

А. А. Петросян, В. Г. Татинцян, Л. Г. Андреасян, С. А. Байбуртян, М. И. Геворкян

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПУЛЬПИТОМ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Пульпа зуба закономерно связана с состоянием здоровья человека, поэтому проблема диагностики и лечения различных форм воспаления пульпы актуальна и в настоящее время. Однако эффективность лечения не может быть полноценной без учета защитно-приспособительных механизмов, которые обеспечивают высокую жизнеспособность организма. Особое значение имеет исследование иммунного статуса больного, так как известно, что пульпит может протекать с изменением реактивности организма, в том числе иммунологической [4]. В то же время иммунореактивность при пульпитах изучена недостаточно. Скучные данные в основном посвящены изучению некоторых показателей реактивности организма при лечении пульпита и взаимосвязи с общим состоянием организма [2, 3]. Немаловажен факт влияния некоторых пломбировочных материалов на общее состояние организма, так как в них содержатся вещества, токсичные для организма: резорцин-формалиновая паста, цинк-эвгеноловая паста, эндометазон, эподент и т. д. [1, 5, 9, 10]. Это диктует необходимость изыскания новых пломбировочных материалов при лечении пульпитов и периодонитов, лишенных перечисленных недостатков.

В данной работе мы задались целью определить некоторые показатели неспецифической резистентности организма при остром диффузном пульпите, которые выступают в качестве барьера на пути внедрения чужеродных тел—активность комплемента по 100% гемолизу [6], поглощательная способность фагоцитирующих нейтрофилов—по фагоцитарному индексу и фагоцитарному числу.

У больных с острым диффузным пульпитом исследовалась кровь, которая забиралась из локтевой вены в количестве 5—7 мл до лечения (I гр.) и спустя месяц после лечения (II гр.).

Контрольную группу составили здоровые без соматических патологий. Данные, статистически обработанные по методу Стьюдента, приведены в таблице.

Тесты	I гр. (до леч.)	II гр. (по ле леч.)	P	Контроль	P
Фаг. инд.	$0,83 \pm 0,1$	$0,58 \pm 0,08$	$< 0,05$	$0,94 \pm 0,12$	$\leq 0,05$ $< 0,02$
Фаг. число	$33,1 \pm 4,7$	$25,14 \pm 2,7$	$< 0,01$	$29,4 \pm 2,8$	$\leq 0,5$ $< 0,2$
Титр комплемента	$0,89 \pm 0,025$	$0,32 \pm 0,026$	$< 0,05$	$0,242 \pm 0,024$	$\leq 0,001$ $< 0,02$

Из данных таблицы следует, что до лечения поглотительная способность нейтрофилов почти соответствует контрольным цифрам, а спустя месяц наблюдается статистически достоверное снижение ( $P < 0,05$ ) фагоцитарной активности лейкоцитов по сравнению с контрольными цифрами ( $P < 0,05$ ). При сравнении полученных данных в сроки до и спустя месяц после лечения также наблюдается снижение фагоцитарного индекса и фагоцитарного числа в 1,3 раза, а также снижение титра комплемента при сравнении с контролем.

Таким образом, нами выявлено изменение со стороны иммунореактивности у больных с острым диффузным пульпитом, причем после лечения снижение изучаемых показателей усиливается. Очевидно, это связано с наличием ионов цинка, которые ускоряют разрушение комплемента [8]. Повышение фагоцитарной активности нейтрофилов до лечения связано с воспалительным процессом, который сопровождал начало пульпита задолго до клинической картины.

Кафедра терапевтической стоматологии и НИЦ ЕрМИ

Поступила 19. IV. 1994 г.

