

*Медицинские науки***АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
КОНСЕРВАТИВНОЙ ПАРОДОНТОЛОГИИ**

Большедворская Н.Е., Самойлова О.П.,
Бывальцева С.Ю.

*Иркутский государственный медицинский
университет, Иркутск, e-mail: iemk@mail.ru*

Лечение воспалительных заболеваний пародонта непрерывно связано с терапией пародонтальных карманов. При лечении лекарственные вещества, вводимые в пародонтальные карманы, быстро вымываются из них и для сохранения соответствующей концентрации используются десневые повязки. Применение пародонтальных повязок имеет существенные недостатки. Монолит, в который превращается основа десневой повязки, оказывает раздражающее действие на воспалённые ткани пародонта, что значительно снижает эффективность лечебного воздействия.

В последнее время широкое применение получили клеевые пародонтальные композиции. Важными свойствами цианакрилатных клеев, привлекая к себе внимание стоматологов, являются способность склеивать живые ткани во влажной среде, быстрота склеивания, аутостерильность, бактерицидность, отсутствие гистотоксичности, гемостатическое действие.

В пародонтологии цианакрилаты были впервые использованы зарубежными авторами для защиты хирургических ран пародонта. Отмечено, что успех процедуры зависит от качества остановки кровотечения в области операции. В отечественной литературе имеются указания на использование в качестве пародонтальных повязок клеев БФ-6, МК-1, МК-2, КЛ-3, полиуретанового клея, МК-7. Отмечается более выраженный противовоспалительный эффект и сокращение сроков заживления тканей пародонта по сравнению с традиционными повязками. Цианакрилатный клей используют в качестве носителя биологически активных веществ, а также для удержания лекарственных форм в пародонтальном кармане. Отмечается также, что цианакрилат, нанесённый после пародонтальной операции, в значительной степени уменьшает подвижность зубов, т. е. является временной шиной.

Несмотря на преимущества применяемых цианакрилатных композиций перед традиционными повязками, некоторые из них, к сожалению, обладают рядом нежелательных свойств. Полимеризация цианакрилатов в полости рта длится 2-3 минуты. Даже при тщательном предварительном гемостазе за это время возобновляется кровотечение из пародонтального кармана, что вызывает отслоение клеевой плёнки. Отмечается гистотоксичность некоторых цианакрилатных клеев.

В этой связи в настоящее время продолжают исследования с целью создания новых клеевых композиций, лишенных перечисленных недостатков. К таким клеевым композициям можно отнести антибактериальную, противовоспалительную композицию «Сульфакрилат», которая представляет собой бесцветную прозрачную жидкость, состоит из этил- α -цианакрилата (связывающий компонент), бутилакрилата (пластификатор) и сульфоланметаакрилата (противовоспалительный, антимикробный компонент). Клей аутостерилен, обладает высокими адгезивными свойствами. При контакте с живой тканью и водными растворами быстро полимеризуется. При нанесении на соединяемые ткани он полимеризуется с образованием прочной эластичной пленки, надёжно склеивающей поверхности между собой. Клей подвергается постепенному рассасыванию. Прорастание соединительной ткани через клеевую пленку происходит в результате быстрого рассасывания низкомолекулярной части и образованию пор.

Клеевые композиции успешно заменяют повязки, обеспечивая бактерицидный эффект, изолируя поверхность раны после кюретажа от внешних воздействий. Более того, применение клеевых композиций не оказывает раздражающее действие на раневую очаг, так как клей образует тонкую очень пластичную пленку, которую нет необходимости удалять как повязку.

Исходя из вышесказанного, применение клеевых композиций в стоматологии открывает широкие перспективы для повышения клинической эффективности лечения заболеваний пародонта.

**ПРЕПАРАТ ГЕРПЕНОКС ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЛАБИАЛЬНОГО ГЕРПЕСА**

Бывальцева С.Ю., Казанкова Е.М.,
Самойлова О.П.

*Иркутский государственный медицинский
университет, Иркутск, e-mail: iemk@mail.ru*

Актуальность: Разнообразие клинических проявлений заболевания герпетической инфекции, возникновение резистентности к применяемым для лечения препаратам, способствуют рецидиву и прогрессированию заболевания. Вирус герпеса является пожизненной инфекцией, поскольку добиться элиминации возбудителя в настоящее время невозможно. Кроме того, герпетическая инфекция является одной из высоко распространенных инфекций в популяции от 60 до 95% (Chayavichitsilp P., 2009, Smith J.S., 2002). Все эти факторы делают проблему повышения эффективности лечения герпетической инфекции актуальной.

