

Информация о личностных факторах в медицинской документации (количество историй, содержащих данные о личностных факторах)

Личностные факторы	Абс. кол-во	%
Есть данные в ИБ	117	18,6%
Всего	630	100%

общение». Трудности или недостатки в выполнении данных видов активности встречаются у многих ортопедических пациентов, однако в историях болезни эти проблемы обычно не записываются.

Информация о категориях «Активности и участия» была отмечена только в 43 случаях.

«Факторы окружающей среды» в обработанных ортопедических историях болезни были представлены категориями e1151 (ортопедические конструкции) – в 318 и e498 (личностные установки в области эстетического восприятия состояния полости рта) – в 71 случае.

«Личностные факторы» были отмечены в 117 историях. Преимущественно к ним относились страх перед лечением, в некоторых случаях – аллергическая реакция на стоматологические материалы.

Преобладающее большинство данных для этого раздела было взято из специальной анкеты, разработанной сотрудниками МГМСУ и обязательной для заполнения пациентом при регистрации истории болезни (табл. 3).

Таким образом, было установлено, что данные историй болезни предоставляют минимальные сведения о пациенте, зачастую ограниченные зубной формулой и планом по восстановлению функции жевания. Дополнительные категории из разделов «Активность и участие» и «Факторы окружающей среды», которые могут оказать влияние на результат протезирования или предотвратить проблемы в процессе самого лечения, в историях болезни документируются редко.

Каждый из пациентов обладает особенностями, выявить и учесть которые – задача высококвалифицированного лечащего врача. Структурированная информация по разделам, имеющим важное значение при

оказании ортопедической стоматологической помощи, безусловно, поможет врачу-ортопеду проанализировать полную клиническую картину. Данные о функционировании облегчат составление плана вмешательств, взаимодействие специалистов, оценку результатов лечения, проведение сравнительного анализа лечения и состояния пациента через любой период времени.

Использование МКФ-инструментов, в том числе «Оценочного листа», в процессе оказания ортопедической стоматологической помощи позволит оценить функционирование пациента до и после лечения и зафиксировать полученные данные в медицинской документации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cieza A., Brockow T., Ewert T., Amman E., Kollerits B., Chatterji S. et al. Linking health-status measurements to the International classification of functioning, disability and health // J. rehabil. med. – 2002. – № 34. – P. 205–2010.
2. Faulks D., Hennequin M. Defining the population requiring special care dentistry using the International classification of functioning, disability and health – a personal view // J. disability and oral health. – 2006. – № 7/3. – P. 143–152.
3. Nagi S. Disability concepts revisited: implications for prevention. In: Pope A. M., Tarlov A. R., eds. Disability in America: toward a national agenda for prevention. – Washington, DC: National Academy Press, 1991. – P. 309–327.
4. World health organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. – Geneva: WHO, 2001. – P. 3–29.
5. World health organization. towards a common language for functioning, disability and health, ICF. – Geneva: World health organization, 2002. – P. 5–7.

Поступила 11.08.2012

Д. С. КРАЖАН¹, Д. А. ДОМЕНЮК¹, С. И. РИСОВАННЫЙ²

ЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА ГЕЛЕМ ЭВКАЛИПТА, ИММОБИЛИЗОВАННЫМ НА ПОЛИСОРБЕ

¹Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
Ставропольской государственной медицинской академии,
Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел. 8-918-870-1205. E-mail: domeniyukda@mail.ru;

²кафедра стоматологии ФПК и ППС Кубанского государственного
медицинского университета,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Кубанонабережная, 52/1,
тел. 8 (861) 262-38-96. E-mail: stomatologia.fpk@qip.ru

Применяемые средства для лечения воспалительных заболеваний пародонта действуют в условиях местной интоксикации, что снижает их эффективность. В связи с этим в лечении воспалительной патологии пародонта целесообразно применение средств дезинтоксикационного действия в сочетании с антибактериальными препаратами. Таким действием обладает 10%-ный гель эвкалипта, иммобилизованный на полисорбе, – мощный дезинтоксикант антибактериальной направленности. Непосредственно после его применения происходит постепенное восстановление антибактериальной и ферментативной активности полиморфно-ядерных лейкоцитов, достигающее максимума к шестому месяцу после лечения с незначительной тенденцией к снижению через год после курса проведенной терапии.

