

- при снижении величины активированного НСт-теста и поглощательной способности фагоцитов рекомендовано введение донорского гаммаглобулина;

- при дефиците Т-супрессоров, Т-клеток избытке периферических фагоцитов можно использовать тактивин;

- при уменьшении фагоцитарного показателя, накоплении молекул средней массы и ускорении СОЭ эффективно дополнительное назначение пациентам цытапана;

- при лимфопении, недостатке Т-хелперов, избытке циркулирующих иммунных комплексов обосновано применение сочетания донорского гаммаглобулина с тактивиним и цытапаном.

Литература

1. Клиническая иммунология / под редакцией проф. А.М.Земскова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2005. 319 с.

2. Клиническая иммунология / под редакцией проф. А.М.Земскова. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. 426 с.

MULTICOMPONENT IMMUNOTHERAPY OF INFLAMMATORY REPRODUCTIVE ORGANS AT WOMEN.

V.A.ZEMSKOVA, A.V. KORJAKIN, L.D.DOROHINA

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko

Examining women – patients with purulent inflammatory diseases of internal sexual organs typical immune disorders and laboratory grounds for its directed correction discovered.

Key words: immunotherapy, correction, reproduction.

УДК 616.314.18-002-08

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ФИБРОЗНОГО ПУЛЬПИТА С СОХРАНЕНИЕМ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПУЛЬПЫ

Е.С.КАЛИНИНА, П.С.КРАВЧУК, О.А.КУМИРОВА, А.А.КУНИН, Т.А. ПОПОВА Р.А.ШАБАНОВ, А.В.ШИШКИН*

В статье отражены urgentные проблемы хронического фиброзного пульпита и противовоспалительного лечения, позволяющего сохранить жизнеспособность пульпы. Также проведено исследование оценки эффективности биологической пасты с противогрибковым компонентом.

Ключевые слова: пульпит, противогрибковые биологические пасты, фиброз.

Заболеваемость кариесом продолжает расти, несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии и патогенеза кариозного процесса зубов, повсеместное проведение профилактических осмотров и плановой санации детского и работающего населения, использование профилактических и лечебных зубных паст. Не имеет тенденции к снижению число осложненных форм этого заболевания с поражением пульпы и периодонта.

К сожалению, основным методом лечения этих заболеваний до сих пор является экстирпация пульпы с последующей обработкой и пломбированием корневых каналов. Лечение воспаленной пульпы с использованием биологического метода, обеспечивающего полное сохранение ее структуры и функций, не получило пока должного распространения, так как связано с трудностями в постановке диагноза, частым возникновением осложнений в процессе лечения.

Одной из причин, вызывающих осложнения после применения витальных методов, является отсутствие лечебных комплексов, способных полностью ликвидировать воспалительный процесс в пульпе и восстановить ее функциональную активность. Лечение пульпита только антимикробными препаратами не обеспечивает достаточную эффективность, поэтому в лечебном комплексе, наряду с этиотропными, необходимо применять лекарственные вещества патогенетического влияния.

Необходимо отметить, что эти данные не меняли традиционную методику применения паст на основе сильнодействующих антибиотиков при биологическом методе лечения воспаления пульпы. Отсутствие же эффекта от проводимого лечения, прогрессирование заболевания и развитие осложнений не связывали с наличием грибов рода *Candida* в очаге поражения.

В случае выявления в кариозной полости грибковой флоры лечение зубов с хроническим фиброзным пульпитом должно предусматривать включение в лечебную пасту противогрибковых препаратов. Последние данные о наличии в воспаленной пульпе дрожжеподобных грибов [4,5,6] заставляют пересмотреть существующие методы лечения пульпитов биологическим способом.

Цель исследования – повышение эффективности лечения воспаления пульпы зуба консервативным методом.

Материалы и методы исследования. При клиническом определении обратимого состояния пульпы и прогнозировании показаний для применения биологического метода лечения воспаленной пульпы зуба, пасту с добавлением противогрибкового компонента и воздействие модулированного светового излучения применили на 40 зубах, преимущественно премолярах и молярах, у 32 лиц в возрасте от 16 до 40 лет (первая группа), у которых был клинически здоровый пародонт и не было некариозных поражений твердых тканей зубов. Вторая группа включает 40 зубов у 29 лиц, где применили биологическую пасту с добавлением противогрибкового компонента без модулированного светового излучения. Контрольная группа – 40 зубов у 23 лиц, где применялась традиционная паста (триамцинолоновая).

Непосредственные результаты мы отмечаем спустя 24 часа и на 3 сутки после лечения. Ранние клинические результаты регистрировали при контрольных осмотрах на 7,14, 30 и 90 дни после проведенного курса лечения. Отсроченные клинические наблюдения – через 6, 12 и 24 мес. После биологического лечения как в первой и второй, так и в контрольной группе. Во время контрольных осмотров мы отмечаем функциональное состояние зубов, состояние прилежащих тканей, реакцию на термическое воздействие, реакцию на перкуссию и измеряли возбудимость пульпы зуба в мкА электродонтодиагностическим (ЭОД) методом, отмечаем также рентгенологический статус зубов. Сравнивая рентгенологическую картину одного и того же участка на альвеоло-коронарном сегменте перед и после лечения, мы получали данные о состоянии периодонта и пульповой камере зубов.

