

Применение высоких доз глюкокортикоидных препаратов в виде пульс-терапии у всех больных уже на 2—3-и сутки устраняло такие симптомы офтальмопатии, как чувство «песка», резь в глазах, слезотечение, светобоязнь, что особенно было заметно у больных с выраженным отеком синдромом офтальмопатии. В процессе дальнейшего лечения у 21 больного достигнуто уменьшение экзофтальма (от 0,5 до 3 мм); у 20 больных возросла подвижность глазных яблок. Как любое аутоиммунное заболевание, АИО требует проведения довольно длительной поддерживающей терапии. После 2—3-месячного курса глюкокортикоидной терапии больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (метиндол, ортофен и др.) сроком на 4—6 месяцев; в процессе лечения больные находились под наблюдением эндокринолога и окулиста.

На фоне применения высоких доз глюкокортикоидов, как и ожидалось, происходило угнетение функции коры надпочечников, о чем свидетельствовало снижение уровня АКТГ и кортизола в крови. В дальнейшем, при плавном снижении дозы преднизолона, применяемого внутрь, и после завершения курса лечения (через 2,5—3 мес.), у всех больных, по данным гормональных исследований, функция коры надпочечников восстановилась до исходного состояния. В связи с прогрессированием клиники офтальмопатии 3 пациента были повторно госпитализированы через 6 месяцев, один — через один год. После повторного курса лечения (пульс-терапия

глюкокортикоидами с параллельным применением пероральной терапии) глюкокортикоидами удалось добиться стойкой клинической ремиссии. В ряде случаев (у 5 больных) с целью сохранения достигнутой ремиссии заболевания хорошие результаты дали повторные курсы (3-дневные) пульс-терапии через каждые 1—1,5 месяца на протяжении 4—5 месяцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зефирова Г. С., Кондратьева Л. В., Войчек Э. А., Климов Н. И. II Всероссийский съезд эндокринологов.—Челябинск, 1991.
2. Кандрор В. В., Бирюкова М. П., Крыкова Н. В. и др. // Пробл. эндокринологии. № 4.—С. 78—83.
3. Руководство по клинической эндокринологии. / Под ред. акад. В. Г. Баранова.—Л., 1977.
4. Kanaly G., Schuler M., Sewell A. C. et al. // Clin. Endocrinol.—1990.—Vol. 33.—P. 35—44.
5. Shine B., Fells P., Edwards O. M., Weetman A. P. // Lancet.—1990.—Vol. 335.—P. 1261—1263.

Поступила 16.06.92.

TREATMENT OF AUTOIMMUNE OPHTHALMOPATHY SYNDROME

V. V. Talantov, E. N. Khasanov,
R. A. Shamsutdinova, I. F. Gilmullin

Summary

The treatment of autoimmune ophthalmopathy by the high doses (pulse-therapy) of glucocorticoids in terms of interrupted courses (3 days cycles in every 7—10 days and in 1—1,5 months later on) may be successfully used in clinical practice. Pulse-therapy in the treatment of autoimmune ophthalmopathy syndrome is primarily recommended in the heavy course of the disease. Roentgenotherapy on the orbit region is prescribed in case of the insufficient effect.

УДК 616.716.8—002.72—089.844

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕМИНЕРАЛИЗОВАННОГО КОСТНОГО БРЕФОМАТРИКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ И КИСТОГРАНУЛЕМ ЧЕЛЮСТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В. Е. Самсонов, Л. Т. Волова, М. В. Васильев

ЦНИЛ (зав.—проф. С. М. Бабкин) Самарского медицинского института имени Д. И. Ульянова, стоматологическое территориальное объединение № 1 (главврач—А. П. Иванов), г. Тольятти

В настоящее время все шире используется аллопластика различных дефектов челюстей после хирургических амбулаторных вмешательств. Ряд авторов при этом отдают предпочтение переработанной плодовой кости

человека в качестве пластического материала [2—4]. Имея низкую антигенность, высокие остеоиндуктивные свойства и значительную устойчивость к инфекции, брешококост вполне отвечает требованиям, предъявляемым к

пластическому материалу. В литературе также имеются сообщения об успешном применении деминерализованных брeфокостных трансплантатов для заполнения различных послеоперационных дефектов челюстей [1]. Наряду с перечисленными выше положительными свойствами брeфокости так называемый деминерализованный костный брeфоматрикс (ДКБМ) обладает большой эластичностью. Это облегчает процесс моделирования трансплантата и повышает качество заполнения послеоперационных костных полостей различной конфигурации.

Мы применяли деминерализованный костный брeфоматрикс, консервированный в 0,5% растворе формалина, для заполнения послеоперационных дефектов при хирургическом лечении околокорневых кист и кистогранулем челюстей.

В ходе исследования все больные были разделены на две группы: основную (27) и контрольную (26). Всего прооперировано 53 человека в возрасте от 19 до 52 лет. Из них у 28 была околокорневая киста, у 25 — кистогранулема челюсти. У 46 больных патологический процесс локализовался на верхней челюсти, у 7 — на нижней. Оперативное вмешательство сделано амбулаторно, в условиях операционной.

В основной группе больных после удаления кистозной оболочки, ее содержимого и резекции верхушек корней производили ультразвуковую обработку (УЗ) послеоперационной костной полости с целью более эффективной антимикробной обработки воспринимающего костного ложа. Озвучивали на УЗ-генераторе УРСК-7Н-18 при помощи цилиндрических волноводов через 0,2% раствор хлоргексидина в течение 1—1,5 минут с амплитудой 30—35 мкМ и частотой 26,3—26,9 кГц. После этого высушенную костную полость заполняли измельченным пластинчатым трансплантатом из ДКБМ, уплотняли штопфером и достигали гемостаза. На рану накладывали швы из полиамидной нити. В послеоперационном периоде при наличии признаков нагноения операционной раны назначали сульфаниламиды и антибиотики перорально в сочетании с физиотерапией. У больных контрольной группы УЗ-обработку раны и какую-

либо пластику послеоперационных дефектов не производили.

