

ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
ПРИ НЕЙРОСИФИЛИСЕ

А.Х. КАЗИЕВ

Под наблюдением в разные периоды нейросифилиса (НС) находились 52 больных в возрасте  $36,2 \pm 2,1$  лет. Проводились клиническое и нейрофизиологическое обследования. Вегетативное обеспечение оценивалось по данным кардиоинтервалографии. Клинико-неврологическое проявление разных периодов НС было представлено преимущественно цереброваскулярной недостаточностью и общемозговой симптоматикой. Механизмы адаптации характеризовались истощением эрготропных систем с перенапряжением трофотропных механизмов. Вегетативное обеспечение, несмотря на отсутствие явных объективных неврологических изменений, не носило стабильного характера и имело тенденцию к срыву адаптационных механизмов при воздействии различных внешних неблагоприятных факторов.

**Ключевые слова:** нейросифилис, кардиоинтервалография, адаптация

PARAMETERS OF VEGETATIVE MAINTENANCE  
AT NEUROSYPHILIS

KAZIYEV A.H.

Under clinical observation in the different terms of neurosyphilis there were 52 patients. Clinical and neurophysiological examination was carried on. The vegetative maintenance was estimated by the cardiointervalography data. Clinical-neurologic manifestations of the different terms of neurosyphilis were represented mainly by cerebrovascular failure and cerebral symptomatology. At the patients with neurosyphilis, the vegetative maintenance, in spite of the absence of manifestative objective neurologic changes, was not stable and tended to adaptive mechanisms breakdown at the influence of the various external unfavorable factors.

**Keywords:** neurosyphilis, cardiointervalography, adaptation

© Коллектив авторов, 2010

УДК 616.14:616.314-089.28/.29:616.314-073.75

ПАРАМЕТРЫ КЛИНИЧЕСКИХ, ГРАФИЧЕСКИХ,  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ  
ПАРОДОНТА БОКОВЫХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

З.Р. Дзараева, Е.А. Брагин, М.В. Гоман

Ставропольская государственная медицинская академия

**О**дной из распространенных форм поражения зубных рядов являются заболевания пародонта [1], которые клинически проявляются нарушениями его функционального состояния, особенно на фоне травматической окклюзии [16]. При этом опорными могут быть зубы как из функционирующей, так и нефункционирующей группы. Как известно, у нефункционирующих зубов отсутствует нагрузка пародонта, в то же время у функционирующих зубов возникает его перегрузка [6,7]. Длительное отсутствие функциональной нагрузки пародонта приводит к развитию вазоконстрикции [4,8,9], а со временем – и к морфологическим изменениям в структуре сосудистых стенок пародонта [3]. Продолжительная перегрузка вызывает нарушение трофики пародонта, прогрессирующую деструкцию и, как следствие, патологическую подвижность зубов [2,10]. Сочета-

ние этого воздействия с воспалением значительно ускоряет деструктивные процессы в пародонте, что еще более усугубляет течение патологического процесса [11,12].

Патогенетической коррекцией такого состояния является только рациональное протезирование с восстановлением целостности зубного ряда [15]. Использование боковых зубов в качестве опоры мостовидных протезов основано на наличии резервных сил пародонта [9,13]. Однако при недостаточном клинко-биологическом обосновании выбора опорных зубов и конструкции протеза нагрузка пародонта становится неадекватной, что приводит к формированию травматической окклюзии [14,17].

Клиническая картина функциональной перегрузки на ранних стадиях характеризуется бессимптомным течением, что связано с повреждением рецепторов периодонта и пульпы перегруженных зубов, а это отодвигает начало адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий [18].

Влияние несъемных конструкций зубных протезов (мостовидных) на течение функциональной перегрузки здорового пародонта изучено недостаточно [20], и такие положения, как необходимость создания уступа при препарировании коронки опорного зуба, максимальная протяженность включенного дефекта зубного ряда, состояние зубов-антагонистов и др., остаются спорными [2,19].

