

12. Сорокина А.А. Особенности поражения слизистой оболочки полости рта у больных острой дизентерией, сальмонеллезом и пищевыми токсикоинфекциями: Автореф. дис. . . . канд. мед. наук. – Тверь, 2009. – 19 с.
13. Турская О.И., Молоков В.Д. Клиника, диагностика и лечение проявлений герпетической инфекции в полости рта: Учеб. пособие. – Иркутск: ИГМУ, 2014. – 76 с.
14. Шишелова А.Ю. Лабиальный герпес: что необходимо знать стоматологу // Профилактика сегодня. – 2014. – №17. – С. 4-9.

### Резюме

Было обследовано 156 детей больных острым и хроническим герпетическим стоматитом. Учитывался анамнез, включающий наличие и частоту герпесвирусной инфекции в прошлом. На основании опроса родителей и изучения медицинской карты ребёнка детально исследовался анамнез жизни, в том числе учитывались имеющиеся и перенесённые заболевания. На основании детального анализа частоты фоновой соматической патологии, анамнеза и данных обследования детей установлено, что факторы, способствующие развитию ОГС и обострению РГС можно разделить на следующие группы: неблагоприятный антенатальный анамнез, неблагоприятный перинатальный анамнез, частота соматической патологии; сочетанные заболевания различных органов и систем, неблагоприятный анамнез по герпес вирусной инфекции (ГВИ), а также факторы, провоцирующие данное конкретное обострение или рецидив.

В формировании рецидивирующего герпетического стоматита ведущее значение имеют хронические заболевания, приводящие к несостоятельности иммунной и защитных систем организма. Частота рецидивов существенно увеличивается под воздействием провоцирующих факторов: частые ОРВИ, вредные привычки, травмы и обострения хронических заболеваний.

Знание этиологии и патогенетических механизмов возникновения заболеваний слизистой оболочки полости рта позволяет осуществлять профилактические мероприятия, направленные на устранение факторов риска и причин развития патологии.

### Резюмеси

*Tekshiruvda o'tkir va surunkali herpetik stomatiti bilan 156 bolalar ishtirok etdi. O'rganish davomida anamnez, shu jumladan o'tmishda herpes infeksiyalari chastotasi hisobga olindi. Bemorlar ota-onalar bilan so'rov va kasallik tarixini tekshirish natijasida xayot anamnezi, mavjud va boshidan kechirgan kasalliklar tarixi o'rganildi. Somatik patologiyasi fon chastotasi, anamnezi va bolalarni tekshiruvni batafsil tahlili asosida, O'GS va SGS larni keltirib chiqaruvchi omillarni quyidagi guruxlarga ajratdik: noqulay antenatal anamnezi, salbiy perinatal anamnezi, somatik kasalliklar chastotasi; turli a'zo va sistemalarning birgalikdagi kasalliklari, herpes virusli infeksiya anamnezi noqulayligi, hamda ushbu kasalliklarni keltirib chiqaruvchi va qo'zg'atuvchi omillarni mavjudligi.*

*Qaytalanuvchi herpetik stomatiti shakllanishida surunkali kasalliklar katta ahamiyatga ega bo'lib, ular o'z navbatida immun va ximoya tizimini etarli darajada faoliyat ko'rsatmaslikka olib keladi.*

*Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari etiologiyasi va rivojlanish mexanizmlarini bilish, ularning oldini olish chora tadbirlarini ishlab chiqishga yordam beradi.*

УДК: 616.315-007.254-089.844^616-003.213-053.2/5

## АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ И ДИНАМИКА РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ



**Дусмухамедов М.З.,  
Юлдашев А.А.,  
Дусмухамедов Д.М.**

**Ташкентский  
государственный  
стоматологический институт**

В системе комплексного лечения детей с врожденной расщелиной неба (ВРН) основной является уранопластика [4]. Каждая операция – это умышленно нанесенная рана, в результате которой возникает острое воспаление. В пораженной области происходит расширение капилляров с гиперемией, появляется воспалительный отек, образование фибрина за счет агрегации тромбоцитов повышается [2,3,7,8]. Фибрин служит субстратом для соединительнотканых клеток, участвующих в регенерации. За счет увеличения уровня плазмина наблюдается возрастание уровня белков острой фазы. Реактивные белки острой фазы препятствуют образованию связи между протеазами [1,5]. Между тем, протеазы крови связываются с α2-макроглобулином (AMG) и тем самым переводят AMG в активную форму, которая связывает различные цитокины и факторы роста, такие как ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6 и др. (Birkenmeier, 2000).

