

5. Скулачев В.П. Кислород в живой клетке: добро и зло //Соросовский образовательный журнал. 1999. - №3. - С. 4-16.

6. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2002 г. (заболеваемость и смертность). – М., 2004.

7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В. Злокачественные новообразования в России накануне XXI века как медицинская и социальная проблема // Рос. онкол. журн. – 1998. - № 3. – С. 8-20.

8. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin. – 2005. – Vol. 55. – P. 74-108.

9. Shoell W.M.J., Janicek M.F., Mirhashemi R. Epidemiology and biology of cervical cancer. // Seminars in Surgical Oncology. – 1999. – V. 16, P. 203-211.

10. Vince A., Ivanisevic M., Harni V. et al. // J. Clin. Virol. – 2001. – Vol. 20, N 1-2. – P. 91-94.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

Г.А. Базанов, Е.Ю. Кузнецова

*ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава
Тверь, Россия*

Одной из проблем, которая требует современных решений в практике детской стоматологии, является разработка способов эффективной и безопасной фармакотерапии воспалительных поражений слизистой оболочки полости рта.

В настоящее время в алгоритме лечения воспалительных поражений слизистой оболоч-

ки сложилась триада действий: а) ликвидация или ослабление патогенного фактора, б) угнетающее воздействие на воспалительную реакцию, в) иммунокорректирующие мероприятия, позволяющие восстановить структурные и/или функциональные нарушения в системе местной и общей иммунной защиты организма.

Отдельные нарушения или дефекты клеточного и гуморального звеньев иммунитета отрицательно отражаются как на всех фазах воспалительного процесса, так и на защитной реакции организма к вирусной, бактериальной, грибковой инфекции (в том числе и к условно-патогенной микрофлоре). Поэтому иммунокорректирующая терапия, применяемая в комплексном лечении воспалительных поражений полости рта, может обеспечить оптимизацию защитных реакций и восстановление нарушенного гомеостаза.

Местное применение иммуномодуляторов в полости рта у детей имеет ряд ограничений: многие лекарственные средства этой категории запрещены к применению в отдельные возрастные периоды или в детской практике вообще; не все иммунокорректоры, применяемые местно, являются активаторами фагоцитоза; отдельные лекарственные препараты с иммуностропной активностью не совместимы с применяемыми средствами противовоспалительной терапии. Поэтому при разработке вопроса о возможностях местного назначения иммунокорректоров в полости рта у детей, страдающих воспалительными поражениями слизистой оболочки, было поставлено несколько задач:

- определить особенности формирования иммунитета у детей в различные периоды взросления и возможности использования иммунокорректоров;

- выяснить перечень иммуномодуляторов, разрешенных к применению в детской практике, и выделить из них препараты, которые можно использовать местно;
- охарактеризовать особенности местного назначения иммуностропов, связанные с их лекарственной формой, спектром фармакологической активности и возможностью применяться в сочетании с препаратами противовоспалительного действия;
- оценить имеющуюся информацию, касающуюся целесообразности и эффективности сочетания различных способов противовоспалительной терапии с местным назначением иммунокорректоров.

Исследование проводилось на основе данных сети Internet, системы Медлайн, отечественных и зарубежных литературных источников, Государственного реестра лекарственных средств (on-line версия).

Анализ особенностей формирования иммунной системы у детей показал, что процесс созревания иммунитета заканчивается к 13-15 годам. В процессе становления иммунной системы различают 5 критических периодов жизни ребенка:

1) до 28 дней жизни грудного ребенка. В это время собственный иммунный ответ угнетен, доминирует пассивный иммунитет, полученный от матери, в основном за счет IgG и sIgA.

2) 4-6 месяцев жизни ребенка. Происходит ослабление и исчезновение пассивного гуморального иммунитета, связанного с катаболизмом материнских антител (IgG) и появлением первичного иммунного ответа за счет синтеза IgM.

3) проявляется в 2 года. Характерная черта – завершение созревания системы гуморального

иммунитета, сочетающегося с недоразвитием клеточного и местного иммунитета.