Дзараева Зарина Руслановна, соискатель кафедры ортопедической стоматологии СтГМА,  
тел.: 89188229312, zarina0879@mail.ru

Брагин Евгений Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ортопедической стоматологии СтГМА, тел.: 89280095097, korssgma@mail.ru

Гоман Максим Викторович, ассистент кафедры ортопедической стоматологии СтГМА, тел.: 89624499182, maxgoman@mail.ru

Целью настоящей работы явилось изучение проявлений реактивных процессов в околозубных тканях при использовании несъемных зубных протезов, а также оценка параметров клинических, рентгенологических и графических методов исследования функционального состояния пародонта боковых опорных зубов у лиц, пользующихся мостовидными протезами различной конструкции.

**Материал и методы.** Для решения поставленных задач были проанализированы результаты клинорентгенологического обследования 310 пациентов, прошедших ортопедическое лечение в течение 2004-2010 гг. Все они имели диагноз: «Частичная потеря зубов» с локализацией дефектов по 3-му классу Кеннеди. Из них женщин было 156 (в возрасте от 26 до 76 лет), мужчин – 154 (в возрасте от 21 до 68 лет). Количество исследованных опорных зубов в боковых отделах зубного ряда – 776 (основная группа), зубов, используемых для сравнения – 506; это были интактные зубы противоположной боковой стороны зубного ряда, если они не были использованы под опору зубного протеза (контроль). Измерение линейных параметров осуществляли по методике, предложенной нами в клинике кафедры ортопедической стоматологии [5]. В группы исследования включались соматически здоровые пациенты.

**Результаты и обсуждение.** В зависимости от характера препарирования твердых тканей опорного зуба в придесневой части и особенностей протезной конструкции все пациенты по возрастным и половым группам (310 человек) были разделены на 3 подгруппы (табл. 1).

При сравнении подвижных зубов в 3-х подгруппах основной и контрольной групп мы не получили достоверных различий. Из этого следует, что способ препарирования пришеечной зоны опорного зуба не имеет существенного значения для дальнейшей его устойчивости. Также не было статистически подтверждено, что у пациентов основной группы количество подвижных зубов было больше, чем в группе сравнения.

Таким образом, можно предположить, что при замещении включенных дефектов в боковом отделе зубного ряда конструкция мостовидного протеза не оказывает существенного влияния на сохранение устойчивости первоначально неподвижных зубов. Для того, чтобы выявить другие возможные факторы, влияющие на сохранность пародонта опорных зубов, мы исследовали роль зубов-антагонистов и протяженность включенного дефекта зубного ряда.

В зависимости от состояния зубов-антагонистов все пациенты по возрастным и половым группам были

разделены на четыре подгруппы: 1-я – антагонистами опорных зубов явились естественные зубы; 2-я – металлочерепице зубные протезы из благородных и неблагородных сплавов; 3-я – металлокерамические зубные протезы; 4-я – пластмассовые зубы съемных протезов или пластмассовые коронки.

Сопоставление данных подвижности боковых опорных зубов пациентов основной и контрольной групп в зависимости от качественной характеристики зубов-антагонистов также не выявило статистически достоверной разницы. Из этого следует, что устойчивость опорных зубов лишь частично может зависеть от того, с какими зубами они находятся в окклюзионном контакте. По-видимому, степень окклюзионных контактов, их площадь имеют большее значение для устойчивости опорных зубов, а следовательно, и для пародонта в целом, чем способ препарирования твердых тканей опорных зубов и то, являются ли антагонисты естественными или искусственными зубами.

Были также изучены линейные параметры пародонта опорных зубов и расстояние между продольными осями опорных зубов, включенных дефектов в боковом отделе зубного ряда верхней и нижней челюсти в зависимости от их функциональной принадлежности и положения в зубной дуге.

Изучение линейных размеров высоты корня проводили от верхушки корня до верхушки межзубной перегородки или альвеолярного гребня. За верхушку многокорневого зуба принимали усредненную точку между корнями зуба.

Полученные результаты показаны на рисунке. Для первого и второго премоляров, а также первого и второго моляров принимались значения средних данных.

