

Средний возраст пациентов $60,3 \pm 2,1$ лет, стаж работы в условиях запыленности $17,5 \pm 5,4$ лет. Продолжительность заболевания в среднем 12 лет. Индекс курения у мужчин $32,1 \pm 6,2$ пачка-лет.

Базисная терапия после коррекции включала симбикорт турбухалер (фирма Astra Zeneca, 160/4,5 мкг) 2 ингаляции 2 раза в сутки, тиотропия бромид (спирива, фирма «Берингер Ингельхайм») 18 мкг 1 раз в день, флуимуцил (N-ацетилцистеин) 600 мг 1 раз в день. После 6 месяцев терапии отмечена тенденция к снижению выраженности клинических синдромов, стабилизации бронхиальной обструкции, не было обострений ХОБЛ, улучшились переносимость физической нагрузки и психологическое состояние больных.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЦЕМЕНТА II СТАДИИ

Безмен С.А., Курякина Н.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный университет им.акад. И.П. Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Неудовлетворительный уровень стоматологического здоровья населения старших возрастных групп становится важнейшей проблемой общественного здравоохранения. У пожилых людей, проживающих в домах для престарелых или вынужденных находиться дома, стоматологический статус значительно хуже, чем у лиц того же возраста, ведущих активный образ жизни. Заболевания пародонта в этой возрастной группе являются доминирующими в полости рта. Вытекающей проблемой является возникновение кариеса цемента зуба.

Актуальным становится изучение влияния фтортерапии на течение кариеса цемента зуба, что и отражено в проведенном нами исследовании.

Клиническая часть работы проведена на 28 зубах со второй стадией кариеса цемента (дефект не более 0,5 мм в глубину) у 20 человек. В основной группе (10 человек, 17 зубов) дефекты корня шлифовали, полировали и покрывали дентин-герметизирующим ликвидом по методике «глубокого фторирования», предложенного профессором Кнапшвостом (Германия). Контролем служили 11 зубов (10 больных) с кариесом цемента дефекты которых после шлифования и полирования покрывали фторлаком «Белак» (Россия). Антисептическую обработку дефектов проводили препаратом на основе фитоэкдистероидов антикар. Контрольные осмотры проводили через 6 и 12 месяцев после лечения.

В экспериментальной части работы группы были сформированы идентично по 5 человек в каждой. Через 3 месяца после лечения с письменного согласия пациентов зубы удалялись по ортопедическим, ортодонтическим показаниям или в результате подвижности III степени. Удаленные зубы декальцинировали, делали срезы толщиной 6-7 мм, которые окрашивали и просматривали под микроскопом Olympus.

Оценка результатов фтортерапии кариеса цемента II стадии показала, что удельный вес рецидива, который проявлялся шероховатостью при зондирова-

нии, через 6 месяцев после лечения составил в целом $18,2 \pm 3,9\%$, причем он отсутствовал при фтортерапии дентин-герметизирующим ликвидом.

Через 12 месяцев после лечения удельный вес рецидива в целом составил 39,1%. Из них 11,8% при использовании дентин-герметизирующего ликвида и 27,3% в случае применения фторлака.

Морфологическое исследование выявило высокое содержание коллагена в зубах с кариесом цемента после покрытия дентин-герметизирующим ликвидом. Препарат располагается ровным слоем по поверхности, закрывает мелкие полости и обеспечивает кальцификацию подлежащего дентина. В случае использования фторлака отмечается его поверхностное расположение, эктазия дентинных канальцев, рыхлость подлежащего дентина.

Таким образом, при лечении кариеса цемента II стадии целесообразно использовать дентин-герметизирующий ликвид, что подтверждается результатами клинического и морфологического исследований.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Букатин М.В., Овчинникова О.Ю.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоград

The problems of perspective using of natural bioflavonoids in the struggle with «oxidational stress» while treating and preventing some pathological states of a man have been examined.

В процессе жизнедеятельности в клетках любого организма образуются активные формы кислорода (АФК), которые очень токсичны для клеток, т.к. они могут разрушать липиды, белки и нуклеиновые кислоты, входящие в состав биологических мембран, а это вызывает изменения различных клеточных структур и приводит в конечном итоге к гибели клетки. Большая роль в защите организма от АФК принадлежит антиоксидантной системе, которая регулирует процессы свободнорадикального окисления, создает оптимальные условия для нормального метаболизма и функционирования клеток и тканей организма (Рогожин В.В., 2004).

Антиоксидантные средства способны оказывать профилактическое и лечебное действие в отношении ряда заболеваний, например успешным было применение антиоксиданта убихинона при ишемической болезни сердца (Коган А.Х., 2002) и головного мозга (Плотников Н.Б., 2000). Антиоксидантам придают большое значение и рассматривают возможность использования их как геропротекторов и средств коррекции возрастной патологии, так как среди факторов играющих важную роль при старении, наиболее значимым является окислительный метаболизм. Было доказано, что повреждение АФК макромолекул приводит к нестабильности генома в целом и, как следствие - возникновение возрастных патологий: рака, сер-

дечно-сосудистых заболеваний, дисфункции мозга и др. (Подкозлин А.А., Донцов В.И., 2001).