Наибольшим сродством AMG обладает к TGF-β (фактор роста тромбоцитов), который играет важную роль в заживлении раны, т.е. стимулирует синтез матриксного протеина и пролиферацию фибробластов. TGF-β (цитокин) содержится в гранулах тромбоцитов и выделяется при агрегации клеток крови [6,9,10]. Последняя, повышаясь на месте повреждения тканей благодаря деятельности тромбоцитов, является хемоаттрактантом для воспалительных клеток (Chanti et al., 1993). TGF-β также стимулирует процесс рубцевания (Diamond et al., 1997).

### Цель исследования

Изучение агрегационной активности тромбоцитов и динамики реактивного белка у детей с ВРН после уранопластики.

### Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 97 детей с ВРН после уранопластики. Все дети госпитализированы в плановом порядке и оперированы щадящими методами в клинике детской хирургической стоматологии ТМА в 2004-2005 гг. В послеоперационном периоде больным назначали противовоспалительную, антибактериальную и симптоматическую терапию. В зависимости от тяжести патологии большие

Таблица Количество тромбоцитов у детей с ВРН до и после уранопластики, М±m

Группа обследованных		КТ	ААТ, %	ГАТ (II разв.), с	ГАТ (VI разв.), с	Ф, г/л	A-2-M, мг/дл
Здоровые, n=14		190,78±1,9	7,12±0,2	16,9±0,18	33,0±0,34	3,1±0,1	222,1±8,6
ВРН, n=45	до опер.	180,2±3,35	9,6±0,6*	16,8±3,1	28,6±3,6*	4,2±0,2*	170,3±9,7*
	п/опер. 3-и сут	180,6±9,7	9,4±0,43	16,2±0,26	29,2±0,89	4,0±0,21	177,4±11,3
	п/опер. 7-е сут	182,3±13,6	8,8±0,39	16,0±0,63	31,0±0,27	3,3±0,21	209,6±16,4
ВРГН-1, n=34	до опер.	186,1±34,0*	10,9±0,7*	11,8±2,9*	21,5±3,9*	4,6±0,2*	142,2±6,1*
	п/опер. 3-и сут	160,4±9,6	9,1±0,72	12,4±0,46	26,3±0,73	4,0±0,21	163,2±14,3
	п/опер. 7-е сут	180,3±16,7	8,2±0,51	14,5±0,21	28,4±0,78	3,4±0,11	189,6±12,6
ВРГН-2, n=18	до операц	158,6±40,1*	11,8±0,6*	10,23±3,7*	18,1±4,8*	4,6±0,2*	129,6±9,2*
	п/опер. 3-и сут	164,6±9,6	9,4±0,31	11,9±0,73	26,3±0,59	4,2±0,11	144,8±9,8
	п/опер. 7-е сут	180,0±12,6	8,8±0,27	12,8±0,25	29,8±0,67	3,2±0,09	181,4±12,1

Примечание. \* –  $p < 0,05$  по сравнению с контролем.

были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 45 детей с врожденной изолированной расщелиной неба (ВРН), во 2-ю группу вошли 34 ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН-1), в 3-ю группу включены 18 детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба (ВРГН-2). У больных 2-й и 3-й группы было состояние после хейлопластики.

У больных до и на 3-й и 7-й дни после операции определяли показатели гемограммы, биохимические показатели крови, проводили анализ мочи.

Показатели системы гемостаза определяли при поступлении больных в клинику, а также в процессе хирургического лечения. Кровь брали сухой стерильной одноразовой иглой из локтевой вены в пластиковую пробирку. В качестве антикоагулянта использовали 3,8% раствор трехзамещенного цитрата натрия в соотношении 9:1. Концентрацию фибриногена (Ф) определяли по Рутбергу (1961). Агрегационную активность тромбоцитов (ААТ) и гемолизат-агрегационный тест (ГАТ) в двух разведениях оценивали с помощью теста З.С. Баркагана (1988). Иммунохимическим методом на анализаторе Cobas Emiro определяли количественное содержание  $\alpha 2$ -макроглобулина (A-2-M).