Ключевые слова: антибактериальная активность, полиморфно-ядерные лейкоциты, гель эвкалипта, местный иммунитет, дезинтоксикация.

D. S. KRAZHAN¹, D. A. DOMENYUK¹, S. I. RISOVANNY²

CYTOCHEMICAL ASSESMENT OF EFFICACY OF TREATMENT OF PERIODONTAL INFLAMMATORY DISEASES WITH GEL EUCALYPTUS, IMMOBILIZED ON POLYSORB

¹The department of propaedeutic of dental diseases of the Stavropol state medical academy, Russia, 355017, Stavropol, Mira str., 310, tel. 8-918-870-1205. E-mail: domenyukda@mail.ru;

²chair of stomatology Kuban state medical university, the department of stomatology the faculty of post-educational training and professional retraining of dentists Kuban state medical university, Russia, 350000, Krasnodar, Kubano-Naberezhnaya street, 52, tel. 8 (861) 262-38-96. E-mail: stomatologia.fpk@qip.ru

The means for the treatment of inflammatory periodontal diseases act in local toxicity, which reduces their effectiveness. Therefore, the use of means of detoxification action in combination with antibacterial drugs is advisable in the treatment of inflammatory periodontal disease. Such action has gel eucalyptus 10%, immobilized on polysorb a powerful disintoxicate of antibacterial orientation. Immediately after its application there is a gradual recovery of antibacterial and the enzymatic activity of polymorph-nuclear leukocytes, reaching a maximum of six months after treatment with a slight downward trend in a year after the therapy.

Key words: antibacterial activity, polymorph-nuclear leukocytes, gel eucalyptus, local immunity, detoxification.

Современные представления о развитии хронических воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта основаны на иницирующей роли персистирующей микрофлоры десневого желобка, запускающей каскад клеточных и гуморальных реакций, ведущих к развитию медленных деструктивных процессов в тканях пародонтального комплекса с накоплением токсинов и продуктов распада [2, 6, 9, 13, 14].

Основным фактором неспецифической защиты макроорганизма являются полиморфно-ядерные лейкоциты (ПМЯЛ), обладающие набором ферментов и других биологически активных веществ, реализующих повреждающее и литическое действие. Наиболее выраженным бактерицидным действием обладают кислородзависимые системы ПМЯЛ, вырабатывающие активные формы кислорода, гипохлорную кислоту. Ключевым звеном этого процесса является миелопероксидаза (МПО). Близким вектором активности является кислая фосфатаза (КФ), которая подвергает гидролизу мукопептидные структуры, составляющие каркас бактериальных клеток [3].

Функциональная неполноценность ПМЯЛ в очаге воспаления может быть следствием снижения синтеза катионных белков (КБ) на промиелоцитарной и миелоцитарной стадиях в условиях тканевой гипоксии. Активированные ПМЯЛ способны повреждать не только микробные клетки, но и ткани пародонта, поддерживая деструктивный процесс [6].

Эффективность лекарственных средств, применяемых в комплексной терапии воспалительных заболеваний пародонта, снижена за счет выраженной местной интоксикации, вызванной деятельностью микрофлоры, накоплением медиаторов воспаления, продуктов обмена веществ [12]. В результате формируется невосприимчивость микрофлоры к антибактериальным

препаратам на фоне снижения местного иммунитета [16, 17]. В связи с этим перспективным направлением в комплексном лечении воспалительной патологии пародонта является применение препаратов, обладающих дезинтоксикационным действием, в комбинации со средствами антибактериальной направленности [4, 8].

