4. Новиков В.С., Яковлев Г.М., Смирнов В.С., Хавинсон В.Х. Биорегуляция в медицине катастроф. — СПб.: Наука, 1992. — 120 с.
5. Букаев Ю.Н., Румянцев В.Б., Куренков Р.Н. Влияние психоэмоционального стресса на функцию почек. // Урология и нефрология. — 1991. — № 1. — С.3-5.
6. Воронина Н.П. Система макрофагов при стрессе. / Тр. ин-та. // Том. мед. ин-т. — 1988. — Т. 5. — С.15-18.
7. Генералов А.В., Сыкало А.И., Пучков Г.Ф. Возможности посмертной судебно-медицинской оценки роли стресса в посттравматическом танатогенезе. / Первый съезд судебных медиков Латвийской ССР. //Тез. докл. — Рига, 1985. — С.209-210.
8. Климов П.К., Барашкова Г.М. Эндогенные пептиды как единая система регуляторных веществ. // Физиол. журнал. — 1993. — Т. 79, № 3. — С.80-87.
9. Кузник Б.И. Цитомедины, иммунитет и система гомеостаза. // Сб. Механизмы патологических реакций. — Новокузнецк, 1991. — С.86-89.
10. Кузник Б.И., Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Цитомедины: 25-летний опыт экспериментальных и клинических исследований. — СПб.: Наука, 1998. — 310 с.
11. Кузник Б.И., Хавинсон В.Х., Цыбиков Н.Н. Цитомедины — отряд полипептидов на все случаи жизни. // Регуляторные пептиды в норме и патологии (Цитомедины). — Чита, 1991. — С.1-4.
12. Судебно-медицинская травматология. / Под ред. А.П. Громова, В.Г. Науменко. — М.: Медицина, 1977. — 368 с.

© БРИЛЬ Е.А. —

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ У ВРАЧА-ОРТОДОНТА

Е.А. Бриль

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний, зав. — д.м.н., проф. В.В. Алямовский)

Резюме. Исследование позволило выявить несбалансированность иммунной системы на протяжении всего периода активного аппаратного лечения. Это четко прослеживается через один и через пять месяцев после фиксации аппарата, а так же в конечном периоде аппаратного лечения (т.е. через пятнадцать месяцев после фиксации брекетов). Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать выделение этих периодов как «критических», требующих проведения иммунокорректирующей терапии и назначение средств профилактики кариеса зубов.

Ключевые слова. Зубочелюстные аномалии и деформации, иммунитет.

Известно, что гигиеническое состояние полости рта при наличии зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД) ухудшается, возникают воспалительные явления в тканях пародонта, возрастает поражаемость зубов кариесом [1,3]. В последнее время многие исследователи связывают возникновение и развитие зубочелюстных аномалий и деформаций (ЗЧАД) у детей с различными соматическими, системными заболеваниями. Кроме того, изучается зависимость эффективности ортодонтического лечения от общего состояния организма [2,4,5,6,7].

Мы не встретили данных об особенностях иммунитета на этапах ортодонтического лечения. В связи с чем, исследование параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета у ортодонтических больных является весьма актуальным. Изучение распространенности зубочелюстных аномалий и деформаций у детей и подростков с иммунодефицитными состояниями, выявление периодов иммунологического напряжения на этапах ортодонтического лечения позволит разработать качественно новый подход к профилактике кариеса зубов у этих больных.

Материалы и методы

С целью выявления периодов иммунологического напряжения на этапах ортодонтического лечения были сформированы три группы детей. Первую группу (контрольную) составили дети с ЗЧАД без аппаратного лечения (30 детей). Во вторую группу (группу сравнения 1) вошли дети с ЗЧАД, находящиеся на аппаратном лечении с использованием съемных ортодонтических

аппаратов (35 детей). Третью группу (группа сравнения 2) составили дети с ЗЧАД, находящиеся на лечении с использованием брекет-системы (37 детей).

Исследование системы клеточного иммунитета включало в себя: а) метод розеткообразования, основанный на взаимодействии мембранных рецепторов Т-лимфоцитов с эритроцитами барана. Визуально это определяется при микроскопии в виде розеток — образований, состоящих из лимфоцитов, к поверхности которых присоединены эритроциты. Способность Т-лимфоцитов крови человека взаимодействовать с эритроцитами крови барана, обусловлена наличием на их поверхности гликопротеиновых Е-рецепторов, которые отражают дифференцированность и функциональную принадлежность Т-клеток; б) метод лазерной проточной цитометрии, позволяющий проводить анализ фенотипа и функциональной активности иммунокомпетентных клеток, а также их фракционирование. В работе использован проточный лазерный цитометр FACS Calibur американской компании Becton Dickinson и программа Timbuctu; в) содержание иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови исследовались методом радиальной иммунодиффузии в геле по G. Mancini (1965).

