

вало о дистальном положении головки сустава в положении покоя и проскакивании ею диска при максимальном открывании рта. Гипертонус жевательных мышц был избирательно снижен – болевые ощущения были при пальпации латеральных крыловидных мышц. Боли выявлялись и при пальпации головок височно-нижнечелюстного сустава перед козелком и через наружный слуховой проход, что свидетельствовало об экссудативном процессе в результате травмы сустава при неестественно широком открывании рта и девиации при движениях сустава из-за отсутствия способности тканей капсулы удерживать его составляющие в конгруэнтности. Функциональный панорамный снимок показал, что при максимальном открытии рта головка сустава уходит на 0,3-0,5 см вперед от суставного бугорка височной кости и не соприкасается с ней, кортикальная пластинка в обоих случаях утолщена, что свидетельствует косвенно об явлениях остеоартроза.

Из 8 человек с признаками дисплазии соединительной ткани остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава был выявлен в 7 случаях, что составляет 87,5%, у 1 человека были положительные показатели ревмофактора, при дополнительной консультации у ревматолога был выставленный диагноз ревматоидный полиартрит.

Проведенное нами лечение артроз-артритов височно-нижнечелюстного сустава при дисплазии соединительной ткани было следующим: проведение временной иммобилизации нижней челюсти путем наложения теменно-подбородочной пращи на 5 дней; ношение трейнера в течение 2-х часов днем и на ночь в течение полугода; применение противовоспалительной терапии: нимесулид по 100 мг 2 раза в день в течение 30 дней с препаратом растительного происхождения «Зинаксин с глюкозамином» (состав: глюкозамина сульфат – 500 мг; экстракт имбиря лекарственного – 170 мг) по 1 капсуле 3 раза в день в течение 60 дней; физиолечение (Лазер «Милта») и миогимнастика, применение компрессов с димексидом. Результат эффективности лечения оценивался по наличию болевой реакции в покое и при движении челюсти вверх-вниз и вправо-влево, ортопантомографическим данным, количеству свободных сиаловых кислот в крови, оксипролина и гликозаминогликанов в суточной моче.

Результаты исследования показали, что у больных с выявленным синдромом дисплазии соединительной ткани воспалительный процесс протекал дольше, чем в контрольной группе. Так после назначенного лечения боль и ограничение открывания рта сохранялись от 5 до 7 дней, в то время как в контрольной группе в течение 3-4 дней. Проблемы были и при назначении физиолечения, так как при сопутствующем синдроме дисплазии соединительной ткани патология вегетативной нервной системы

(вегето-сосудистая дистония) патология сердечной системы (пролапсы митрального клапана, аритмия) ограничивают применение данного метода лечения.

Количество свободных сиаловых кислот в крови в период разгара заболевания в обеих группах увеличивалось: у больных с заболеваниями ВНЧС с выявленной дисплазией соединительной ткани в 2,4 раза ($P < 0,01$), в контрольной группе в 1,9 раза, ($P < 0,01$), что свидетельствовало об усиленном распаде соединительно-тканых компонентов сустава. В опытной группе их количество в период лечения уменьшалось медленно и на 30-й день оно оставалось на 47,6% ($P < 0,01$) выше нормы. В контрольной группе содержание свободных сиаловых кислот в крови уменьшилось до нормы уже к 14-му дню. Количество оксипролина и гликозаминогликанов в моче было увеличено в обеих группах в острый период, в контрольной группе оно составило на 11 и 18% ($P < 0,01$) соответственно, в опытной 25 и 27% ($P < 0,01$) соответственно, но в контрольной группе на 14 день присутствовали в моче только следы, а в опытной данные показатели оставались повышены в этих же пределах и далее.

Таким образом, при заболеваниях височно-нижнечелюстного у 29,7% больных выявились признаки дисплазии соединительной ткани, которые влияют на формирование и развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, определяют остроту и длительность воспалительного процесса, а также риски раннего развития суставных деформаций.

ПАРАМЕТРЫ ЦИТОКИНОВ В ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНАХ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Осеева А.О., Соболева Л.А., Шульдяков А.А.,
Булкина Н.В., Пospelов А.Н.

*Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: shuldaykov@mail.ru*

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в последние десятилетия во всем мире характеризуется четкой тенденцией роста, так в РФ уже в апреле 2009 г. число ВИЧ-инфицированных превысило 500 тысяч человек. Одним из ярких клинических проявлений ВИЧ инфекции в стадии вторичных заболеваний является поражение слизистых полости рта и тканей пародонта. Болезни пародонта в современной стоматологии составляют одну из важнейших проблем в связи с их широкой распространенностью, комплексным характером поражения с формированием местной воспалительной реакции на фоне дисбаланса цитокинов. Вместе с тем, научных работ по исследованию роли сдвигов цитокинового профиля в формировании пародонтита у пациентов

с латентной ВИЧ-инфекцией в доступной литературе мы не обнаружили.

