

**ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНО –
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО КОМПЛЕКСА
ТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА**

Маланьин И.В.

*Кубанский медицинский институт,
Краснодар*

Частота распространения гингивита и пародонтита, различные формы их проявления, возникновение в полости рта очагов хронической инфекции, потеря больным зубов и как результат снижение работоспособности, тяжелое психологическое состояние больных - все это позволяет считать заболевания пародонтита не только медицинской, но и важной социальной проблемой. В связи с этим проблема лечения заболеваний пародонтита представляет собой важную общегосударственную задачу.

Большое количество существующих методов лечения гингивита и пародонтита отражает попытки оказать лечебное воздействие на различные звенья патогенетического механизма воспалительного процесса. Все они, наряду с положительными свойствами, имеют недостатки, и этим обоснован поиск новых, более эффективных препаратов, которые смогли бы оказывать наиболее эффективное, патогенетически обоснованное лечебное воздействие на ткани пародонтита.

Поэтому возникает необходимость разработки целостного лечебно – реабилитационного комплекса, направленного на снижение заболеваний пародонтита, что и определило цель и задачи настоящего исследования.

Целью данной работы явилось повышение эффективности лечения и профилактики заболеваний пародонтита.

Задачей данного исследования явилась разработка и этиопатогенетическое обоснование лечебно – реабилитационного комплекса терапии заболеваний пародонтита.

Материалы и методы: Нами проведено обследование и лечение с комбинированным применением препаратов Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид", 450 больных (236 мужчин и 214 женщин в возрасте от 25 до 55 лет) хроническим генерализованным пародонтитом легкой и средней степени тяжести. Введение данных препаратов в ткани пародонтита осуществлялось с помощью предложенных нами способов. Контролем служила группа больных того же возраста с аналогичным диагнозом, получавших традиционное лечение.

Результаты исследования: Лечение больных с применением нового лечебно – реабилитационного комплекса позволяет: за короткие сроки (5-7 посещений) эффективно воздействовать на основные патогенетические механизмы развития пародонтита; получить стойкий лечебный эффект. За счет усовершенствованного способа введения с помощью капп точно дозировать лекарственное вещество по активности. Включение в лечебно – реабилитационный комплекс препаратов Виферон, Метрогил Дента, Гепарин и масло "Озонид" позволяет: увеличивать степень кровенаполнения пародонтита, нормализуется тонус сосу-

дов, приближаются к норме индексы периферического сопротивления тонуса сосудов.

Индивидуализация комплексной терапии с учетом вида, тяжести заболевания и особенностей клинического течения пародонтита, а также общего состояния организма пациента повышает эффективность лечения. Положительные результаты приносит также обоснованный выбор методов и средств воздействия на очаг в пародонте и организм больного в целом, и соблюдение правильной последовательности их применения. В период ремиссии необходимо проведение повторных курсов лечения и восстановительной терапии с целью профилактики обострений хронического процесса в пародонте. Предложенный новый лечебно – реабилитационный комплекс удобен для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению, а так же демонстрирует выраженный терапевтический эффект.

**К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ «КАЧЕСТВА ЖИЗНИ»
У БОЛЬНЫХ ИБС С ГИПЕРЛИПИДЕМИЯМИ**

Маль Г.С., Распутина О.М.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

ИБС приводит к изменению качества жизни (КЖ), степень снижения которого в определенной мере связана с представлением больного о тяжести заболевания и его последствиях.

Определение КЖ основывается на оценке человеком уровня своего благополучия в физическом, психическом (интеллектуальном, эмоциональном), социальном (профессиональная, домашняя, рекреационная активность, взаимоотношения на работе, в семье, обществе) и экономическом отношении: учитывает также способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, визуальную-моторную координацию, сексуальную функцию, душевный комфорт, эмоциональную стабильность и чувство удовлетворения жизнью. Все эти компоненты КЖ могут быть измерены отдельно и в целом с помощью различных анкет, тестов, шкал и индексов.

Несмотря на наличие большого количества различных показателей КЖ, его оценка продолжает оставаться источником дискуссии. Предметом дебатов служат до конца не решенные методические вопросы оценки КЖ.

Целью настоящей работы явилась оценка КЖ у больных с изолированной и сочетанной ГХС. Наряду с общеклиническим исследованием проводилось исследование липидтранспортной системы и апопротеинового спектра.

Анализ полученных результатов показал, лица с изолированной ГХС, ограничивающие в употреблении жирных продуктов в 60% ($P < 0,05$), не отмечали ухудшения КЖ, что выразилось повышением переносимости физических нагрузок в 37%. В этой же группе лиц отмечается удовлетворенность лечением, что выразилось в уменьшении принимаемых нитратов в 42% ($P < 0,05$).

Пациенты с сочетанной ГХС использовали продукты, богатые клетчаткой, отдавая предпочтение зерновым, что способствовало также улучшению КЖ, это выразилось в увеличении физической нагрузки в 44% ($P < 0.05$), ощущению полноценности жизни в 29% ($P < 0.05$).

