

дня актуальной и требует поиска новых научно-обоснованных подходов и методов.

Литература

1. Леус П.А., Зборовский Э.И. Социальный и экономический потенциал программ профилактики болезней полости рта в Беларуси в рамках программ СИНДИ. – Мн., 1998.-24с.
2. Леус П.А. Интегрированный подход в программах профилактики// Стоматология. – 1989. – №1. –С.82-84.
3. Колб А.В. // Организация, профилактика, новые технологии и реабилитация в стоматологии: Материалы IV съезда стоматологов Беларуси. – Витебск, 2000. – С.282-284

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ПРЕПАРАТА ИЗОФОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

А.А. Джумова, А.М. Янковская

Научный руководитель – к.м.н. *Г.С. Авдеев*

Белорусский государственный медицинский университет

Туберкулёз – актуальная проблема современной медицины. Согласно мировой статистике ежегодно от туберкулеза умирает более 3-х млн. человек [3]. Одним из факторов, затрудняющих проведение полноценного лечения, является наличие у больных туберкулезом нарушений иммунного статуса [1,4]. Большие перспективы в повышении эффективности химиотерапии больных туберкулезом открывает применение препаратов, обладающих наряду с антимикобактериальным и иммунокорректирующим действием [2,5].

Цель работы: Изучить возможности применения изофона в качестве базисного противотуберкулезного препарата для этиотропной и патогенетической терапии туберкулеза органов дыхания.

Материалы и методы: Исследуемую группу составили 67 больных с различными формами туберкулеза органов дыхания, которые находились на стационарном лечении в клинике НИИ пульмонологии и фтизиатрии МЗ РБ и республиканской туберкулезной больнице КИИ МВД РБ в 2000-2002 годах. Подавляющее большинство больных (89,6%) были мужского пола, молодого и среднего возраста (87,1%). Чаще всего (77,6%) диагностированы инфильтративный и диссеминированный туберкулез легких (13,4%). Бактериовыделение имелось в 67,7% случаев, а деструкции выявлялись у 93,5% больных. Группу сравнения составили 58 больных сходных по возрастно-половому составу, клинико-рентгенологическим и лабораторным проявлениям туберкулеза, которые проходили лечение в указанных стационарах. Химиотерапия назначалась в зависимости от клинической категории больных. В исследуемой группе вместо изониазида применялся изофон, а другие патогенетические средства не применялись.

Результаты и обсуждение: У больных с впервые выявленными формами туберкулеза положительный результат лечения отмечен через 2 месяца в 93,5% исследований и 60,0% случаев в контрольной группе. После 4-х месячного курса комбинированной химиотерапии с изофоном негативация мокроты наступила у 95% больных, а полости распада закрылись в 51,6% случаев. В контрольной группе эти показатели составили соответственно 80% и 40%. К концу 6-ти месячного курса лечения эффективность лечения среди впервые выявленных больных обеих групп сравнялась. У больных с хроническими формами туберкулеза применение изофона ускорило сроки деинтоксикации и уменьшалось интенсивность бактериовыделения. Переносимость изофона была удовлетворительной в том числе лицами пожилого возраста. Иммуномоделирующее действие изофона проявлялось через 1-2 месяца и сохранялось до 6-ти месячного курса лечения. К 4 месяцу лечения у 70% больных основной группы нормализовалось количество СД3+ и СД4+ клеток достоверно увеличилось содержание ЦИК, фагоцитарные показатели нейтрофилов крови, отмечена нормализация НСТ-теста как спонтанного, так и индуцированного БЦЖ. К 6-ти месяцам лечения изофоном отмечена тенденция к усилению пролиферативного ответа лимфоцитов на туберкулин и достоверное увеличение LPS. Произошла нормализация содержания иммуноглобулинов А, М, G, GI и E изотина, а также гаммаинтерферона.

Выводы: изофон - эффективный противотуберкулезный препарат, оказывающий этиотропное и патогенетическое действие у больных туберкулезом. Он может применяться в каче-

стве альтернативного препарата изониазиду при выраженных иммунных нарушениях и непереносимости изониазида.

Литература

2. Гуревич Г.Л. // Мед. новости- 1998. - № 8. - С. 3-9.
3. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. // Иммунология. - 2000. - № 5. - С. 4-7.
4. Хоменко А.Г. // Пробл. туб. - 1997 - №6. - С. 9-11.
5. Kaufman S.H.E. // Immunology Today. - 1995. - Vol.16. № 7.- P.338 -342.
6. Vanham G., Toossi Z., Hirsch C.S., Wallis R.S., Schwander S.K., Rich E.A., Ellner J.J. //Tubercle and Lung Disease. - 1997. - Vol. 78. № 3.-P. 145 -158.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ШТИФТОВЫХ КОНСТРУКЦИЙ

А.А. Долбик

Научный руководитель – *Н.В. Гетман*

Белорусский государственный медицинский университет

Цель работы: исследование количества и качества применения различных видов штифтовых конструкций по данным архивных ортопантограмм и денальных снимков на базе Республиканской клинической стоматологической поликлиники в течение последних 2-х лет. Анализ проводился по двум основным направлениям:

1. качество лечения корневых каналов и оценка состояния периодонта;
2. частота и качество использования различных штифтовых конструкций.

Качество предшествующего лечения корневых каналов оценивалось по следующим параметрам: пломбирование до физиологической верхушки, пломбирование с плотной obturацией, пломбирование с неплотной obturацией, пломбирование не до физиологической верхушки, отсутствие пломбировочного материала в корневом канале, выведение пломбировочного материала за верхушку, наличие деструктивных изменений в периапикальных тканях.

Анализ частоты использования и качества постановки различных штифтовых конструкций проводили по следующим критериям: частота использования различных видов штифтовых конструкций (анкеров, проволочных, литых культевых штифтовых вкладок), частота использования различных групп зубов под штифтовые конструкции, количество корней, используемых для фиксации штифтов во многокорневых зубах, соотношение коронковой и корневой частей штифта, глубина введения штифта в корневой канал, соответствие направления штифта оси зуба, наличие перфорации стенки корня, частота использования внутриканальных штифтов при реставрации пломбой и искусственной коронкой.

На основании анализа 446 реставраций с внутрикорневыми штифтами можно сделать следующие выводы:

- пломбирование корневых каналов под штифтовые конструкции отвечает всем требованиям лишь в половине случаев.
- перфорация корня встречается в 4,7% случаев.
- деструктивные изменения периапикальных тканей выявлены в каждом третьем случае независимо от вида штифтовой конструкции.
- несоответствие направления штифта оси зуба у анкерных штифтов встречается почти в два раза реже, чем среди ЛКШВ и проволочных штифтов.
- пригодными для реставрации являются лишь 25,1% штифтовых конструкций, из них качественных реставраций среди восстановлений с анкерами – 52,2%, ЛКШВ – 20,9% и проволочными штифтами – 17,0%. Различия статистически достоверно ($P < 0,01$).