В качестве антиоксидантов могут быть использованы вещества растительного происхождения, так называемые биологические антиоксиданты (БАО). Их применение, возможно, прежде всего, потому, что они в организме человека в предельно допустимых концентрациях не оказывают отрицательного эффекта. Кроме того, БАО могут проявить свой эффект даже в минимальных концентрациях. Важнейшим источником БАО являются растительные флавоноиды, относящиеся к группе фенольных соединений. Среди источников биофлавоноидов интерес представляют гребни винограда, экстракт которых содержит феноловые кислоты и флавоноиды.

Перспективным является использование комплекса средств, содержащего в своем составе помимо натуральных биофлавоноидов и другие естественные антиоксиданты, такие как витамины Е и С, являющиеся основными естественными антиоксидантами организма человека (Halliwell, 1994), глутатион (Ketterer, 1984), селен (Абрамченко В.В., 2003), входящие в состав активного центра глутатионпероксидазы. Такой комплексный состав, с включенными антиоксидантами, действующий как в водной, так и липидной фазах и влияющий на процессы липопероксидации и радикалообразования, является наиболее сбалансированным и перспективным в плане клинического применения.

КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ МАССЫ ТЕЛА ГРЕБЦОВ НА БАЙДАРКАХ И КАНОЭ

Гавриленко М.Н., Александянц Г.Д.
*Кубанский государственный университет
физической культуры, спорта и туризма,
Краснодар*

В настоящее время высокий уровень современного спорта требует углубленного индивидуального подхода, основанного на комплексном изучении морфо-функциональных возможностей спортсмена, развитие которых в наибольшей мере способствует достижению высоких спортивных результатов. Оценка компонентного состава массы тела спортсмена является существенной частью конституциональной диагностики, так как функциональные возможности организма имеют с ними высокую взаимосвязь.

Целью настоящего исследования являлось изучение состава массы тела гребцов на байдарках и каноэ Краснодарского края. В исследовании приняли участие 67 спортсменов, в возрасте 17 – 20 лет, спортивная квалификация: 1 спортивный разряд – мастер спорта международного класса (МСМК). Использовалась методика Р.Н. Дорохова (2004).

При исследовании нами определялось содержание мышечного (ММ), жирового (ЖМ) и костного (КМ) компонентов, в составе массы тела спортсменов.

Проводилась оценка пропорций методом индексов по Башкирову П.Н. (1962) Как показали полученные, большинство гребцов на байдарках и каноэ принадлежит к *брахиморфному* и *мезоморфному* типу (87 %).

Мышечный компонент имеет наиболее высокое значение у спортсменов высокой квалификации (МС и МСМК - 64 %), у остальных спортсменов (1 разряд и КМС) среднее и ниже среднего развитие мышечной массы.

Что касается жирового компонента, то процентное содержание ЖМ у спортсменов в большинстве случаев низкое и ниже среднего (83,25 %) и наблюдается тенденция к его большему отложению у микро- и мезосоматических типов.

Изучение содержания костного компонента показало, что подавляющее большинство юных гребцов (91,67 %) имеют мегалоостный тип развития, независимо от возраста и спортивной квалификации.

Таким образом, полученные данные могут быть использованы в процессе спортивного отбора и при индивидуализации тренировочного процесса.

ХАРАКТЕР МОРФОСТРУКТУРНЫХ НАРУШЕНИЙ, ИЗМЕНЕНИЕ МАССОВОЙ ДОЛИ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ДЕНТИНЕ ЗУБОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПУЛЬПИТЕ

Гречишников В.В.

*Кафедра терапевтической стоматологии СтГМА,
Ставрополь*

Материалы и методы

Выполнено исследование ультраструктуры дентина и содержания массовой доли Са; Р в минеральном компоненте дентина 20 зубов человека, удаленных по различным показаниям. Из них 5 зубов с острым пульпитом, 5 – с хроническим пульпитом от 14 до 30 суток и 10 зубов с хроническим пульпитом от 30 до 60 суток. Образцы дентина из средних и околопульпарных слоев подготовили и исследовали в сканирующем, растровом микроскопах, а также подвергли изучению на предмет изменения массовой доли Са и Р при воспалении пульпы методом спектрофотометрии в пламени ацетилен-кислород обогатленном кислородом и методом дифференциальной фотометрии.

Результаты исследования

Исследование ультраструктуры дентина зубов человека на различных стадиях воспаления пульпы показали, что уже на ранних этапах воспалительной реакции происходит изменение морфоструктуры дентина на ультрамикроскопическом уровне. Это подтверждается результатами изучения дентина в электронном микроскопе. Имеется выраженная, но неравномерная по объему твердых тканей деформация дентинных канальцев и формы их просвета, облитерация его уже на 6 – 14 сутки воспаления пульпы. В остром периоде происходит выраженная гидратация парапульпарного и средних слоев дентина. При этом основное вещество получает избыток растворенных в дентинном ликворе веществ и ионов, обуславливающих кислую реакцию среды. Изменение рН дентинного ликвора приводит к нарушению минералоорганических связей с разрушением кристаллоорганической структуры, потерей валентностей фибриллярного аппарата, за счет которых формируются кристаллоагрегаты апатита кальция и происходит минеральный об-