Осложнения в виде нагноения операционной раны мы отметили у одного (3,7%) больного основной группы и у 2 (7,6%) — в контроле. Случаев отторжения брeфотрансплантата не наблюдали. Сроки нетрудоспособности больных после операции в обеих группах варьировали от 3 до 6 дней. Отдаленные результаты прослежены клинически и рентгенологически в сроки от 3 месяцев до 2 лет. По данным рентгенологического обследования, сроки репаративной регенерации кости на месте бывшего дефекта у больных основной группы заметно сокращались. Так, к исходу 4—6 месяцев на контрольных рентгенограммах определялось полноценное замещение места бывшего дефекта кости новообразованной костной тканью. Рентгенологически регенерат имел мелкопетлистый вид и визуально не отличался от окружающей костной ткани. У больных контрольной группы эти процессы заканчивались к исходу 9—15 месяцев.

Мы полагаем, что деминерализованный костный брeфоматрикс является вполне приемлемым костнопластическим материалом для заполнения послеоперационных дефектов челюстей в амбулаторных условиях. По видимому, благодаря устойчивости ДКБМ к инфекции и использованию низкочастотного ультразвука, воспалительные осложнения возникают довольно редко. Кроме того, высокие остеиндуктивные свойства ДКБМ значительно ускоряют процессы репаративной регенерации. Следовательно, данный костнопластический материал можно рекомендовать для широкого применения в амбулаторной стоматологической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волова Л. Т., Трунин Д. А. Новые технические решения в стоматологии.—Куйбышев, 1990.
2. Паникаровский В. В., Григорьян А. С., Семкин В. А. и др.//Стоматология.—1988.—№ 6.—С. 22—24.
3. Розколуна А. А. Костная брeфопластика дефектов челюстей в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—Калинин, 1989.
4. Татинян В. Г., Андриясян Л. Г., Дадурян П. А. Труды ЦНИС.—М., 1989.

Поступила 12.08.92.

USE OF DEMINERALIZED OSTEOAL
BREPHOMATRIX IN THE TREATMENT OF
ROOT END CYSTS AND
CYSTOGRANULOMAS OF THE JAW BONES
IN CLINIC

V. E. Samsonov, L. T. Volova, M. V. Vasilyev

Summary

The reduced transplant made from fruit bones by demineralization and preserved in 0,5%

formalin solution is used in the treatment of root end cysts and cystogranulomas of the jaw bones. The absorbing osteal bed and transplant are subjected to ultrasonic treatment before forthcoming osteal brephoplasty. Osteal brephoplasty is applied in 39 patients. Control group consists of 26 patients. The results show the presence of pronounced osteoinductive, bioplastic and antimicrobial properties as well as the reduction of antigenic properties in the plastic material.

УДК 616.895.8

НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ
ПИРАЦЕТАМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Д. Г. Семенихин, А. М. Карпов, А. Л. Мавзютов, И. Е. Зимакова,
Н. С. Макаричков

Кафедра клинической фармакологии (зав.—проф. И. Е. Зимакова)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина,
Республиканская психиатрическая больница (главрач — Н. С. Макаричков) МЗ РТ

Вопрос о целесообразности применения ноотропных средств при лечении больных параноидной шизофренией окончательно не решен. Врачи, назначая пираретам с целью уменьшения астеноадиномической симптоматики, вегетативных расстройств, улучшения переносимости психотропных средств, повышения физической и психической работоспособности у своих пациентов, испытывают определенные затруднения. Использование этого препарата может внести новые компоненты в клиническую картину и ухудшить таким образом состояние больных — усилить продуктивную симптоматику, нарушить сон, вызвать агрессивность. Поэтому необходимо иметь четкие клинические критерии, уточненные сведениями о патофизиологических и нейрохимических механизмах болезни, ибо именно нейрохимические процессы патогенеза сопряжены с фармакологическими эффектами препаратов. Такие исследования, требующие мультидисциплинарного подхода, контроля функциональной активности всех медиаторных систем, когда-нибудь станут доступными. В настоящее же время у практических врачей имеется возможность решать все вопросы исходя из анализа клинических проявлений болезни. С этой целью мы проанализировали психопатологические изменения у больных шизофренией при лечении их пираретамом.

Наблюдения проведены в процессе

лечения в стационаре 53 больных — 22 мужчин и 31 женщины в возрасте от 23 до 49 лет с параноидными и галлюцинаторно-параноидными расстройствами. Кроме расстройств психогического уровня, у них имелись проявления заболевания непсихотического уровня — невротические, астенические и депрессивные компоненты.

Пираретам назначали в таблетках по 0,2 г в суточной дозе 3,6 г с целью коррекции побочных эффектов нейролептиков и адаптации больных к труду. Выраженность психопатологических проявлений оценивали количественно по трехбалльной шкале в соответствии с «Методическими указаниями по клиническому изучению новых лекарственных средств» (1980) до и на 5-й день после добавления пираретама к нейролептической терапии (см. табл.)

Из таблицы видно, что включение в медикаментозную терапию больных шизофренией пираретама уменьшало выраженность астенических и астено-депрессивных нарушений. Эти психопатологические проявления имеют общность в том, что они относятся к непсихотическому уровню и обусловлены преимущественно недостаточностью ГАМК-ергических процессов. Пираретам, как известно, хорошо устраняет все признаки ГАМК-дефицита.

Проявления шизофрении психотического уровня (как продуктивные, так и дефицитарные) на фоне пираретама у обследованных больных усилива-