Ա. Ա. Պետրոսյան, Վ. Գ. Տատինցյան, Լ. Գ. Անդրեասյան, Ս. Ա. Բայբուրտյան  
Մ. Ի. Գևորգյան

ԲՈՒԻՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ՍՈՒՐ ՊՈՒԼՊԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԳՆԵՐԻ ՕՐԳԱՆԻԶՄՆԵՐԻ  
ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ՌԵԶԻՍՏԵՆՏՈՒԹՅԱՆ ՈՐՈՇ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ

Հետազոտվել են սուր դիֆուզ պուլպիտով հիվանդների ֆագոցիտոզ նեյտրոֆիլների կլանիչ ունակությունը և կոմպլեմենտի ակտիվությունը՝ ցինկ-էվգենոլային մածուկով բուժումից առաջ և հետո:

Բոլոր հետազոտված ցուցանիշները փոփոխված էին:

A. A. Petrossian, V. G. Tatintsian, L. G. Andreassian,  
S. A. Baibourtian, M. I. Gevorkian

### Some Indices of Nonspecific Resistance of the Organism in Patients with Acute Pulpitis during Therapy

The complement activity and absorption ability of the phagocytous neutrophils have been studied in patients with acute diffuse pulpitis before and after zincoxide—eugenol paste therapy. Changes of all investigated indices have been observed.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вайс С. В. Болезни пульпы зуба, М., 1959. 2. Зорина В. В. Воспалительные процессы челюстно-лицевой области и их последствия. Краснодар, 1983. 3. Зорина В. В., Скальская Л. В. Воспалительные процессы челюстно-лицевой области и их последствия. Краснодар, 1983. 4. Иванов В. С., Урбанович Л. И., Бережной В. С. Воспаление пульпы зуба, М., 1990. 5. Кундзыня Р. С., Королева О. Н., Штей-

гарт М. Э. Стоматологич. помощь. Рига, 1983, 6. Петров Р. В. Механизмы иммунопатологии. М., 1983, 7. Подопригора Г. И., Андреев В. Н. ЖМЭИ, 1967, 1, с. 19, 8. Резникова А. С. В кн.: Комплемент и его значение в иммунологических реакциях. М., 1967, 43. 9. Kenneth Markowitz, Michael Moynihan Mintsat Liu, Syngcuk Kim Oral surgery, oral med. and oral pathol. with sections on and maxillofacial radiol. and endontics, 1992, 73, 6, 216. 10. Dag Orstavik, Ivar A. Mjor. Oral surgery, oral med. and oral pathol. with sections on and maxillofacial radiol. and endontics, 1992, 73, 3, 337.

УДК 616.716.8—001.5

Ю. М. Погосян

#### ВНУТРИРОТОВОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ П-ОБРАЗНОЙ СКОБЫ

Несмотря на разнообразие существующих методов оперативного лечения переломов нижней челюсти, поиск эффективных способов фиксации отломков продолжает оставаться в центре внимания хирургов-стоматологов. В настоящее время наибольшее распространение получили разные способы внеротового остеосинтеза с применением костного шва, спиц, гвоздей, на костных рамок и пластинок. Из вышеуказанных способов наиболее часто применяется костный шов. Однако остеосинтез костным швом имеет ряд недостатков: травматичность и продолжительность операции, затруднение проведения лигатуры со стороны внутренней поверхности челюсти, разрыв лигатуры при чрезмерном скручивании концов проволоки [2]. Ряд авторов для фиксации отломков нижней челюсти применяют П-образную скобу [1—7].

Фиксация отломков нижней челюсти П-образной скобой выгодно отличается от костного шва большей прочностью, исключает возможность травмирования окружающих челюсть мягких тканей выступающими над поверхностью кости элементами шва, сокращает время оперативного вмешательства [2, 6].

Цель настоящей работы—клиническое изучение и оценка эффективности применения модифицированной нами П-образной скобы при остеосинтезе переломов нижней челюсти внутриротовым доступом.

Предлагаемая нами скоба отличается от известных тем, что она изготавливается из плоской нержавеющей стали, плечи остроконечные и с каждой стороны имеют по 3—4 шипа треугольной формы, острый конец которых направлен в сторону тела скобы (пат. предложение № 161, утвержденное ЕрМИ от 16. II. 90 г.).

Показаниями к применению П-образной скобы для фиксации костных отломков нижней челюсти внутриротовым доступом являлись линейные переломы тела нижней челюсти без смещения или с небольшим смещением отломков.

Нами было прооперировано 24 больных в возрасте от 17 до 75 лет с переломами тела нижней челюсти. После премедикации под провод