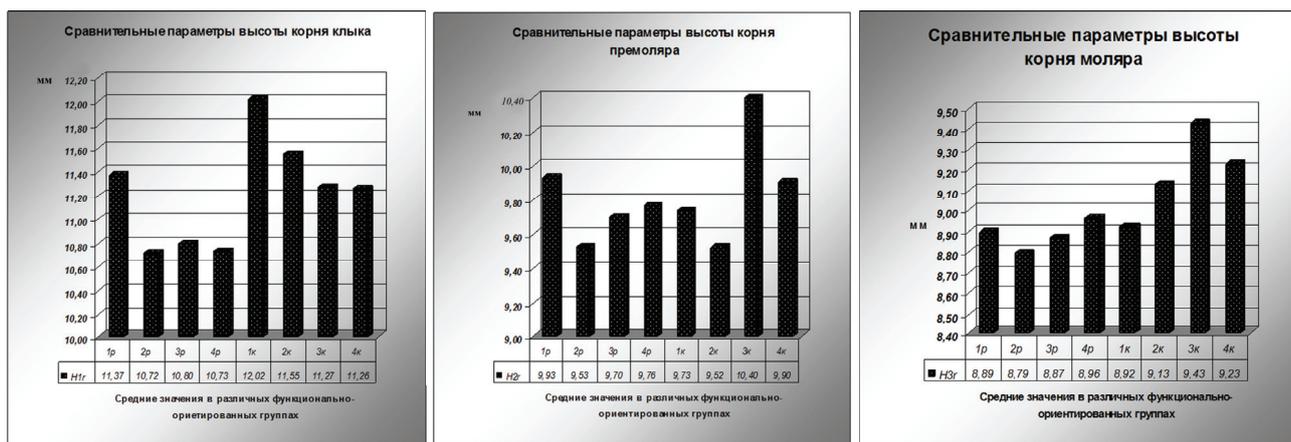
В результате анализа было установлено, что линейные параметры пародонта боковых зубов существенно не различаются между правой и левой сторонами зубного ряда верхней и нижней челюстей как в рабочей, так и в контрольной группе. Однако линейные параметры пародонта клыка и второго премоляра в рабочей группе достоверно больше ( $p < 0,01$  для клыка и  $p < 0,001$  для премоляра), чем аналогичный параметр в контрольной группе. Средние данные этих параметров приведены в таблице 2. Мы также обнаружили достоверные различия между линейными параметрами клыка, второго премоляра и второго моляра в рабочей и контрольной группах. Линейные параметры пародонта клыка достоверно больше, чем премоляра и моляра. Данные сравнительной оценки показателей линейных параметров пародонта боковых зубов

Таблица 1

**Показатели устойчивых и подвижных (в скобках) опорных зубов по подгруппам в зависимости от возраста, пола и характера препарирования твердых тканей в пришеечной области**

| Возраст          | 20-29 лет |    | 30-39 лет |    | 40-49 лет |    | 50-59 лет |    | 60 и старше |    | Всего |
|------------------|-----------|----|-----------|----|-----------|----|-----------|----|-------------|----|-------|
|                  | м         | ж  | м         | ж  | м         | ж  | м         | ж  | м           | ж  |       |
| Основная группа  |           |    |           |    |           |    |           |    |             |    |       |
| 1-я п/группа     | 10        | 14 | 20        | 21 | 24        | 26 | 31        | 37 | 41          | 39 | 263   |
| (подвижных)      | -         | -  | 3         | 1  | 10        | 4  | 17        | 10 | 25          | 14 | (84)  |
| 2-я п/группа     | 22        | 26 | 30        | 29 | 30        | 24 | 34        | 25 | 25          | 21 | 266   |
| (подвижных)      | -         | -  | 2         | 1  | 9         | 2  | 12        | 6  | 14          | 6  | (52)  |
| 3-я п/группа     | 28        | 28 | 34        | 30 | 30        | 30 | 20        | 23 | 14          | 10 | 247   |
| (подвижных)      | -         | -  | 2         | 1  | 4         | 4  | 6         | 5  | 3           | 2  | (27)  |
| Всего зубов:     | 60        | 68 | 84        | 80 | 84        | 80 | 85        | 85 | 80          | 70 | 776   |
| (подвижных)      | -         | -  | 7         | 3  | 23        | 10 | 35        | 21 | 42          | 22 | (163) |
| Группа сравнения |           |    |           |    |           |    |           |    |             |    |       |
| Всего зубов:     | 47        | 45 | 50        | 51 | 50        | 50 | 50        | 53 | 54          | 56 | 506   |
| (подвижных)      | -         | -  | 4         | 2  | 8         | 6  | 12        | 10 | 18          | 16 | (76)  |

Примечание. 1-я группа – опорные зубы паяного мостовидного протеза, препарированные без уступа; 2-я – опорные зубы цельнолитого или металлокерамического мостовидного протеза, также препарированные без уступа; 3-я – опорные зубы цельнолитого или металлокерамического мостовидного протеза, препарированные с круговым уступом.