Результаты и их обсуждение. Непосредственно после лечения на 3 день в первой группе у 5% зубов было установлено появление боли, вызванной термическим раздражителем. Во второй группе – 15%, а в контрольной группе у 57% зубов. Во время контрольных осмотров на 7 день в первой группе не было не спонтанных, ни после термического раздражителя болей. В группе, где применялась паста с добавлением противогрибкового компонента без воздействия модулированного источника света боль от термического раздражителя сохраняется в 5% случаев, в то время как в контрольной группе – в 48% случаев. Эти результаты подтверждают заключение о более высоком эффекте применения биологической пасты с противогрибковым компонентом. Отсутствие боли и лучшие результаты ЭОД зубов, показательны для более эффективного влияния на воспалительный процесс в ранней стадии применение биологической пасты с противогрибковым компонентом при сравнении с традиционной пастой. Сравнивая средние значения ЭОД зубов в трех клинических группах, найдена статистически достоверная разница на 7 день в пользу первой и второй группы, что показывает более быстрое восстановление зубов, которые мы лечили биологической пастой с противогрибковым компонентом. При исследовании на 14 день не было отмечено спонтанных и перкуторных болей не в первой, ни во второй группе, а при аппликации холодного раздражителя боль не вызывалась. В то время, как в контрольной группе боль от холодного раздражителя вызывалась у 31% зубов. На контрольный осмотр на 6 месяце явились 67 пациентов с 82 obturated зубами, которые составляют 68,3% зубов, прошедших контроль через 3 мес. Из них в 35 зубах использована биологическая паста с противогрибковым компонентом и воздействие источника модулированного света, в 32 зубах только паста с противогрибковым компонентом, а в 15 зубах применялась традиционная паста.

Клинически установлено хорошее состояние obturated, отсутствие спонтанных болей, сохранение цвета и прозрачности зубов, а также отсутствие изменений воспалительного характера прилежащей десны и межзубных сосочков зубов. Сравнивая средние величины электровозбудимости пульпы, зарегистрированные в трех группах на 6-м месяце после лечения, установлена значимая разница в электровозбудимости пульпы зубов, которые мы лечили биологической пастой с противогрибковым компонентом ($7,54 \pm 0,32$ мкА) в сравнении с контрольной группой зубов, где не использовали пасту с противогрибковым компонентом ($11,53 \pm 0,39$ мкА). Клинические наблюдения на 12 мес. после лечения провели

* ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Росздрава», Кафедра терапевтической стоматологии, 394000, г. Воронеж, пр. Революции 14, Россия, Тел. (4732) 53-05-36

на 72 obturated teeth (32 teeth from the first group, 30 from the second and 10 from the control group). We did not establish changes in the functional state of teeth, which were treated, the state of the gingiva and the edges of the gums around them were good. The average values of electroexcitability $6,99 \pm 0,31$ mA for teeth of the first and second groups and $11,87 \pm 0,39$ mA for teeth of the control group. More physiological indicators were shown by teeth, which we treated with a paste with antifungal component. Radiographs of teeth, where we applied a paste with antifungal component do not show periapical changes or changes in the pulp chamber.

Conducted by us studies show that in all cases of chronic fibrous pulpitis in pulp-dentin complex there are reversible changes. Treatment of inflamed pulp by conservative method, using a paste with addition of antifungal component affects on pathogenetic mechanisms of inflammation, restores hemodynamics in the treated segment of pulp, ensures optimal conditions for interaction between dressing and living pulp-dentin complex and stimulates natural regenerative potential of dental pulp. Inflammatory reaction in the result of invasion of fungi in pulp, determines reversibility of the process in chronic fibrous pulpitis. Effectiveness of the used therapeutic complex we explain by the effect of Candida on reversible pulpitis antifungal preparation in the composition of biological paste.

Positive result of the used complex is determined by results of own studies, direct and early clinical results show antifungal effect and possibility of more fast and reliable restoration of normal electroexcitability. Late clinical and radiological observations of the therapeutic effect of the complex with antifungal component give possibility to confirm, that pulp remains alive, as also functional completeness and radiological status of treated teeth.

Results of the study allow to make conclusion, that application of antifungal preparations in the composition of pastes for biological method of treatment of pulpitis allow to restore anatomical-physiological functions of pulp and increase effectiveness of conservative treatment in higher degree, than at application of traditional preparations.

