 76%), максимальной скорости накопления продукта АлДГ-реакции и каталитической эффективности АлДГ в эритроцитах. При ожоге также происходит снижение активности ЛДГ как в прямой, так и в обратной реакции. Проведен корреляционный анализ между величинами активности АлДГ и ЛДГ. При термической травме существует высокая степень положительной корреляции между активностью ЛДГ в прямой реакции и АлДГ ($r = 0,995$; $p < 0,0001$).