**Рис. Сравнительные параметры средней высоты корня клыка, премоляра, моляра в четырех функционально-ориентированных группах в основной (1р,2р,3р,4р) и контрольной (1к,2к,3к,4к) группах зубов.**

показали, что высота пародонта клыка достоверно больше премоляра в рабочей ( $p < 0,001$ ) и контрольной ( $p < 0,001$ ) группах. Высота пародонта клыка больше, чем моляра в группе сравнения (основная –  $p < 0,001$ ; контроль –  $p < 0,001$ ). Высота корня премоляра также больше, чем моляра (соответственно в сравниваемых группах  $p < 0,001$  и  $p < 0,01$ ). Высота пародонта клыка, премоляра и моляра не имеет достоверных отличий во всех группах сравнения.

Таблица 2

**Сравнительный анализ средних показателей линейных размеров пародонта в зависимости от функциональной принадлежности опорного зуба**

| Группа      | Показатели линейных размеров пародонта боковых зубов (мм) |              |           |
|-------------|---|--------------|-----------|
|             | клык  | 2-й премоляр | 2-й моляр |
| Рабочая     | 10,91±0,32  | 9,73±0,25    | 8,88±0,21 |
| Контрольная | 11,52±0,28  | 9,89±0,20    | 9,18±0,18 |
| P           | >0,1  | >0,1         | >0,1      |

С целью изучения функционального состояния пародонта опорных зубов в боковом отделе зубного ряда были изучены линейные параметры между продольными осями опорных зубов, свидетельствующие о протяженности дефекта зубного ряда. При этом изучали расстояние между продольными осями клыка, второго премоляра и второго моляра. Изучение линейных размеров между продольными осями осуществляли по трем параметрам: расстояние между продольными осями опорных зубов по вершине гребня альвеолярного отростка; расстояние между продольными осями в области верхушки корней; расстояние между продольными осями в области окклюзионной поверхности.

Последнее обусловлено тем, что продольные оси опорных зубов, как правило, не параллельны вследствие изменения положения зубов в зубной дуге, обусловленного деформацией окклюзионной поверхности на фоне частичной потери зубов.

Было установлено, что линейные параметры между продольными осями боковых зубов на окклюзионном, альвеолярном и верхушечном уровнях существенно не различаются между правой и левой сторонами зубного ряда, верхней и нижней челюсти.

Также не обнаружено достоверных различий соответствующих показателей в рабочей и контрольной группах. Статистически достоверные различия были получены при сравнении показателей линейных параметров между осями боковых зубов на окклюзионном,

альвеолярном и верхушечном уровнях между клыками, премолярами и молярами соответственно – как в основной, так и контрольной группах.

Во всех исследуемых группах больших расстояний между премолярами и молярами как в рабочей, так и в контрольной группе достоверно больше, чем расстояние между клыками и премолярами, и составляет в среднем  $17,89 \pm 1,01$  и  $13,07 \pm 0,34$  ( $p < 0,001$ ). В рабочей группе расстояние между продольными осями второго премоляра и второго моляра на уровне верхушки корня ( $19,86 \pm 1,62$ ) достоверно больше, чем аналогичное расстояние ( $16,49 \pm 0,20$ ) на окклюзионном уровне ( $p < 0,05$ ).