Одним из наиболее мощных местных и биологически индифферентных дезинтоксикантов медицинского назначения является высокодисперсный кремнезем – полисорб с размером частиц до 200 А°. Частицы сорбаны в малинообразные гроздья размером 1 микрон и покрыты ОН-радикалами, выполняющими сорбцию. Благодаря этому 1 г препарата способен сорбировать до 1010 микробных тел, 800 мг белковых субстанций, обеспечивая выраженное дегидратационное и дезинтоксикационное действие [1]. Иммобилизованные на сорбенте лекарственные средства способны медленно высвобождаться в участке воздействия, освобождая место для сорбции токсинов [10, 15].

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что, несмотря на значительный прогресс в консервативном лечении пациентов с воспалительной патологией пародонта, вопрос применения препаратов, обладающих дезинтоксикационным и антибактериальным действием, в том числе эвкалипта, изучен недостаточно и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель исследования – оценка антибактериальной активности ферментных систем ПМЯЛ больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени при лечении 10%-ным гелем эвкалипта, иммобилизованным на полисорбе.

Материалы и методы исследования

Материалом клинко-лабораторных исследований служили результаты лечения 40 пациентов без

выраженной сопутствующей патологии в возрасте от 30 до 49 лет (20 мужчин и 20 женщин) с хроническим генерализованным пародонтитом (ХГП) средней степени, наиболее точно отражающей сущность изменений, происходящих в пародонте при воспалительно-деструктивном процессе. Для контроля результатов цитохимического исследования была сформирована группа из 20 добровольцев с клинически здоровым пародонтом. Забор десневой крови у добровольцев и пациентов проводился с их письменного согласия инсулиновым шприцем, под аппликационной анестезией 10%-ным раствором лидокаина.

Все больные после клинико-рентгенологического и цитохимического исследования получали лечение по традиционной схеме, включающей санацию и обучение гигиене полости рта, снятие зубных отложений, устранение местных травмирующих факторов, проведение местной медикаментозной терапии посредством введения в пародонтальные карманы турунд, смоченных лекарственным препаратом, на 20 минут. Курс лечения всех пациентов составлял 4–5 процедур. В качестве иммобилизованного средства использовали природный антибактериальный препарат с вяжущим действием – 5%-ный раствор настойки эвкалипта.

Цитохимическая оценка ПМЯЛ периферической крови проводилась до, непосредственно после лечения, через шесть и через двенадцать месяцев после курса терапии. В нейтрофильных лейкоцитах мазков крови определяли содержание КБ по методике В. Е. Пигаревского в модификации В. М. Сафроновой с соавторами [7], МПО выявляли по Р. Лилли [11], КФ – по методу Р. П. Нарциссова [5]. Результаты выражались в виде среднего цитохимического коэффициента (СЦК) [11].

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программ «BIOSTAT», «STATISTIKA 6,0 for Windows» фирмы «Stat Soft Inc.». За достоверные различия средних величин в парных сравнениях использовался t-критерий Стьюдента при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования активности ПМЯЛ десневой крови у больных хроническим генерализованным пародонтитом средней степени при лечении 10%-ным гелем эвкалипта, иммобилизованным на полисорбе, представлены в таблице.

Как следует из таблицы, уровень оксидантной и кислороднезависимой защиты ПМЯЛ у пациентов с ХГП средней степени был снижен. Вероятно, это связано со снижением кислородного бюджета пародонта, местной

интоксикацией, ведущей к истощению защитных систем пародонта, усилением деструктивного процесса, а также повышением уровня КФ при накоплении токсинов и продуктов распада.

Показатели активности МПО во все сроки наблюдения имели общие закономерности. Непосредственно после курса лечения происходила активация выброса МПО из азурофильных гранул ПМЯЛ, что связано с уменьшением интоксикации и улучшением оксигенации пародонта. Через шесть месяцев отмечалось дальнейшее повышение активности фермента с незначительным ее снижением к концу наблюдения. Выявлено, что результаты, полученные через шесть и двенадцать месяцев, достоверно отличались от исходных величин, но не превышали показателей контрольной группы.

