

ВИНИРЫ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА

Шелаева А.С., Ананько С.Я.

*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, e-mail: shelaevaanastasiya@rambler.ru*

Красота улыбки – это неотъемлемая часть внешнего вида всех стремящихся быть красивыми. Достижение привлекательной улыбки является главной задачей врача-стоматолога, ведь красивые и здоровые зубы являются её неотъемлемой частью. Новые реставрации оказывают положительное влияние на улыбку, внешний вид, самооценку и психологическое состояние в целом. Улыбаться не стесняясь поможет эстетическая стоматология.

Достижение этих целей возможно путем:

1. Прямой реставрации, в терапевтическом кабинете, которой можно добиться высоких эстетических результатов, но для её осуществления необходимы высокая квалификация врача-стоматолога его умение работы с реставрационным фотоотверждаемыми материалами, а также наличие определенных навыков и художественных способностей.

2. Непрямой реставрации, в ортопедическом кабинете, использование метода микропротезирования-виниринг. Виниры представляют собой тонкие пластинки, покрывающие переднюю поверхность зубов толщиной 0,5-0,7 мм. Таким образом, внешняя сторона зуба воссоздается с помощью керамики, а внутренняя – остается нетронутой.

Виниры являются безметалловым методом протезирования, отсутствие металлического каркаса позволяет получить высокий эстетический результат, так как керамические виниры обладают полной прозрачностью. Свет который попадает на поверхность керамического винира может проникнуть на определенную глубину внутрь керамики, а затем отражается от зубных тканей. Поэтому керамический винир ничем не отличается от соседних зубов.

Также к основным преимуществам виниров относятся:

1. Устойчивость к окрашиванию. Ведь при использовании фотоотверждаемых материалов в прямой реставрации есть один существенный недостаток при употреблении в пищу продуктов питания, обладающих красящими свойствами, со временем изменяется цвет этих реставраций, появляются пятна на зубах. По сравнению с этими материалами, керамические виниры имеют преимущество, что поверхность керамическая, а она гладкая и не проницаемая. Сама глазурованная керамическая поверхность устойчива к воздействию красителей. Поэтому на поверхности винира пятен не бывает.

2. Керамические виниры обладают великолепной биосовместимостью с тканями десны. На керамической поверхности в меньшей степени скапливается зубной налет.

3. Долговечность.

Основываясь на этом можно с уверенностью сказать, что использование виниров, как альтернативного метода лечения частичных дефектов зубного ряда, несомненно занимает ведущее место во всем мире!

КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ У СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Шиленко Е.Ю., Цупиков Ю.М., Поройский С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: ElenaShi-061@yandex.ru

По статистики повреждения позвоночника в мирное время составляют от 1,5 до 4% всех травм. В условиях ЧС этот процент резко увеличивается. Спинальная травма является одной из причин длит-

ельной нетрудоспособности, инвалидности и смертности, усугубляет прогноз формирования пролежней, характеризующиеся ранним и быстрым развитием у данной категории больных. Цель: определить наиболее эффективный способ лечения пролежней у пораженных со спинальной травмой. Группу исследования составили 52 нейрохирургических больных с различными вариантами патологии спинного мозга. Больные были разделены на 2 группы, в каждой из которых проводилось консервативное (I–II ст.) и хирургическое лечение (III ст.) пролежней. 1 группа (контрольная) – 15 больных (I–II ст. – 8 чел., III ст. – 7 чел.) – в качестве консервативного лечения и лечения с целью подготовки к закрытию дефекта кожной пластикой применялись: некрэктомия, антибиотикотерапия, местно: повязки с синтомициновой мазью, мазью Вишневского, раствором фурацилина, бурой на глицерине, нистатином, химотрипсином, диоксидином, димексидом, левомиколом, физиолечение (УФО, электростимуляция пролежня) массаж. Кратность перевязок составила – 2 раза в день. Во 2 группе – 24 больных (I–II ст. – 13 чел., III ст. – 11 чел.) – местно применялся метод ведения ран во влажной среде с помощью раневых покрытий фирмы Paul Hartmann, в сочетании с озонотерапией. Для очищения раны от некротических тканей использовались повязки Tender Wet 24 active (смена повязок 1 раз в сутки), для стимуляции роста грануляционной ткани – Sorbalgon и Hydrocoll (смена повязок 1 раз в 2 дня). 1 группе период от начала лечения до эпителизации пролежня составил от 1,5 до 3 мес. Подготовка к кожной пластике занимала 8–10 дней. Во 2 группе период от начала лечения до эпителизации пролежня сокращался до 1–1,5 месяцев. Время на подготовку больных к кожной пластике составило 4–6 дней. Отмечена безболезненность проводимых перевязок. Снятие раневых покрытий при перевязках не сопровождалось травматизацией образовавшейся грануляционной поверхности. Вывод. Применение комплексного лечения пролежней у спинальных больных с использованием сочетанного применения раневых покрытий и озонотерапии способствует сокращению сроков эпителизации при консервативном лечении пролежней, при их подготовке к кожной пластике, обеспечивает малотравматичность и безболезненность лечебных манипуляций.

СИНДРОМ ПРИОБРЕТЁННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шилов И.С.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, e-mail: steffinal@ya.ru

ВИЧ-инфекция охватила сейчас почти все континенты. За необычайно короткое время она, наряду с онкологическими и сердечнососудистыми заболеваниями стала проблемой номер один. Первая информация о синдроме приобретённого иммунодефицита появилась в середине 80-х годов прошлого века, когда врачами было обнаружено неизвестное заболевание, при котором взрослые люди страдали от иммунодефицита, до этого встречавшегося только как врождённый порок недоношенных новорождённых детей. Врачи установили, что у этих больных снижение иммунитета не было врождённым, а было приобретено в зрелом возрасте. Поэтому болезнь в первые годы после её обнаружения стали называть СПИДом – синдромом приобретённого иммунного дефицита. Вирус назвали ВИЧ, что означает – вирус иммунодефицита человека.

На 31.12.2009 г. зарегистрировано около 530 000 ВИЧ-положительных россиян, что составляет 0,5% взрослого населения страны в возрасте 15–49 лет и 13 000 иностранных граждан. За 2009 г. зарегистри-

рвано 58 448 новых случаев ВИЧ-инфекции среди российских граждан, что на 8% больше, чем в 2008 г. По статистическим данным, за весь период наблюдения (с 1996 по 2009 гг.) зарегистрировано около 74 000 случаев смерти среди ВИЧ-инфицированных.

Каковы же симптомы СПИДа и ВИЧ-инфекции? Первые признаки ВИЧ неявные, больные часто на них не обращают внимания, принимая их за признаки простуды или незначительного отравления. Присутствие ВИЧ в организме может быть совершенно незаметным в течение 10–12 лет: такое время, как правило, проходит от момента заражения ВИЧ до развития СПИДа при отсутствии лечения.

Первые признаки СПИДа – это болезни, которые у здоровых людей проходят сами или легко излечиваются, такие как: пневмония, цитомегаловирусная инфекция, герпес и др. На этой стадии любая инфекция может привести к смертельно опасному состоянию, развиваются болезни внутренних органов, постепенно приводящие к смерти.

Наряду со СПИДом, сосудистыми заболеваниями, заболеваниями сердца существует ещё одна проблема – это проблема рака, которая актуальна не только для нашей страны, но и для населения всего земного шара.

Некоторые виды онкологических заболеваний так часто встречаются у больных СПИДом, что признаны СПИД-индикаторными опухолями или СПИД-определяющими болезнями. Это означает, что их присутствие у ВИЧ-инфицированного является признаком развития у такого больного СПИДа. Эти онкологические заболевания также называют СПИД-ассоциированными онкологическими заболеваниями. По данным Всемирной организации здравоохранения и ООН, 40% больных СПИДом имеют злокачественные опухоли, из них 85% приходится на саркому Капоши и 10% – на злокачественные лимфомы. Взаимосвязь между ВИЧ и другими онкологическими заболеваниями до сих пор не до конца установлена. Тем не менее, существует мнение, что рак развивается быстрее у людей с иммунной системой, ослабленной ВИЧ. Рак у ВИЧ-инфицированных труднее поддается лечению отчасти из-за ослабленной ВИЧ иммунной системы и сниженного количества Т-лимфоцитов, что является прямым результатом ВИЧ-инфекции.

СПИД – одна из важнейших и трагических проблем, возникших перед всем человечеством в конце XX века. В мире уже зарегистрированы многие миллионы инфицированных ВИЧ и более 200 тысяч уже погибли, что каждые пять минут на земном шаре происходит заражение одного человека ВИЧ.

СПИД – это сложнейшая научная проблема. Так как до сих пор неизвестны даже теоретические подходы к решению такой задачи, как очистка генетического аппарата клеток от чужеродной (в частности, вирусной) информации.

