левый эффекты. При коррекции нарушений иммунитета у больных с сочетанием доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита деринатом нормализуется большинство показателей функционирования ИС. При лечении больных с хирургической инфекцией иммуномодулирующее действие дерината проявлялось в уменьшении общего числа лейкоцитов (за счёт гранулоцитов), увеличении абсолютного количества лимфоцитов за счёт популяций В-лимфоцитов и Т-хелперов, а также стимуляции бактерицидной активности лейкоцитов по данным лизосомально-катионного теста и антигенсвязывающей активности. Проведена оценка эффективности иммунокоррегирующих свойств дерината при комплексной терапии больных с патологией ЖКТ. Выявлены: нормализация числа лейкоцитов, а также количества иммунокомпетентных клеток. На фоне терапии возросло число CD3+, CD+, CD8+-лимфоцитов до нормальных значений, содержание В-лимфоцитов увеличилось, повысилась фагоцитарная активность нейтрофилов.

Таким образом, практическое использование полиоксидония и дерината в качестве иммуномодуляторов способствует профилактике и коррекции иммунопатологических состояний при заболеваниях внутренних органов.

## КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА

Парахонский А.П.
*Кубанский медицинский университет, Краснодар*

Ведущее место в этиологии хронического периодонтита занимает микробный фактор. Сущность механизмов его развития заключается в том, что в период острого воспаления в периодонте накапливаются антигены, среди которых основную роль играют эндотоксины грамотрицательных микроорганизмов. Эндотоксины оказывают сильное антигенное воздействие на иммунную систему (ИС) периодонта и окружающих его тканей. Реакция тканей периодонта на непрерывное раздражение антигенами, поступающими из корневого канала, проявляется в виде антителозависимых и клеточно-обусловленных процессов.

Развивающееся хроническое воспаление в периодонте при нормальном иммунном статусе следует рассматривать как защитный барьер, предотвращающий распространение продуктов распада тканей, микроорганизмов и их токсинов в общую кровлимфоциркуляцию из зоны инфекционного воспаления около верхушки корня зуба. Однако формирование этого защитного барьера может быть нарушено как в результате повышения вирулентности микрофлоры, так и в связи с недостаточностью функционирования ИС. При этом масштаб реакции ИС может быть различным, протекать на уровне всего организма, полости рта или отдельного зубочелюстного фрагмента. При локальных воспалительных процессах одного зуба отмечаются изменения иммунологических показателей преимущественно материала из десневой борозды, в меньшей степени в иммунограмме ротовой жидкости и едва заметные сдвиги в иммунограмме периферической крови.

Установлено, что при анализе иммунологических показателей крови у больных с периапикальной патологией выявляются лишь незначительные отклонения наиболее чувствительных характеристик, подтверждающих общую закономерность функционирования ИС. Однако даже при наличии отклонений отдельных показателей нельзя достоверно говорить о нарушении функционирования ИС, так как границы значений иммунных параметров у практически здоровых лиц довольно широки и подвержены влиянию различных факторов. Если же сдвиги в общей иммунограмме неадекватны клинической характеристике текущего воспалительного процесса, то это в большинстве случаев является неблагоприятным прогностическим признаком.

Отмечено, что наличие сильных сдвигов в иммунограмме при локальных процессах, таких, как периодонтит, указывает на наличие сопутствующей патологии. В то же время отсутствие сдвигов в иммунограмме периферической крови у больных с обширными поражениями и выраженными клиническими симптомами заболевания является неблагоприятным признаком, указывающим на недостаточность функционирования ИС, что грозит неблагополучным исходом.

Развитие хронического воспалительного процесса в периапикальной области формирует естественный защитный барьер, который может быть нарушен. Основной причиной этого являются иммунодефициты. В стоматологической практике изучение показателей иммунограммы способствует диагностике и прогностически-динамической оценке ИС у пациента с воспалительным заболеванием в процессе лечения и после него.

При лечении периодонтита необходимо учитывать патогенетические аспекты развития воспаления. Терапия пациентов с хроническим периодонтитом, имеющих иммунодефицитное состояние организма, только путем пломбирования корневых каналов часто малоэффективно, так как очаги деструкции в периапикальной области увеличиваются за счет недостаточного образования противовоспалительных барьеров и снижения регенерации костей ткани. Лечение должно быть комплексным и сопровождаться использованием иммуномодуляторов, таких, как тактивин, левамизол, человеческий лейкоцитарный интерферон (виферон, реоферон и др.) в сочетании с 6% раствором поливинилпирролидона. Иммунокорригирующая терапия повышает эффективность лечения периодонтита, что связано со стимуляцией образования противовоспалительного барьера и усилением регенерации кости. Хронический периодонтит в стадии обострения, особенно у больных с сопутствующими общими заболеваниями органов и систем, сопровождается выраженными экссудативными воспалительными процессами. Значительное противовоспалительное, болеутоляющее и жаропонижающее действие оказывают нестероидные противовоспалительные препараты, такие, как индометацин, ортофен, линкомицин, кетанал. Эти средства в основном действуют на экс-

судацию и пролиферацию и в меньшей степени на процесс альтерации.