Умеренное снижение содержания КБ непосредственно после лечения обусловлено высокой белково-сорбционной деятельностью препарата, лишаящего ПМЯЛ медиаторной стимуляции, при уменьшении ответной реакции неокислородных систем защиты. Тенденция к повышению содержания КБ отмечалась вплоть до шести месяцев от начала наблюдения. К двенадцатому месяцу отмечалось незначительное снижение цифровых показателей, не превышающее контрольных величин. Обращает на себя внимание выравнивание цифровых показателей между содержанием КБ и активностью МПО и КФ на протяжении шести месяцев и к концу наблюдения. Относительно высокие показатели активности КФ в сравнении с контрольными величинами достоверно не отличались от исходных параметров накануне лечения.

Снижение активности КФ в ближайшие сроки после дезинтоксикационного лечения до уровня контрольных значений подтверждает не только медиаторную, но и токсическую природу повышения ее уровня при пародонтите.

Через шесть месяцев после лечения признаки рецидива воспалительного процесса в пародонте были отмечены у четырех больных, что составило $10 \pm 0,05\%$. Активность кислородзависимых и кислороднезависимых систем ПМЯЛ возвращалась к контрольным значениям. В связи с этим повышался и уровень КФ.

Через двенадцать месяцев количество рецидивов воспалительного процесса составило $15 \pm 0,07\%$. При этом антибактериальная активность ПМЯЛ, незначительно снижаясь, оставалась достаточно высокой, что свидетельствовало об их готовности к отражению микробной агрессии. Высокий уровень кислой фосфатазы можно объяснить потребностью в протеолитической активности и нарастанием уровня

Динамика цитохимических показателей у пациентов на фоне лечения 10%-ным гелем эвкалипта, иммобилизованным на полисорбе

Исследуемые показатели	Контроль	До лечения	Непосредственно после лечения	Через 6 месяцев после лечения	Через 12 месяцев после лечения
МПО	$1,70 \pm 0,09$	$1,26 \pm 0,06^*$	$1,47 \pm 0,10$	$1,69 \pm 0,08^{**}$	$1,57 \pm 0,06^{**}$
КБ	$1,82 \pm 0,05$	$1,52 \pm 0,09^*$	$1,43 \pm 0,06^*$	$1,98 \pm 0,04^{**}$	$1,92 \pm 0,04^{**}$
КФ	$1,64 \pm 0,03$	$1,83 \pm 0,10$	$1,66 \pm 0,05$	$1,71 \pm 0,05$	$1,79 \pm 0,09$

Примечание: * – $P \leq 0,05$ по сравнению с данными контрольной группы,

** – $P \leq 0,05$ по сравнению с данными до лечения.

интоксикации пародонта. Данное положение констатирует фактическое начало интенсификации воспалительного процесса, которое не соответствует клиническим параметрам пародонтальных индексов к концу наблюдения.

