гранулематозные реакции по типу инородного тела, окруженного эпителиоидными клетками с лейкоцитарной и лимфоидной инфильтрацией [8]. Особо важно всегда помнить, что гранулематозная реакция сообщает нам о гиперэргическом ответе и повышенном дальнейшем риске развития ASIA [9,10]. Также при исследовании пациентов с предположительно грамулематозными поздними узелками, биопсия показали хроническую продуктивную воспалительную реакцию, которая у некоторых лиц сохранялась даже спустя 11 месяцев после лечения. Анализ сыворотки крови этих пациентов показал наличие антител против Рестилайна и/или Hylaform в виде IGA, E [11]. На сегодняшний день уже многие авторы приходят к выводу, что гиалуроновая кислота способна выступать в роли адъюванта, провоцируя развития аутоиммунного воспалительного синдрома [12,13].

1. Shoenfeld Y., Agmon-Levin N. 'ASIA'—autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants. Journal of autoimmunity. – 2011. – Т. 36. – №. 1. – С. 4-8.
2. Agmon-Levin N., Hughes G. R. V., Shoenfeld Y. The spectrum of ASIA: 'Autoimmune (Auto-inflammatory) Syndrome induced by Adjuvants'. – 2012. С. 3-5.
3. Бомфорд, Р. Адъюванты / Р. Бомфорд // Биотехнол. клеток животных – М., 1989. – Т. 2 – С. 264-280.
4. Javierre BM, Hernando H, Ballestar E. Environmental triggers and epigenetic deregulation in autoimmune disease. Discov. Med. – 2012 – Т. 12. – №. 68. – С. 535–545.
5. Glycosaminoglycans in autoimmunity. Hansen C 1, Otto E, Kuhlemann K, Förster G, Kahaly GJ Clinical and Experimental Rheumatology. 1996, 14 Suppl 15: S59-67.
6. Watad A. et al. The autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA)/Shoenfeld's syndrome: descriptive analysis of 300 patients from the international ASIA syndrome registry //Clinical Rheumatology. – 2017. – С. 1-11.
7. Delayed immune-mediated adverse effects related to hyaluronic acid and acrylic hydrogel dermal fillers: clinical findings, longterm follow-up and review of the literature/ JAljotas-Reig, V Garcia-Gimenez, JEADV 2008, 22, 150–161 Journal compilation © 2007 European Academy of Dermatology and Venereology.
8. Lemperle G, Morhenn VB, Charrier U. Human histology and persistence of various injectable filler substances for soft tissue augmentation. Aesthetic Plast Surg. 2003;27(5):354-367
9. Christensen L, Breiting V, Janssen M, Vuust J, Hogdall E. Adverse reactions to injectable soft tissue permanent fillers. Aesthetic Plast Surg. 2005;29(1):34-48
10. Ghislanzoni M, Bianchi F, Barbareschi M, Alessi E. Cutaneous granulomatous reaction to injectable hyaluronic acid gel. Br J Dermatol. 2006;154(4):755-758
11. Micheels P. Human Anti-Hyaluronic Acid Antibodies: Is it Possible? //Dermatologic surgery. – 2001. – Т. 27. – №. 2. – С. 185-191.
12. Andre P, Lowe NJ, Parc A, Clerici TH, Zimmermann U. Adverse reactions to dermal fillers: a review of European experiences. J Cosmet Laser Ther 2005; 7: 171–176.
13. Duffy DM. Complications of fillers: overview. DermatolSurg 2005; 31: 1626–1633.

Кузнецов С.И., Овсянникова В.В.

Метаболическая терапия у больных артериальной гипертензией

Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н. Бурденко»

Министерства Здравоохранения РФ

(Россия, Владивосток)

doi:10.18411/spc-15-11-2017-05

idsp: 000001:spc-15-11-2017-05

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в европейской популяции колеблется от 35 до 47 % и постоянно растет. Распространенность частоты выявления АГ увеличивается с возрастом. В связи с этим растет смертность от осложнений, которые возникают из-за прогрессирования АГ во всех возрастных категориях.

Процесс старения сопровождается ростом заболеваемости сопутствующей патологии на фоне АГ. У таких пациентов, как правило, имеется несколько сопутствующих заболеваний, как почечная недостаточность, хронические обструктивные заболевания легких, сахарный диабет, анемия и другое.

В последние годы доказана роль метаболических нарушений и свободно радикальных реакций в патогенезе дисфункции эндотелия при АГ.

В этой связи одной из проблем является профилактика последствий гипоксии и оксидантного стресса в сосудах, как постоянной составляющей патологических процессов, как в миокарде, так и в головном мозге.

Дефицит энергии, являющийся основой любой формы гипоксии, приводит к ацидозу, активации свободнорадикального окисления, нарушению функций мембран клеток. Поэтому большое значение в медикаментозной профилактике развития осложнений является защита клеток и их восстановление для нормального функционирования.

С этой целью целесообразно применение антигипоксантов и антиоксидантов — средств, оптимизирующих энергообменные процессы в клетках и улучшающих функциональную активность.

К данному классу относится этилметилгидроксипиридина сукцинат. Он обуславливается антиоксидантной активностью - 3-оксипиридинов и антигипоксическим действием - сукцината. Препарат снижает потери АТФ в ишемизированных клетках и активирует процесс окислительного фосфорилирования, а это приводит к повышению сократительной активности миокарда и раннему восстановлению функций головного мозга.