С целью профилактики осложнений после консервативного лечения хронического периодонтита в стадии обострения и возможного последующего хирургического вмешательства рекомендуется сочетать применение местных антисептических и противомикробных эндоканальных препаратов с назначением по показаниям антибиотиков, антигистаминных, противовоспалительных веществ.

В комплексном лечении больных с периодонтитом на фоне сопутствующих заболеваний организма и систем необходимо совместное наблюдение врача-стоматолога и профильных врачей по общему заболеванию, а также диспансерное наблюдение отдаленных (по клинико-рентгенологическим и лабораторным данным) результатов лечения.

## ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ИЗБЕГАНИЯ КУРЕНИЯ

Попова Г.А., Власова О. В., Циркин В.И.
*Вятский государственный гуманитарный университет (ВятГГУ), Кировская государственная медицинская академия (КГМА), Киров*

Курение является одним из основных факторов риска развития онкологических заболеваний и заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, репродуктивной и других систем организма, в связи с чем во многих странах на государственном уровне принимаются меры по борьбе с курением. В этом аспекте важным является выявление группы риска среди детей и подростков и целенаправленная работа с ними. Поэтому актуальным является вопрос о механизмах, благодаря которым человек, несмотря на широкую распространенность курения среди людей разного возраста, пола и профессий, не становится курильщиком. Нами предпринята попытка изучить эти механизмы путем сравнения курящих и некурящих студентов вузов.

Установлено, что в 2005/2006 учебном году на I-м курсе ВятГГУ число курящих девушек достигало 15,1% (от 371 ответивших на анкету), а в КГМА – 12,0% (от 225), а число курящих юношей соответственно 33,3% (от 44) и 39,6% (от 53); на 5-м курсе для девушек эти значения составили соответственно 21,8% (от 316) и 27,1% (от 144), а для юношей – соответственно 25,0% (от 144) и 50,% (от 32). Эти данные указывают на то, что у девушек механизмы избегания курения (МИК) работают более эффективно, чем у юношей. Вопреки ожиданию, стремление получить высшее медицинское образование не усиливает МИК (на 5-м курсе число курящих девушек в КГМА не уменьшается, а возрастает). Очевидно также, что многие девушки и юноши не считают курение фактором риска здоровья.

Используя метод многофакторного исследования личности Кеттелла Р. и диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (Орел А.Н.,1999) удалось показать, что у некурящих девушек (144) и юношей (98) в сравнении с курящими (n=53 и n=88) достоверно (по критерию Стьюдента) выше уровень озабоченности, социальный контроль поведенческих реакций, ниже склонность к агрессивному и делинквентному поведению. Некурящие девушки в сравнении с курящими робки, практичны, консервативны, в меньшей степени стремящиеся представить себя в лучшем свете, более склонны к соблюдению общепринятых норм поведения. Некурящие юноши в сравнении с курящими более независимы и меньше нуждаются в групповой поддержке, больше ценят собственную жизнь и не склонны к риску. В тоже время некурящие не отличались от курящих при оценке личностной и ситуативной тревожности по Спилбергу Ч.Д. и Ханину Ю.Л., эмоциональной сферы по шкале субъективного благополучия (Perrudet-Badoux, Mendelsohn, 1988), мышления по краткому отборочному тесту (Бузин В.И.,1998) и кратковременной памяти (Мусина И.С.,1998). Следовательно, для формирования МИК важное значение имеют особенности личности, отражающиеся на поведении человека.

При изучении вегетативной нервной системы (ВНС) по вариабельности сердечного ритма (ВСР), оцениваемую с помощью МДС «Валента» (СПб., «Нео») в положении «лежа на спине» (300 кардиоциклов ЭКГ, II ст. отведение), и замере АД установлено, что в условиях покоя некурящие девушки (n=30) и юноши (n=20) не отличались достоверно от курящих девушек (n=30, стаж курения - 3,3±0,2 года, интенсивность - 8,9±0,9 сигарет в день) и юношей (n=20, 2,4±0,2 года, 8,4±0,9 сигарет в день). Это означает, что состояние ВНС не отражается существенно на МИК. Об этом же свидетельствуют и результаты эксперимента - спустя 10 минут после выкуривания 1 сигареты у курящих девушек и юношей большинство анализируемых параметров ВСР не менялись, хотя повышались ЧСС (на 5-6 уд/мин), САД ДАД и среднее АД (на 6-7 мм рт. ст), которые даже спустя 70 мин. еще не достигали исходного уровня.

Некурящие девушки и юноши не отличались от курящих (в каждой группе n=30) по росту, массе тела, весо-ростовому индексу, мышечной силе кисти, становой силы, ЖЕЛ, жизненному индексу, окружности грудной клетки (ГК) в покое, экскурсии ГК, хотя у некурящих девушек была ниже окружность ГК на максимальном вдохе (79,9±0,9 против 82,6±0,9 см), а у некурящих юношей ниже нормированная становая сила (161,9±6,0 против 182,9±6,0 кг силы/кг массы). Следовательно, уровень физического развития не оказывает существенного влияния на становление МИК.

Таким образом, необходимо дальнейшее изучение МИК и факторов, влияющих на их формирование. Не исключено, что среди этих факторов особая роль принадлежит малым мозговым дисфункциям