4) 4-6 лет. Формирование гуморального иммунитета завершено и заканчивается созревание клеточного иммунного ответа. Местный иммунитет еще не полностью сформирован, а содержание IgE достигает максимума. В этом периоде высок риск развития атопических и иммунокомплексных заболеваний, в том числе патологий, сопровождающихся хроническим воспалительным процессом.

5) 12-15 лет – определяется полностью сформированной и функционально полноценной иммунной системой. В этот период идет половое созревание и активизируется выработка половых гормонов, что отражается в подавлении клеточного иммунитета (особенно у мальчиков) и в стимуляции гуморального звена. Следовательно, первым формируется гуморальный иммунитет и только к 4-6 годам жизни ребенка завершается формирование клеточного иммунитета.

Данные литературы свидетельствуют, что критические периоды в формировании иммунной системы требуют обдуманного и осторожного назначения лекарственных веществ, способных влиять на иммунитет.

Для местной иммунотерапии в полости рта у детей разрешено использование 7 препаратов, входящих в Государственный реестр лекарственных средств России.

Гепон. 0,02-0,04% раствор для местной обработки слизистой оболочки и/или кожи 1 раз в день. Разрешен к применению у детей старше 12 лет. Является синтетическим олигопептидом.

Тимактида таблетки для рассасывания в полости рта. Разрешены к применению с первого года жизни. Представляют собой экстракт ти-

муса – комплекс полипептидов из зубных желез телят и ягнят по 0,25 мг.

Ликопид. Таблетки для сублингвального назначения детям от 1 до 16 лет. Является синтетическим веществом – глюкозаминилмуранилдипептидом.

Имудон. Таблетки для рассасывания. Рекомендован детям от 3 до 14 лет. Действующим веществом является смесь лизатов 13 видов бактерий.

Интерферона альфа-2 рекомбинантного мазь на гидрогелевой основе. Разрешен к применению с первых дней жизни. Содержит рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2 в 1000МЕ в 1 г мази.

Деринат. 0,25% раствор для местного и наружного применения. Детям можно назначать с 1-го дня жизни. Фармакологическое действие определяет натрия дезоксирибонуклеат, полученный из молок осетровых рыб.

Анаферон детский. Таблетки для рассасывания. Детям назначается с 1 месяца. Является антителами к гамма-интерферону человека.

Все перечисленные препараты сочетаются с фармакологическими средствами, обладающими противовоспалительной активностью.

Таким образом, среди сотен иммуностропных лекарственных средств, входящих в различные классификационные группы, лишь небольшое количество препаратов, присутствующих на российском фармацевтическом рынке, могут быть использованы для местного применения в педиатрической практике при воспалительных поражениях слизистой оболочки полости рта. Основываясь на эволюционно сложившихся этапах формирования иммунной системы и критических возрастных периодах в этом процессе, требуется чрезвычайно взвешенное отношение к приме-

нению лекарственных препаратов, обладающих иммуностропной активностью.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НЕЙРОИНТОКСИКАЦИЙ У РАБОТАЮЩИХ

**Г.М. Бодиенкова, Е.В. Боклаженко,
С.И. Курчевенко, Ю.В. Иванова,
Р.Ю. Алексеев, О.Н. Кротова**

*Ангарский филиал УРАМН ВСНЦ ЭЧ
СО РАМН – НИИ медицины труда
и экологии человека
Ангарск, Россия*

Цитокиновая сеть является саморегулирующей системой, нарушение которой приводит к избыточному или недостаточному синтезу определяемых цитокинов, что в свою очередь может вызвать развитие разнообразных патологических процессов, составляющих основу широкого спектра заболеваний человека. Провоспалительные цитокины оказывают влияние практически на все органы и системы организма, участвующие в регуляции системы гомеостаза (Степченко М.А., 2007; Демьянов А.В., 2003). Вместе с тем, роль изменений цитокинового статуса в формировании и прогрессивном течении профессиональных нейроинтоксикаций является не изученной.

В предыдущих исследованиях нами показано, что развитие профессиональных нейроинтоксикаций (хроническая ртутная интоксикация, токсическая энцефалопатия в отдаленном периоде интоксикации комплексом токсических веществ) характеризуется прогрессивным течением, сопровождается нарушением системного иммунитета. Общей закономер-