Также есть данные о способности улучшать микроциркуляцию и ингибировать агрегацию тромбоцитов в организме. В результате чего, применение этилметилгидроксипиридина сукцината способствует повышению устойчивости организма к дефициту кислорода и снижает риск постишемических нарушений, что делает назначение препарата актуальным при АГ [3].

Цель работы — изучить динамику фракции укорочения (ФУ) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) этилметилгидроксипиридина сукцинат в комплексной терапии у больных с АГ.

Материал и методы

В исследовании продолжительностью 6 месяцев были включены 30 пациентов с АГ до 2 степени. В основную группу были включены 15 пациентов (7 мужчин и 8 женщин), в группу сравнения — 15 пациентов (9 мужчин и 6 женщин). Средний возраст пациентов основной группы составил $56,21 \pm 6,54$ года, группы сравнения $58,32 \pm 7,31$ года.

Критериями исключения из исследования явились: инфаркт миокарда, полная блокада левой и правой ножек пучка Гиса, перманентная форма фибрилляции и трепетания предсердий, кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная), гемодинамически значимые клапанные пороки сердца, сопутствующие хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации, онкологические заболевания, дыхательная недостаточность II – III степени, искусственный водитель ритма, постоянный прием других групп препаратов, кроме ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов, отказ пациента от проводимого лечения.

Все группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, степени АГ, приему лекарственных препаратов.

Начальная доза этилметилгидроксипиридина сукцината составила 250 мг 3 раза в день в течение 1 месяца, затем 125 мг 3 раза в день в течение 5 месяцев. Длительность участия каждого пациента в исследовании составила 6 месяцев. В схемы терапии включались ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, длительности и тяжести АГ, характеру базисной терапии. Производился контроль ФУ и ФВ по данным Эхо-КГ в начале исследования и через 6 месяцев в сравнении.

Результаты исследования обработаны с использованием пакета прикладных программ SPSS, версия 10,0. Данные представлены в средних арифметических значениях с указанием стандартных отклонений. Достоверность различий оценивали по критерию Вилкоксона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования.

Побочным явлением считали любое нежелательное изменение состояния пациента, отличное от состояния перед началом лечения, связанное или не связанное с исследуемым препаратом или препаратами стандартной терапии. Такие пациенты исключались из исследования и их данные не учитывались.

Согласно представленным данным, основная группа и группа сравнения сопоставимы по фракции укорочения (1-я группа: ФУ $28,85 \pm 1,92$ %, 2-я группа: ФУ $27,35 \pm 1,72$ %) и ФВ ЛЖ (1-я группа: ФВ $56,35 \pm 1,14$ %; 2-я группа: ФВ $57,85 \pm 1,84$ %) в день начала исследования по данным Эхо-КГ. На фоне терапии через 6 месяцев отмечена положительная динамика вышеуказанных показателей в группе сравнения.

У пациентов основной группы на фоне лечения через 6 месяцев наблюдения отмечены достоверное снижение систолического артериального давления ($p < 0,05$), снижение диастолического артериального давления ($p < 0,05$) в сравнение с группой сравнения.

Через 6 месяцев наблюдения в основной группе получено достоверное увеличение ФУ ЛЖ ($36,85 \pm 1,42$ %, $p < 0,05$) и достоверное увеличение ФВ ЛЖ ($65,78 \pm 2,84$ %, $p < 0,05$), а в группе сравнения — ФУ ($28,62 \pm 1,34$ %, $p > 0,05$) и ФВ ($56,96 \pm 1,74$ %, $p > 0,05$) остались такими же, как и в первый день исследования.

Заключение.

Включение этилмедилгидроксипиридина сукцината дополнительно к традиционной гипотензивной терапии в дозах: 250 мг 3 раза в день в течение 1-го месяца, затем 125 мг 3 раза в день в течение 6 месяцев у больных с АГ до 2 степени приводит достоверному улучшению сократительной функции ЛЖ.

1. Андреева Н.Н. Экспериментальные и клинические аспекты применения мексидола при гипоксии. Мед альманах 2009; 4: 193—197.
2. Атрощенко Е.С. Пациент с хронической сердечной недостаточностью и сохраненной систолической функцией левого желудочка. Сердечная недостаточность 2007; 6: 297—300.
3. Белая О.Л., Байдер Л.М., Куроптева З.В., Фомина И.Г. Влияние мексидола на антиоксидантный статус у больных ишемической болезнью сердца. Клин мед 2005; 10: 57—60.
4. Оковитый С.В., Смирнов А.В. Антигипоксиканты. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2001; 64: 76—80.
5. Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Heart Failure: full text (update 2005) The task force for the diagnosis and treatment of CHF of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005; 26: 2472.

Полушкина Н.А., Чиркова Н.В., Зубкова Т.В., Адамян Г.Г., Бобешко М.Н.

Проведение бактериологического исследования полости рта пациентов с сахарным диабетом при протезировании съемными конструкциями

Воронежский государственный медицинский университет им.Н.Н. Бурденко»

Министерства Здравоохранения РФ

(Россия, Владивосток)

doi:10.18411/spc-15-11-2017-06

idsp: 000001:spc-15-11-2017-06

Сахарный диабет является огромной социальной проблемой, относящийся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира. Более 230 миллионов человек в мире страдает сахарным диабетом. По данным эпидемиологических исследований в Российской Федерации в популяции населения сахарный диабет занимает 5-6%, а около 90% из этих больных составляют пациенты с сахарным диабетом 2 типа. В настоящее время реабилитация больных сахарным диабетом является сложной, многофакторной, комплексной проблемой. Считают, что диабет относится к факторам риска для развития поражения тканей пародонта. В то же