Цель работы: определение клинико-патогенетического значения сдвигов в цитокиновом статусе пародонтальных карманов в формировании пародонтита у больных латентной ВИЧ-инфекцией. Для решения поставленной цели проведено обследование 45 больных с пародонтитом легкой и среднетяжелой формы разделенных на три равные группы: 1-ю группу составили 15 больных с пародонтитом на фоне латентной ВИЧ-инфекции, 2-ю – больные с пародонтитом без ВИЧ, 3-ю – пациенты с латентной ВИЧ-инфекцией без пародонтита. Для оценки параметров цитокинов обследовано 20 доноров (здоровые лица). Уровень цитокинов (IL-1 β , IL-4, TNF- α) в жидкости пародонтальных карманов определялся методом ИФА.

Анализ параметров цитокинового профиля пародонтальных карманов выявил, что при латентной ВИЧ без пародонтита незначительно повышается уровень про- и противовоспалительных цитокинов. У больных с пародонтитом выявлялись значительные сдвиги в цитокиновом профиле с активацией IL-1 β и TNF- α , коррелирующей с тяжестью патологии. При оценке цитокинового статуса у лиц с пародонтитом на фоне латентной ВИЧ-инфекции установлено значительное усиление активности TNF- α и IL-1 β при умеренном повышении IL-4. Сопоставление показателей цитокинового профиля в трех группах выявило, что наиболее выраженные изменения выявлялись у пациентов с коморбидными заболеваниями, что необходимо учитывать при диспансеризации и лечении.

ЛИПОПЕРОКСИДАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Осеева А.О., Соболева Л.А., Шульдяков А.А.,
Булкина Н.В., Поспелов А.Н.

*Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского, Саратов,
e-mail: shuldaykov@mail.ru*

В 2009 г. в России количество ВИЧ-инфицированных превысило 500 тыс. человек. Развитие патологического процесса при ВИЧ-инфекции часто сопровождается поражением слизистых оболочек полости рта и формированием пародонтита. Проблема профилактики и лечение больных с пародонтитом по-прежнему остается актуальной в современной стоматологии. Особенно остро встает вопрос о патологии пародонта у лиц с сочетанной патологией, в связи с возможным взаимооттягивающим характером течения. Вместе с тем, исследований частоты встречаемости и клинико-патогенетических особенностей развития патологии пародонта у больных ВИЧ в латентной стадии не проводилось.

Цель работы: определение клинико-патогенетического и диагностического значения сдвигов в системе липопероксидации (ПОЛ) в формировании пародонтита у больных ВИЧ-инфекцией.

Для решения поставленной цели проведено обследование 45 больных с пародонтитом легкой и среднетяжелой формы разделенных на три равные группы: 1-ю группу составили 15 больных с пародонтитом и латентной ВИЧ-инфекцией, 2-ю – больные с пародонтитом без ВИЧ, 3-ю – пациенты с ВИЧ в латентной стадии без пародонтита. Для оценки параметров ПОЛ обследовано 20 доноров (здоровые лица) у которых определялись уровни диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, активность супероксиддисмутазы, содержание витамина Е.

Анализ параметров ПОЛ выявил, что при ВИЧ уже в латентной стадии формируется синдром эндотоксикоза с усилением ПОЛ и снижением антиоксидантного статуса. У больных с пародонтитом также имелись незначительные сдвиги в системе липопероксидации, коррелирующие с тяжестью заболевания. При оценке ПОЛ у лиц с пародонтитом на фоне ВИЧ установлено значительное усиление процессов окисления липидов при достоверном снижении антиоксидантной активности. Сопоставление показателей ПОЛ в трех группах выявило, что наиболее выраженные изменения выявлялись у пациентов с сочетанной патологией.

МИКРОМОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРИЧИНАХ СМЕРТИ

Резник А.Г.

*ГКУЗ «Волгоградское областное
бюро судебно-медицинской экспертизы»,
Волгоград, e-mail: oreon25@mail.ru*

В настоящее время микроскопическая оценка патоморфологических изменений, оставаясь базовой, может быть дополнена системным количественным исследованием. Такими методом является морфометрия. В широком понимании морфометрия – учение о правилах получения числовых характеристик изменений форм любой природы. В медицине широко используют компьютерную микроморфометрию. На ее основе созданы морфометрические модели различных патологических состояний, изучены морфометрические особенности миокарда левого желудочка при острой коронарной недостаточности [Гланц С., 1999; Автандилов Г.Г., 2002; Резник А.Г., 2003, 2004; Yamamoto S. et al., 2000; Koch A. et al., 2001; Nozynski J. et al., 2007]. Таким образом, использование компьютерной обработки изображения микропрепаратов сердца в сочетании с морфометрией является перспективным научным направлением.

Цель исследования изучить микроморфометрические показатели миокарда левого и пра-