Кроме того, расстояние между продольными осями второго премоляра и второго моляра на уровне верхушки корня ( $19,86 \pm 1,62$ ) больше, чем аналогичное расстояние ( $17,27 \pm 1,95$ ) в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

Данные сравнительной оценки показателей линейных размеров между осями боковых зубов на окклюзионном, альвеолярном и верхушечном уровнях показали, что расстояние между продольными осями коронок боковых зубов на уровне окклюзионной поверхности между осью второго премоляра и второго моляра во всех исследованиях больше аналогичного параметра между осью клыка и второго премоляра ( $p < 0,001$ ). Достоверных отличий между продольными осями клыка и второго моляра на окклюзионной, альвеолярном и базальном уровнях не установлено ( $p > 0,05$ ). Линейные параметры между осью второго премоляра и второго моляра на альвеолярном уровне достоверно больше, чем аналогичные показатели между осью клыка и второго премоляра ( $p < 0,001$ ). Расстояния между осью клыка и второго моляра на альвеолярном и базальном уровнях существенно не различаются ( $p > 0,05$ ). Линейные параметры на базальном уровне между осью второго премоляра и второго моляра достоверно больше аналогичных показателей между осью клыка и второго премоляра ( $p < 0,001$  в рабочей группе и в контроле). Расстояние между продольной осью второго премоляра и второго моляра на уровне верхушки корней также достоверно больше, чем аналогичный параметр на альвеолярном уровне в рабочей группе ( $p < 0,05$ ), и существенно не отличается в контроле ( $p > 0,05$ ).

Несомненно, полученные данные стали более ценными для клинической практики, когда к измерению расстояний между продольными осями боковых зубов были добавлены линейные параметры пародонта для каждой опоры зубного протеза, что позволило планировать конструкцию мостовидного протеза с учетом индивидуальных параметров линейных размеров тканевых протезного ложа.

**Заключение.** Полученные результаты позволили применить на практике разработанное ранее теоретическое обоснование конструкции зубного протеза при изъянах зубного ряда в его боковых отделах и тем самым предотвратить возможные осложнения и ошибки при протезировании несъемными мостовидными протезами в боковых отделах зубного ряда. Результаты исследования могут быть успешно применены при клиническом и рентгенологическом анализе зубных рядов пациентов, нуждающихся в ортопедическом лечении, а также при графическом отображении полученных в клинике результатов.

#### Литература

1. Аболмасов, Н.Г. Результаты и возможности комплексного лечения заболеваний пародонта (клинико-экспериментальное исследование) / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.Р. Шашмурина // *Стоматология*. – 2001. – №1. – С.83-87.
2. Банух, В.Н. Планирование конструкции мостовидного протеза с учетом положения опорных зубов / В.Н. Банух // *Здравоохранение*. Кишинев. – №5. – С. 27-28.
3. Беньковская, С.Г. Сравнительная оценка тканей пародонта у пациентов с металлическими и металлокерамическими протезами / С.Г. Беньковская, Б.Т. Расторгуев // *Новое в стоматологии*. – 1996. – №3. – С. 21-22.
4. Боровский, Е.В. Состояние периодонта опорных зубов под металлокерамическими коронками / Е.В. Боровский, А.Н. Ошмарин // *Клиническая стоматология*. – 2005. – №2. – С.16-19.
5. Брагин, Е.А. Анализ площади и размеров элементов зубочелюстной системы по данным ортопантомографии и компьютерной томографии с использованием программных средств персонального компьютера / Е.А. Брагин, Е.А. Вакушина, И.В. Романенко, Ю.М. Николаев, З.Р. Дзараева. – Ставрополь, 2005. – 14 с.
6. Букаев, М.Ф. Показатель функционирования мостовидного протеза. Оценка результатов протезирования мостовидными протезами / М.Ф. Букаев // *Новое в стоматологии*. – 2006. – №3. – С. 42.
7. Ерхов, С.В. Сравнительная структурно-морфологическая и клиническая оценка методов повышения устойчивости опорных зубов, препарированных под металлокерамические протезы: Автореф. ...дис. канд. мед. наук / С.В. Ерхов. – Ставрополь, 2003. – 19 с.
8. Каламкар, Х.А. Непосредственные и отдаленные результаты применения металлокерамических протезов у больных с заболеваниями пародонта / Х.А. Каламкар, Т.А. Варданян // *Стоматология*. – 1987. – № 5. – С.52-55.
9. Королев, С.Л. Клинико-функциональная ха-