Данные клиничко-лабораторных исследований подвергались математико-статистической обработке по методу Стьюдента на ПЭВМ типа IBM PC с использованием пакета статистических программ Excel приложения Microsoft Office для среды Windows. Вычислялись следующие величины: средняя арифметическая простая — M , среднее квадратичное отклонение — s , ошибка

средней арифметической – t , критерий различия Стьюдента – t , на основании которого определяли показатель достоверности различия – p . Данные считались достоверными, если показатель p был меньше 0,05.

Результаты и обсуждение

Исследуя состояние клеточного звена иммунитета у детей групп сравнения (1 и 2), мы получили достоверное ($p < 0,05$) снижение количества СД-3 лимфоцитов на протяжении всего периода аппаратурного лечения (табл.1).

Следует отметить стабильную динамику в снижении СД-3 лимфоцитов в период активного аппаратурного лечения, т.е. в первые пять месяцев, после фиксации

Таким образом, проследивая содержание зрелых Т-лимфоцитов на этапах ортодонтического лечения, можно говорить о достоверном снижении этих клеток по сравнению с контрольной группой детей и прогрессивном уменьшении их количества с увеличением срока аппаратурного лечения. Причем, минимальные значения СД-3 лимфоцитов были установлены в двух периодах: в конечный период активного аппаратурного лечения (через 5 месяцев после фиксации аппаратов) и в конечный период аппаратурного лечения (через 15 месяцев от начала лечения).

Исследуя состояние клеточного звена иммунитета у детей с ЗЧАД, мы получили достоверное снижение зна-

Таблица 1

Сравнительная динамика уровня СД-3 лимфоцитов у детей с ЗЧАД на этапах ортодонтического лечения в зависимости от вида аппаратурного лечения

Сроки наблюдения на этапах аппаратурного лечения	Средние величины содержания СД-3 лимфоцитов (%)	
	Группа сравнения 1 (съёмные аппараты)	Группа сравнения 2 (брекеты)
1. Через 1 месяц (начальный период активного аппаратурного лечения)	61,57±0,92*	54,52±0,27*
2. Через 3 месяца после фиксации аппарата	60,46±0,44*	53,44±0,35*
3. Через 5 месяцев (конечный период активного аппаратурного лечения)	60,94±0,55*	53,58±0,36*
4. Через 7 месяцев после фиксации аппарата	59,61±0,65*	54,12±0,39*
5. Через 9 месяцев после фиксации аппарата	59,59±0,42*	54,00±0,35*
6. Через 11 месяцев после фиксации аппарата	59,08±0,74*	53,88±0,33*
7. Через 13 месяцев после фиксации аппарата	59,14±0,53*	54,15±0,24*
8. Через 15 месяцев (конечный период аппаратурного лечения)	60,34±0,35*	53,38±0,41*

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверность различий определена по отношению к показателям контрольной группы

аппаратов. Так, разница значений СД-3 лимфоцитов между контрольной группой и группой сравнения 2 через 1 месяц, после фиксации брекетов составила 7,74%. Через 3 месяца, после использования техники прямой дуги (брекетов) содержание Т-лимфоцитов в периферической крови детей продолжало снижаться, отличаясь от контрольной группы на 8,82% ($p < 0,05$). В период с 7 до 13 месяцев от начала аппаратурного лечения мы наблюдали повышение процентного содержания СД-3 лимфоцитов, которое было не достоверно по сравнению с периодом активного аппаратурного лечения (в первые пять месяцев лечения). Следует отметить, что в конечный период аппаратурного лечения (через 15 месяцев после фиксации брекетов) относительные значения СД-3 лимфоцитов вновь снижаются, достоверно отличаясь ($p < 0,05$) от начального периода активного аппаратурного лечения (через 1 месяц после фиксации брекетов).

чения иммунорегуляторного индекса (ИРИ), т.е. отношения СД-4 к СД-8 лимфоцитов на всех этапах аппаратурного лечения, по сравнению с контрольной группой детей ($p < 0,01$) (табл.2).