Таким образом, применение 10%-ного геля эвкалипта, иммобилизованного на полисорбе, в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита средней степени благодаря дезинтоксикационному и антибактериальному действию позволяет повысить антибактериальную активность полиморфноядерных лейкоцитов в отдаленные после лечения сроки. Это позволяет стабилизировать или уменьшить прогрессирование воспалительных процессов со стороны тканей пародонта при удлинении фазы стойкой ремиссии на протяжении от шести до двенадцати месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грохольский А. П., Кодола Н. А., Богомаз В. И. (и др.). Использование новых иммобилизованных лекарственных препаратов в лечении заболеваний зубов и тканей пародонта: Метод. рек. — Киев, 1993. — 24 с.
2. Грудянов А. И. Заболевания пародонта. — М., 2009. — 332 с.
3. Маянский А. Н. Функциональное зондирование нейтрофилов: проблемы и перспективы / А. Н. Маянский, Н. Л. Невматуллин // Клин. лаб. диагностика — 1997. — № 5. — С. 24–26.
4. Михайлова А. Б. Особенности клинко-биохимических процессов в тканях пародонта при использовании современных растительных препаратов // Материалы XXV Всерос. науч.-практ. конф. — М., 2011. — С. 138–140.
5. Нарциссов Р. П. Цитохимическое изучение гидролитических и окислительно-восстановительных ферментов лимфоцитов периферической крови / Р. П. Нарциссов, И. А. Комисарова // Лаб. дело. — 1980. — № 7. — С. 390–394.
6. Перова М. Д. Ткани пародонта: норма, патология, пути восстановления. — М.: Трида, Лтд., 2005. — 312 с.
7. Сафронова В. М. Практическое пособие по цитохимическим методам исследования / В. М. Сафронов, Н. А. Локтев, С. М. Руднев. — Ставрополь, 1994. — 43 с.
8. Целов Л. М., Михеева Е. А., Голева Н. А. (и др.). Хронический генерализованный пародонтит: ремарки к современным представлениям // Пародонтология. — 2010. — № 1. — С. 3–7.
9. Чепуркова О. А., Чеснокова М. Г., Недосенко В. Б. Особенности микробиоценоза пародонтального кармана при генерализованном пародонтите средней степени тяжести // Ин-т стоматологии. — 2007. — № 3. — С. 86–88.
10. Энтеросорбент. Полисорб МП: Метод. рек. по клинич. применению. — Челябинск, 2007. — 15 с.
11. Ягода А. В., Локтев Н. А. Клиническая цитохимия. — Ставрополь, 2005. — 485 с.
12. Andrukhov O. Serum cytokine levels in periodontitis patients in relation to the bacterial load / O. Andrukhov, C. Ulm, H. Reischl // J. periodontol. — 2011. — Vol. 82. № 6. — P. 885–892.
13. Bhattacharjee M. K., Childs C. B., Ali E. Sensitivity of the periodontal pathogen aggregatibacter actinomycetemcomitans at mildly acidic pH // J. periodontol. — 2011. — Vol. 82. № 6. — P. 917–925.
14. Fagundes J. A., Monoo L. D., Alves V. T. Porphyromonas gingivalis is associated with protease-activated receptor-2 upregulation in chronic periodontitis // J. periodontol. — 2011. — Vol. 82. № 11. — P. 1596–1601.
15. Ge Z., Liu K.-Z., Xiang X. Assessment of local hemodynamics in periodontal inflammation using optical spectroscopy // J. periodontol. — 2011. — Vol. 82. № 8. — P. 1161–1168.
16. Hernández M., Gamonal J., Tervahartiala T. Associations between matrix metalloproteinase-8 and -14 and myeloperoxidase in gingival crevicular fluid from subjects with progressive chronic periodontitis: a longitudinal study / M. Hernández // J. periodontol. — 2010. — Vol. 81. № 11. — P. 1644–1652.
17. Page R. C., Marting J. A. Quantification of periodontal risk and disease severity and extent using the oral health information suite (OHIS) // Periodontal. practice today. — 2007. — № 4. — P. 163–180.

Поступила 05.06.2012

М. Г. ЛИТВИНОВА, А. А. БАСОВ, И. М. БЫКОВ

ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В КРОВИ И РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2-го ТИПА

Кафедра фундаментальной и клинической биохимии

государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования
«Кубанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: ilyamb@ksma.ru

Проведенными исследованиями показано, что при ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарном диабете (СД) 2-го типа происходит усиление процессов свободнорадикального окисления (СРО), что сопровождается уменьшением резервов эндогенной антиоксидантной системы (АОС). При этом выявлены нарушения в функционировании как ферментного (снижение активности каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионредуктазы, глутатионпероксидазы), так и низкомолекулярного (уменьшение содержания глутатиона) звена АОС в крови и ротовой жидкости у обследованных категорий больных. В работе показано, что ротовая жидкость может быть использована для скрининга и мониторинга при заболеваниях, сопровождающихся развитием окислительного стресса (ОС), как метод неинвазивной и ранней лабораторной диагностики.

Ключевые слова: окислительный стресс, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, глутатион, супероксиддисмутаза, ротовая жидкость.