- рактеристика патологических состояний пародонта и их влияние на резервные возможности опорных зубов: Автореф. ...дис. канд. мед. наук / С.Л. Королев. – М., 2006. – 22 с.
10. Логинова, Н.К. Влияние жевательных нагрузок на напряжение кислорода в тканях пародонта / Н.К. Логинова, О.В. Крылова // *Стоматология*. – 2001. – №1. – С. 23-25.
  11. Маркин, В.А. Прогнозирование и профилактика осложнений при протезировании металлокерамическими конструкциями зубных протезов / В.А. Маркин, С.Д. Арутюнов, Е.Н. Чумаченко // *Российский стоматологический журнал*. – 2003. – №3. – С.22-26.
  12. Матвеева, А.И. Клинико-функциональная оценка влияния жевательной нагрузки в системе «антагонисты-опорные ткани протеза» / А.И. Матвеева, К.Д. Хачидзе, К.В. Захаров, В.В. Дадалян // *Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова*. – СПб, 2005. – Т. XII, №2. – С. 31-32.
  13. Рубежов, А.Л. Состояние тканей пародонта в зависимости от качества зубных протезов: Автореф. ...дис. канд. мед. наук / А.Л. Рубежов. – СПб, 1998. – 16 с.
  14. Ряховский, А.Н. Система оценки и критерии качества протезирования искусственными коронками / А.Н. Ряховский, М.Н. Антоник // *Клиническая стоматология*. – 2005. – №2. – С. 54-60.
  15. Седунов, А.А. Зависимость функционального состояния пародонта зубов от способа изготовления протезов и вида зубопротезного материала / А.А. Седунов // *Современные проблемы оценки движущих факторов здоровья: Сб. научн. тр.* – Алма-Ата, 1991. – С. 85-89.
  16. Семериков, С.А. Выборы методик изучения функционального состояния пародонта у больных с травматической окклюзией / С.А. Семериков // *Ученые записки Санкт-Петербургского медицинского университета им. И.П. Павлова*. – 2005. – Т. XII, №2. – С. 79-80.
  17. Солоненко, Т.И. Заболевания пародонта опорных зубов как причина снятия мостовидных протезов / Т.И. Солоненко, И.М. Дегтярев, И.Л. Зарипов // *Казан. вестн. стоматологии*. – 1996. – №2. – С. 77-78.
  18. Ярына, Д. Стоматологическая рентгенодиагностика в лучшем воплощении / Д. Ярына, В. Морозов // *Dental Market*. – 2005. -№1. – С. 23-28.
  19. Hubalkova, H. Faktory ovlivnujicit zivotnost fixni zubni nahradj / H. Hubalkova, J. Charvat, T. Dostalova // *Progresdent*. – 2004. – № 5. – С. 46-51.
  20. Somello, A. Сравнительный анализ цельнокерамических и металлокерамических реставраций / А. Somello // *Новое в стоматологии*. – 2008. – №1. – С. 86-98.

#### ПАРАМЕТРЫ КЛИНИЧЕСКИХ, ГРАФИЧЕСКИХ, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА БОКОВЫХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ

З.Р. ДЗРАЕВА, Е.А. БРАГИН, М.В. ГОМАН

Изучены реактивные процессы в тканях пародонта при использовании несъемных зубных протезов. Проведена оценка параметров клинических, рентгенологических и графических методов исследования

пародонта опорных зубов в мостовидных протезах в зависимости от протяженности включенных дефектов зубного ряда, высоты клинической коронки опорного зуба. Результаты позволяют предотвращать осложнения и ошибки при протезировании несъемными мостовидными протезами в боковых отделах зубного ряда.

**Ключевые слова:** включенный дефект зубного ряда, высота клинической коронки опорного зуба, пародонт

## PARAMETERS OF CLINICAL, GRAPHIC AND RADIOLOGICAL EXAMINATION IN EVALUATION OF FUNCTIONAL STATUS OF LATERAL ABUTMENT TEETH PERIODONTIUM

DZARAYEVA Z.R., BRAGIN E.A., GOMAN M.V.

The article deals with an actual problem of the prosthetic dentistry – reactive processes in periodontal

tissues in patients with fixed dental prosthesis. Assessment of clinical, radiological and graphic characteristics of the abutment teeth periodontium in the bridge prosthesis in accordance with the extent of the included dentition defects and height of the clinical crown of the abutment tooth.