Следует подчеркнуть, что зависимости значений иммунорегуляторного индекса от срока ортодонтического лечения не выявлено ($p > 0,05$). Важно отметить, что в начальном периоде аппаратурного лечения (через 1 месяц после фиксации брекетов) и в конечном периоде аппаратурного лечения (через 15 месяцев) значения ИРИ достоверно выше по сравнению с такими же периодами аппаратурного лечения у детей со съёмными аппаратами ($p < 0,05$). Это свидетельствует о преобладании иммуносупрессивных процессов у детей, находящихся на лечении с использованием брекет-системы (группа сравнения 2).

Проведенное исследование показателей клеточного иммунитета позволило выявить ряд характерных осо-

бенностей его у детей с ЗЧАД, находящихся на аппаратном лечении по сравнению с группой контроля и в зависимости от срока лечения. Обнаружено, что уровень СД-3 лимфоцитов у детей группы сравнения 2 (с

нению с контрольной группой с максимальными значениями в двух периодах: в конце периода активного аппаратного лечения (через 5 месяцев после фиксации брекетов) и через 15 месяцев после фиксации бре-

Таблица 2

Сравнительная динамика величины иммунорегуляторного индекса (ИРИ) в различные сроки наблюдения детей с ЗЧАД.

Сроки наблюдения на этапах аппаратного лечения	Средние величины значения ИРИ (M+m)	
	Группа сравнения 1 (съемные аппараты)	Группа сравнения 2 (брекеты)
1. Через 1 месяц (начальный период активного аппаратного лечения)	0,94+0,03*	0,80+0,02* $p_1 < 0,05$
2. Через 3 месяца после фиксации аппарата	0,78+0,04*	0,77+0,05*
3. Через 5 месяцев (конечный период активного аппаратного лечения)	0,72+0,02**	0,76+0,02*
4. Через 7 месяцев после фиксации аппарата	0,70+0,02**	0,80+0,02* $p_1 < 0,05$
5. Через 9 месяцев после фиксации аппарата	0,63+0,03**	0,77+0,02* $p_1 < 0,05$
6. Через 11 месяцев после фиксации аппарата	0,64+0,02**	0,77+0,02* $p_1 < 0,05$
7. Через 13 месяцев после фиксации аппарата	0,77+0,01*	0,80+0,01*
8. Через 15 месяцев (конечный период аппаратного лечения)	0,89+0,03*	0,78+0,02* $p_1 < 0,05$

Примечание: * - $p < 0,01$; ** - $p < 0,001$ - достоверность различий определена по отношению к показателям контрольной группы.

брекетами) снижается по сравнению с контрольной группой и до значений достоверно меньших, чем у детей группы сравнения 1 (со съемными аппаратами). Уровень СД-3 лимфоцитов имеет минимальные значения в период активного аппаратного лечения (через 5 месяцев после фиксации аппаратов) и через 15 месяцев. Уровень СД-4 лимфоцитов снижается по сравнению с группой контроля, но на порядок меньше, чем у детей группы сравнения 1 (со съемными аппаратами), с отсутствием разницы значений между сроками аппаратного лечения. Уровень СД-8 лимфоцитов у детей группы сравнения 2 (с брекетами) повышается по срав-

кет-системы.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о наличии вторичного иммунодефицита у детей с ЗЧАД, находящихся на аппаратном лечении. Исследование позволило установить несбалансированность иммунной системы через один и через пять месяцев после фиксации аппарата, а так же в конечном периоде аппаратного лечения (через пятнадцать месяцев после фиксации брекетов). Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать выделение этих периодов как «критические», требующих проведения иммунокорректирующей терапии.

THE ORTHODONTIC METHOD OF PATIENT MANAGEMENT

E.A.Bril

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The research allowed to establish the imbalance of immune system during appliance treatment. It is traced in 1, 5 month after fixation of appliance and in the final period of treatment (in 15 months after fixation of breakers). The results of research allowed to establish this period like "critical" and it is necessary to conduct immuno-corrective therapy and to take measures of caries prevention.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дистель В.А., Сунцов В.Г., Вагнер В.Д. Зубочелюстные аномалии и деформации. — М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2001. — 151 с.
2. Карницкая И.В. Профилактика негативных изменений в органах и тканях полости рта при ортодонтическом

- лечении детей у стоматолога.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1999. — 21 с.
3. Орешака О.В. Характеристика органов и тканей полости рта при ортодонтической патологии у лиц с различным уровнем резистентности к кариесу.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 1998. — 22 с.