Литература

1. Лукиных Л.М. Пульпит: клиника, диагностика, лечение / Л.М. Лукиных, Л.В. Шестопалова. 3-е изд. Н. Новгород: НГМА, 2004. 87 с.
2. Гречишников В.В. Морфологическое обоснование профилактики периодонтальных осложнений при применении биологического метода лечения пульпита / В.В. Гречишников // Вестник Волгоградского медицинского университета. 2006. № 1. С. 69–72.
3. Лобко С.С. Гиперемия пульпы: учеб.-метод. пособие / С.С. Лобко, Л.А. Казеко. Минск: БГМУ, 2006. 15 с.
4. Особенности диагностики пульпитов / А.А. Кунин [и др.] // Стоматология славянских государств : материалы III международного науч.-практ. конф. Белгород, 2009. С. 176–179.
5. Кунин А.А. Новые методы объективного контроля за состоянием пульпы при ее хроническом воспалении / А.А. Кунин, О.А. Кумирова // Стоматология 2007: материалы IX Ежегод. науч. форума, посвящ. 45-летию ЦНИИС. М., 2007. С. 172–173.
6. Современный подход к прогнозированию применения биологического метода лечения хронического фиброзного пульпита / А.А. Кунин О.А. [и др.] // Актуальные проблемы стоматологии: сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 105-летию со дня рожд. Е.Е. Платонова. М., 2006. С. 96–99.

CHRONIC FIBROUS PULPITIS TREATMENT PRESERVING PULP VITALITY

H.S. KALININA, P.S. KRAVCHUK, O.A. KUMIROVA, A.A. KUNIN,
R.A. SHABANOV, A.V. SHISHKIN

Voronezh State Medical Academy after N. N. Burdenko, Russia
Therapeutic Dentistry Department

The article concerns the urgent issues of chronic fibrous pulp inflammation treatment enabling to preserve the tooth vitality. The evaluation of the biological paste with antifungal component was carried out.

Key words: a pulpitis, antifungal component a biological pastes, fibrosis

УДК 616.2-008.331.1-08:615.03

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: МЕХАНИЗМЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

О. М. КОРОЛЬКОВА, Э. В. МИНАКОВ*

Обследовано 460 больных с хронической обструктивной болезнью сердца (ХОБЛ), 40 пациентов с посттромбозом легочной гипертензией, 8 – с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ). Основываясь на математическом анализе, были выделены клинико-гемодинамические группы, отражающие стадии развития патологического процесса и тяжесть болезни. Показана зависимость между гемодинамическими нарушениями, перекисным окислением липидов, биоэнергетическими процессами при формировании легочной гипертензии. Нарастание степени тяжести ХОБЛ и ИЛАГ сопровождается ростом свободно-радикальной активности и недостаточность антиоксидантной системы. Полученные результаты использованы в разработке алгоритмов комплексной терапии легочной гипертензии на различных стадиях процесса.

Ключевые слова: легочная гипертензия, антиоксидантная система, гемодинамика.

Хроническое легочное сердце (ХЛС) и легочная гипертензия (ЛГ) до настоящего времени остается во многом нерешенным вопросом клинической медицины. Интерес к проблеме ХЛС объясняется не только значительно возросшей частотой его проявления, но и ежегодно нарастающим количеством летальных исходов от этого страдания. В 2006 г., 2008 г. Европейским респираторным обществом опубликованы клинические рекомендации по лечению легочной артериальной гипертензии [1]. Однако, точная распространенность ЛГ у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) неизвестна, так как исследования с использованием надежных методов оценки давления в легочной артерии (катетеризация) в большой выборке ХОБЛ никогда не проводились [3]. Остаются также не до конца решенными вопросы патогенеза и показания к терапии при различных этиологических вариантах легочной гипертензии [2,4].

Цель исследования – комплексная оценка особенностей формирования легочной гипертензии различного генеза.

Материалы и методы исследования. На базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы проведено комплексное клинико-гемодинамическое обследование 460-ти больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) различной степени тяжести, 8 больных с идиопатической легочной артериальной гипертензией (ИЛАГ), 40 больных с посттромбозом легочной гипертензией (ПТЭЛГ). Гемодинамика исследовалась с помощью современных неинвазивных методик доплерокардиографии (ДЭХОКГ), компьютерной ангиопульмонографии, а также в некоторых случаях – зондирования правых полостей сердца. Доплерокардиография проведена на Эхокардиографе Voluson-730 фирмы «General-Electrik» в одно – двухмерных режимах, а также режиме импульсной доплерографии из парастерального, апикального и субкостального доступов с регистрацией комплекса параметров кровотока в аорте и легочной артерии по общепринятым методикам. Среднее давление в легочной артерии определялось по методике Kitabatake А. Диастолическая функция правого и левого желудочков оценивалась по форме трансфусицидального и трансмитрального потоков соответственно. Фракция выброса правого желудочка (ПЖ) измерялась по методике Рандмаа И. Л. с соавт., 1994 с определением:

ПЖс – площадь сечения ПЖ в систолу,

ПЖД – площадь сечения ПЖ в диастолу,

ПЖс

ИПЖ = ----- - индекс изменения площади ПЖ,

ПЖД

который по данным авторов, является эквивалентом фракции выброса.

Определение функции внешнего дыхания проведено на бодиплетизмографическом комплексе фирмы «Erich Eger» с регистрацией петли поток – объем с определением показателей: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), объем форсированного выдоха

* Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Кафедра госпитальной терапии с курсом ревматологии и профпатологии ИПМО, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, Тел. 8 (4732) 57-96-98