Таким образом, изменение пищевого рациона в сочетании с гиполлипидемической коррекцией способствовало улучшению КЖ, которое можно рассматривать, как самостоятельный показатель состояния больного, а его динамика в ходе лечения может явиться объективной характеристикой статуса пациента.

Данные об изменении КЖ могут явиться источником дополнительной, более объективной оценки возможного успеха или неудачи лечения. Анализ изучения КЖ позволяет оценить различные социальные и индивидуальные параметры, хотя в данном случае нужна дополнительная информация о ряде факторов: необходимость выбора ответов на вопросы определяется болезнью, диагнозом и клиническим лечением, психометрическими и практическими соображениями, такими как время, стоимость и способ лечения.

Изучение КЖ является особенно необходимым, когда сравниваются различные подходы к лечению, отрабатываются оптимальные варианты терапии того или иного заболевания, оценивается эффективность мероприятий первичной или вторичной профилактики ИБС.

ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ЛЮПУС-НЕФРИТЕ

Марасаев В.В., Арзманова Н.А., Аббисова Т.О.,
Бажина О.В., Василевская О.А., Лавлинский С.Н.

*Государственная медицинская академия,
Ярославль*

Актуальность: Морфологическим эквивалентом тубулоинтерстициального компонента (ТИК) при гломерулярном поражении почек является сочетание диффузной гиалиновой и гиалиново-гидропической дистрофии канальцевого эпителия, а также изменение в почечном интерстиции в виде гистиолимфоцитарной клеточной инфильтрации и склероза.

Учитывая функциональное многообразие интерстициальной ткани, вовлечение ее в патологический процесс ведет к значительным нарушениям. Появившиеся за последние годы ряд исследований, свидетельствуют о ведущей роли тубулоинтерстициального компонента в прогрессировании почечной патологии. Принимая во внимания тот факт, что люпус-нефрит регистрируется у 70% больных системной красной волчанкой, мы сочли возможным оценить его выраженность у данной категории больных.

Цель исследования: на основании клинико-лабораторных, морфологических и инструментальных методов оценить тубулоинтерстициальный компонент у больных люпус-нефритом (ЛН) и хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материалы и методы исследования: Обследовано 36 больных (22 человека с хроническим гломерулонефритом и 14 человек с люпус-нефритом).

Средний возраст 34,5 лет, длительность болезни 1,2 года. Проводилось лабораторное исследование (общий анализ мочи; проба по Зимницкому; определение клиренса К, Na и мочевины; уровня кратинина крови); морфологическое исследование нефробиоптата (оценивалась выраженность ТИК: минимальный – умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция; умеренный – значительная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция и умеренный отек; выраженный – значительная лимфогистиоцитарная инфильтрация интерстиция и выраженный отек). Всем больным была выполнена нефробиопсия. По данным нефробиопсии, у всех больных имелись признаки мезангио-пролиферативного гломерулонефрита.

Результаты: Тубулоинтерстициальный компонент, по данным нефробиопсии, при люпус нефрите встречался почти в 2, 5 раза чаще, чем при хроническом гломерулонефрите (89% и 35% соответственно). При этом, выраженный ТИК при люпус-нефрите регистрировался у 49% больных, а при ХГН лишь у 17%. Минимальные признаки ТИК при ХГН преобладали (50% больных), в то время как при люпус-нефрите они имелись лишь у 13% обследованных. Оценивая корреляционные взаимосвязи морфологических признаков ТИК и дополнительных лабораторно-инструментальных данных было выявлено, что наиболее сильная корреляционная связь регистрировалась с нарушением клиренса мочевины, Na и K ($r=0,86$, $r=0,68$ и $r=0,65$). Наиболее слабые, хотя и достоверные ($p < 0,05$), корреляции были отмечены с показателями ультразвукового исследования паренхимы почек.

Выводы: При люпус-нефрите ТИК регистрируется значительно чаще, чем при хроническом гломерулонефрите. Вероятно, это связано с наличием васкулита, когда в патологический процесс вовлекаются сосудистая сеть почек, что приводит к усилению тубулоинтерстициального поражения. Для клинико-лабораторного подтверждения ТИК наиболее информативным является определение клиренса мочевины, K и NA. Наиболее слабой диагностической ценностью для выявления выраженности ТИК обладает ультразвуковое исследование почек.

КОНСЕРВАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОПГ – ГЕСТОЗОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ КЛОФЕЛИНОМ И ФЕНТАНИЛОМ

Милютин А.Д., Черный А.И., Дятлова Л.И.

*Областной родильный дом,
анестезиолого-реанимационное отделение,
Саратов*

Введение. Обезболивание родов в условиях гипертензивного синдрома позднего гестоза остается актуальной проблемой современного акушерства. Традиционные методы обезболивания внутримышечным и внутривенным введением наркотических и ненаркотических анальгетиков в сочетании с гипотензивными препаратами не всегда дают желаемые результаты. Побочным эффектом всех наркотиков явля-