4. *Перова Е.Г.* Профилактика и лечение зубочелюстных аномалий и деформаций у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Омск, 2000. — 20 с.
5. *Русина Н.Г.* Характеристика стоматологического здоровья и профилактика заболеваний зубочелюстной системы у детей, проживающих в различных регионах Красноярского края.: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — Омск, 2000. — 28 с.
6. *Титов В.И., Слуцкий Д.Б., Шестова О.Л.* Воздействие ортодонтического лечения на целостный организм. // Ортодент — Инфо. — 2002. — № 1. — С.12-15.
7. *Шарова Т.В., Рогожников Г.И.* Ортопедическая стоматология детского возраста. — М.: Медицина, 1991. — 287 с.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

© ДАШИНАМЖИЛОВ Ж.Б., ДИЛЬ А.А., ЛУБСАНДОРЖИЕВА П.Б., НИКОЛАЕВ С.М. —

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПО КУПИРОВАНИЮ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ФИТОСРЕДСТВАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Ж.Б. Дашинамжилов, А.А. Диль, П.Б. Лубсандоржиева, С.М. Николаев

(Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН, директор — проф. В.М. Корсунов, г. Улан-Удэ;
Республиканский наркологический диспансер МЗ РБ, гл. врач — А.А. Диль, г. Улан-Удэ)

Резюме. Установлено более раннее купирование алкогольного абстинентного синдрома у больных хроническим алкоголизмом при сочетанном назначении фитосредств «наркофит» и «алкофоб». Данная технология по купированию алкогольного абстинентного синдрома фитосредствами может быть рекомендована для ослабления токсических эффектов алкоголя, профилактики постинтоксикационного состояния и может быть использовано в комплексной терапии и профилактике алкогольных интоксикации.

Ключевые слова. Хронический алкоголизм, абстинентный синдром, фитосредства в комплексе лечения.

Алкоголизм относится к наиболее распространенным заболеваниям. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) алкоголизм, как причина смерти, занимает третье место по частоте встречаемости, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и злокачественным новообразованиям.

У лиц, злоупотребляющих алкоголем, жировая дистрофия, алкогольный гепатит, фиброз и цирроз печени являются наиболее частыми формами повреждения печени [4,7]. Недостаточная эффективность, наличие побочных эффектов ряда фармакологических препаратов, с одной стороны, с другой, настоятельная необходимость профилактики алкоголизма диктуют поиск, разработку новых эффективных препаратов и, в частности, средств растительного происхождения [2,3], уменьшающих тягу к алкоголю, блокирующих центры удовольствия от приема алкоголя.

Целью настоящей работы явилось определение клинической эффективности фитосредств «наркофит» [5] и «алкофоб» [8] при их сочетанном применении у больных, страдающих алкоголизмом, в качестве средства для купирования алкогольного абстинентного синдрома (АСС) и снижения патологического влечения к алкоголю (ПВА) в поликлинических и клинических условиях.

Материалы и методы

Клиническое изучение эффективности комплексного применения фитосредств «наркофит» и «алкофоб»

проводилось в 2000-2001 гг. на базе Наркологического диспансера МЗ РБ (г. Улан-Удэ) на основании приказа МЗ РФ от 15.04.97г. № 117 и включали в себя исследования, проводившиеся в условиях стационара и поликлиники. Было обследовано 50 больных разных возрастных групп (18-45 лет), давность заболевания от 2 до 15 лет; у большинства больных была диагностирована II развернутая стадия алкоголизма. Больные были разделены на следующие группы: 28 человек получали в качестве антиалкогольных фитосредств «наркофит» и «алкофоб» в условиях стационара (1 группа), 22 — в поликлинических условиях (2). Указанные фитосредства назначали по схеме: утром — «наркофит», в обед и перед сном — «алкофоб».

Фитопрепараты принимали в виде отвара из расчета 1 чайная ложка на 200 мл кипятка, настаивали 30 минут и назначали по 100 мл 3 раза в день за 30 минут до приема пищи в течение 7 дней. В качестве сравнения другой группе больных назначали по аналогичной схеме: гепатозащитное средство холосас и фитосредство «Петрович» (антиалкогольный фиточай производства ТОО «Галактика», ТУ 9197-001-2891 5443-97). В условиях стационара 35 больных принимали, 15 — в поликлинических условиях по аналогичной схеме: утром холосас, в обед и перед сном отвар фитосредства «Петрович» в течение 7 дней. Для подтверждения диагноза «хронический алкоголизм» у больных оценивались клинические и субъективные показатели.

Все больные получали, помимо указанных фито-