СПИД – это тяжелейшая экономическая проблема. Содержание и лечение больных и инфицированных, разработка и производство диагностических и лечебных препаратов, проведение фундаментальных научных исследований и т.д. уже сейчас стоит миллиарды долларов.

ВЛИЯНИЕ ПРОПРАНОЛОЛА ГИДРОХЛОРИДА ПРИ ОСТРОМ СТРЕССЕ НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ

Шилова Ю.А.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ака. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, e-mail: yulya_prm@mail.ru

Стресс – комплекс общих универсальных неспецифических реакций на агенты, угрожающие жизни и благополучию целостного организма, реализуемый

при обязательном участии нейроэндокринной системы. Основная биологическая роль стресса состоит в усилении адаптивных возможностей организма за счет мобилизации энергетических ресурсов для активного преодоления неблагоприятных воздействий (Selye H., 1936; McEwen B.S. *et al.*, 1997; Smith E.M., 2008). Функциональные последствия реализации взаимодействия эффектов глюкокортикоидов и катехоламинов на уровне иммунной системы изучены недостаточно.

Целью работы явилось изучение изменения фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови при стрессе на фоне блокады β -адренорецепторов у крыс. Эксперимент проведен на 20 крысах-самцах популяции Wistar средней массой 220 г. Периферическую кровь получали из сосудов хвоста. У животных 1-й группы моделировали острый стресс 12-часовой иммобилизацией в положении на спине в пластиковых фиксаторах, что создает эмоциональный стресс и чрезмерное мышечное напряжение. Крысам 2-й группы на фоне стресса вводили пропранолола гидрохлорид («обзидан», Германия, 4 инъекции по 5 мг/кг массы тела подкожно с интервалом 3 ч). Подсчет лейкоцитов проводился в камере Горяева, для подсчета лейкоформулы готовили мазок крови. Для оценки фагоцитарной активности лейкоцитов смешивали кровь, суспензию формализированных эритроцитов барана, приготовленной на забуференной питательной среде. Результаты учитывали после 20-минутной инкубации при 37 °С микроскопически на мазках, окрашенных по Романовскому.

Статистический анализ результатов проводили по парному *t*-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Ранее проведенные исследования показали (Шилова Ю.А. и др., 2010), что 12-часовая иммобилизация приводила к статистически достоверному снижению числа лимфоцитов ($p < 0,05$) и выраженному увеличению числа нейтрофилов ($p < 0,05$). У животных 1 группы наблюдается достоверное повышение абсолютных параметров фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,05$), связанное с увеличением их количества в крови ($p < 0,05$). Действие стресса не влияло на показатели фагоцитарной активности моноцитов и эозинофилов ($p > 0,05$).

Введение пропранолола гидрохлорида при остром стрессе не влияло на развитие абсолютной лимфопении (показатель разности составляет в исходном фоне – $12657,0 \pm 707,9$; после 12 ч иммобилизации – $8189,6 \pm 1098,7$ клеток в 1 мкл крови; $p < 0,05$). Выраженность нейтрофильного лейкоцитоза во 2-й группе животных не менялась по отношению к 1-й группе (показатель разности составляет в исходном фоне – $4193,4 \pm 593,7$; после 12 ч иммобилизации – $9754,8 \pm 662,9$ клеток в 1 мкл крови; $p < 0,05$). Блокада β -адренорецепторов при стрессе в отличие от изолированного действия стресса вызывала развитие абсолютной эозинопении (показатель разности составляет в исходном фоне – $255,0 \pm 56,7$; после 12 ч иммобилизации – $78,5 \pm 22,2$ клеток в 1 мкл крови; $p < 0,05$).

Во 2-й группе в отличие от 1-й группы через 12 ч эксперимента наблюдается значительное снижение абсолютных параметров фагоцитарной активности нейтрофилов (абс. число захваченных объектов в исходном фоне $1096,9 \pm 250,4$, после 12 ч иммобилизации $2892,8 \pm 719,1$; $p < 0,05$), также связанное с увеличением их количества в крови (абс. число фагоцитирующих нейтрофилов в исходном фоне $983,8 \pm 201,7$, после 12 ч иммобилизации $2351,6 \pm 570,6$; $p < 0,05$). При сравнении показателей активности нейтрофилов в этот срок в 1-й и 2-й группах (по количеству фагоцитирующих нейтрофилов и абс. числу захваченных объектов) статистически значимых различий между ними выявлено не было ($p > 0,05$). У животных 2-й группы отмечено стати-