**Keywords:** the included dentition defects, height of the clinical crown of the abutment tooth, periodontium

© Коллектив авторов, 2010  
УДК 616.716.8-002-085.85

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

М.П. Порфириадис<sup>2</sup>, Т.И. Сашкина<sup>1</sup>, В.В. Шулаков<sup>1</sup>, К.Г. Караков<sup>2</sup>, А.А.Бирюлёв<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет  
<sup>2</sup>Ставропольская государственная медицинская академия

**Л**ечение одонтогенных флегмон представляет определённые трудности для стоматологов [1-4]. Течение воспалительных процессов в челюстно-лицевой области во многом определяется состоянием механизмов неспецифической резистентности: фагоцитарной активности лейкоцитов (ФАЛ) и общей антиоксидантной активности (ОАОА) [5-9].

Важным звеном неспецифической реактивности организма является соотношение прооксидантной и антиоксидантной систем. Чрезмерная активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) имеет большое значение в развитии всех типов воспалительных процессов. Активация происходит в результате повреждающего действия микрофлоры, тогда как в норме ПОЛ является неспецифическим защитным механизмом и участвует в регуляции гомеостаза.

Накопление продуктов ПОЛ активирует деструкцию цитоплазматических мембран клеток и органелл, митохондрий и лизосом, ведет к нарушению тканевого дыхания и накоплению биологически активных веществ, вызывающих альтерацию, экссудацию и пролиферацию в воспаленных тканях. На системном уровне продукты ПОЛ вместе с другими факторами вызывают интоксикацию, нарушение микроциркуляции, аутоSENSИБИЛИЗАЦИЮ, нарушение иммунного ответа. Интен-

сификация ПОЛ на фоне снижения антиоксидантной защиты выявлена при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Система фагоцитоза обеспечивает клеточный компонент неспецифической реактивности, в значительной мере влияет на характер течения воспалительной реакции и позволяет прогнозировать вероятность осложнений.

Установлена зависимость фагоцитарной активности лейкоцитов периферической крови у больных с одонтогенными флегмонами от типа течения воспалительной реакции, что послужило основанием для формулирования диагностических критериев при определении типа реактивности.

Целью данного исследования было изучение состояния ФАЛ, перекисного окисления липидов (ПОЛ) и ОАОА у больных с флегмонами челюстно-лицевой области.

**Материал и методы.** Обследованы 32 пациента с флегмонами. Изучение люминолзависимой хемилюминесценции фагоцитирующих клеток проводили на люминометре L1251, ЛКВ, регистрируя пик спонтанной и индуцированной фагоцитозом опсонизированного зимозана (СЗb-опосредованный фагоцитоз) хемилюминесценции (ХЛ). Использовали лейкоциты периферической крови.

Результаты выражали в mV/0,5·10<sup>6</sup> клеток. Вычисляли индекс стимуляции как отношение пика индуцированной к пику спонтанной ХЛ.

Исследования ОАОА и ПОЛ проводили с помощью биохемилюминометра БХЛ-06 с программным обеспечением. Для оценки использовали следующие параметры динамики хемилюминесценции: I<sub>max</sub> (импульс/сек×мг общих липидов) – показатель, отражающий потенциальную способность биологического объекта к свободнорадикальному окислению; I<sub>max</sub>/S (отн.ед) – отношение максимальной интенсивности к светосумме хемилюминесценции за 30 секунд, характеризующее общую (суммарную) антиоксидантную активность плазмы.

**Результаты и обсуждение.** Количество лейкоцитов у больных с флегмонами челюстно-лицевой области при нормергическом типе течения воспалительно-

Порфириадис Михаил Павлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии ФПДО СтГМА, тел.: 89624063358; e-mail: pmp7771@rambler.ru.

Сашкина Татьяна Ивановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической физиологии МГМСУ, тел.: 89099739585; e-mail: beaut81@gmail.com.

Шулаков Вадим Валентинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургической стоматологии МГМСУ, тел.: 89057138981; e-mail: shulakov@rambler.ru.

Караков Карен Григорьевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии СтГМА, тел.: 89624466000; e-mail: terstomstgma@jandex.ru.

Бирюлёв Алексей Андреевич, аспирант кафедры патологической физиологии МГМСУ, тел.: 89099907809; e-mail: birull@mail.ru.