В результате изучения механизмов персистенции герпес-вирусной инфекции было выявлено, что, возможно, полный цикл репродукции

вируса простого герпеса и выход полноценных вирионов происходит именно в эпителиальных клетках, в процессе формирования везикул, когда возбудитель проявляет свое цитопатическое действие (Калмакарян А.А., 1982). Поэтому, не смотря на то, что герпетическая инфекция является системным заболеванием, местное применение химиотерапевтических препаратов при лечении эффективно и патогенетически обосновано. Кроме того местные препараты в виде кремов и мазей обеспечивают высокую концентрацию активных компонентов непосредственно в очаге поражения, и, в отличие от системного, не оказывают токсического воздействия на организм в целом (Сарап Л.Р., Сарап Е.В, 2014).

Целью нашего исследования было клиническое применение и изучение нового препарата «Герпенокс» в качестве местной монотерапии при лечении и профилактике рецидивов лабиального герпеса.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 30 пациентов, отмечающих при опросе взаимосвязь между стоматологическим вмешательством и возникновением герпетических высыпаний. В данной группе пациентов «Герпенокс» применялся в качестве профилактического средства. Также в исследовании принимали участие пациенты в возрасте от 18 до 65 лет (n=20) с проявлениями лабиального герпеса в легкой степени тяжести (без нарушения общего состояния) и частотой рецидивов от 1 до 6 раз в год. Диагноз выставлялся на основании жалоб, анамнеза и характерной клинической картины. Из анамнеза было выявлено, что длительность течения герпетической инфекции при традиционном лечении составляла 5-12 дней. Пациентам было рекомендовано нанесение геля «Герпенокс» на участок поражения каждые 4 часа в течение 10 дней. Динамику клинических проявлений отмечали на приеме с интервалом посещений через день, сопоставляя с субъективными ощущениями пациентов.

Результаты. У 75% пациентов отмечалась эпителизация на 6 сутки применения препарата. У 15% процентов реконвалесценция наступила в течение 5 суток, и лишь у 10% исследуемых продолжительность герпетических поражений на фоне местной терапии составила 10 дней. При исследовании профилактических свойств препарата у 2 пациентов отмечено развитие рецидива лабиального герпеса после стоматологических вмешательств.

Пациенты отмечали снижение выраженности субъективных симптомов (зуд, жжение, ощущение дискомфорта) в течение первых суток применения геля. Клинические признаки активной герпетической инфекции не регистрировались на 3-5 сутки, отмечалось формирование корочек на участке поражения.

Вывод. Таким образом, данный препарат является эффективным профилактическим

средством перед стоматологическими вмешательствами. Применение геля «Герпенокс» сокращает сроки течения лабиального герпеса с момента гиперемии до эпителизации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У РЕБЕНКА

Иванова О.Н., Урютина В.С.

*Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова,
Якутск, e-mail: olgadoctor@list.ru*

Энтеропатия экссудативная (enteropathia exsudativa) –патологическое состояние, характеризующееся потерей плазменных белков через желудочно-кишечный тракт; сопровождается признаками нарушения кишечного всасывания, следствием чего является развитие выраженной гипопроteinемии,отечного синдрома [1].

Цель исследования: представить клиническое наблюдение редкого заболевания, протекающего с синдромом мальабсорбции у ребенка 1 года 7 лет.

Материалы и методы: амбулаторная карточка поликлиники по месту наблюдения больной, истории болезни стационаров.

Результаты наблюдения: Жалобы больной при обращении – на увеличенный живот и очаговые высыпания на коже после приема сладкого, жирного. Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, протекавшей с многоводием, начиная со второго триместра. Роды срочные, со стимуляцией. Масса тела при рождении 3500гр, длина 52 см. Из анамнеза заболевания: с раннего детства беспокоит увеличение размеров живота, вздутие. До восьми месяцев беспокоили частые срыгивания. Аппетит хороший. Стул 1-2 раза в день оформленный. С семи месяцев часто болеет простудными заболеваниями в виде обструктивных бронхитов, протекающих с подъемом температуры до фебрильных цифр, влажным кашлем, одышкой. По направлению гастроэнтеролога Республиканской больницы №1 Педиатрического центра Национального центра медицины была отправлена на обследование в Научно-исследовательский институт в город Нижний Новгород. Проходила обследование в Нижнем Новгороде Научно-исследовательском институте Гастроэнтерологии, где выставлен диагноз – Экссудативная энтеропатия. Рекомендовано: питание, обогащенное белками с исключением жирных, жаренных, острых соленых, копченых продуктов, препараты- креон 3000 Ед/сутки, био-препараты- нормофлор, нормоспектрум, витаминотерапия, препараты кальция, калия.

Выводы. Ведение больных с экссудативной энтеропатией является сложной задачей для участкового педиатра, гастроэнтеролога и других специалистов и требует постоянного контроля уровня белков и микроэлементов крови.