Полученные результаты обработаны статистически.

### Результаты и обсуждение

У больных детей с ВРН при поступлении в клинику содержание тромбоцитов в крови было достоверно ниже, чем у здоровых детей (табл.).

Как видно из полученных результатов, у больных детей с ВРН до операции и после нее показатели гемолизат-агрегационного теста во II разведении не изменились и находились в пределах исходного. Напротив, в VI разведении показатели гемолизат-агрегационного теста повысились и составили  $31,0 \pm 0,27$  против  $28,6 \pm 3,6$  с. Гиперактивность тромбоцитов, индуцированная различными разведениями АДФ, позволяют судить о повышении их первичной агрегации.

У больных с ВРГН-1 и ВРГН-2 показатели ГАТ в двух разведениях повысились соответственно до  $14,5 \pm 0,21$  и  $12,8 \pm 1,43$  с против  $11,8 \pm 2,9$  и  $10,23 \pm 3,7$  с. При VI разведении показатели ГАТ у этих же больных имели сходную динамику.



Наблюдаемое у больных трех групп повышение агрегационной активности тромбоцитов сопровождалось появлением их активированных форм, т.е. увеличением количества тромбоцитов, вовлеченных в агрегацию, что указывает на инициацию внутрисосудистой активации тромбоцитов. Как было отмечено выше (Fava et al., 1990), при агрегации тромбоцитов, по-видимому, происходит выделение TGF- $\beta$ , находящегося в их  $\alpha$ -группах, который стимулирует собственную продукцию (ауторегуляция) (Border, 1993), тем самым увеличивая синтез в зоне повреждения тканей цитокина TGF- $\beta$ . По мнению Shanti и соавт. (1993), данный цитокин является хемоаттрактантом для воспалительных клеток. С другой стороны, данный цитокин стимулирует рубцевание (стимуляция экстрацеллюлярного матрикса). Заживление раны заканчивается тем, что в области раны в большом количестве продуцируются клеточные гликозаминогликаны. В-гликан-декорио связывает TGF- $\beta$ , препятствуя его дальнейшему синтезу (Diamond et al., 1997).

Наибольшим сродством к связыванию TGF- $\beta$  обладает  $\alpha 2$ -макроглобулин, который в виде комплекса ( $\alpha 2$ -макроглобулин-энзим-TGF- $\beta$ ) в течение нескольких минут фагоцитируется. Наблюдаемое может происходить при условии адекватной микроциркуляции на месте раны.

В наших исследованиях у больных с ВРН и особенно при ВРГН-1 и ВРГН-2 отмечают низкие значения  $\alpha 2$ -макроглобулина, которые в среднем были на 24-47% ниже, чем у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ). Низкие значения антипротеаз – AMG, видимо, не могут образовывать соответствующий комплекс (протеазы-антипротеазы-цитокин) и поэтому не могут уве-

личить на месте раны количество факторов роста тромбоцитов (TGF-β).

Таким образом, низкие значения AMG и, естественно, нарушение микроциркуляции, не могут доставить активные формы тромбоцитов на место раны и способствовать ее заживлению. В послеоперационном периоде (7-е сут) наблюдается нормализация всех изучаемых показателей у больных детей трех групп, что, видимо, обусловлено соответствующей терапией.

### Литература

1. Арипов А.Н., Фесенко Л.М. Клиническая биохимия. Методы. – Ташкент, 2000. – 271 с.
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М., Медицина, 1991. – С. 227-254.
3. Веременко К.Н., Кизим А.И. Молекулярные механизмы фибринолиза и перспективы тромболитической терапии // *Вопр. мед. химии.* – 1984. – №5. – С. 13-22.
4. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2004. – 130 с.
5. Климов А.Н., Никуличева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения. – СПб: Питер, 1999. – С. 291-360.
6. Кузин М.И., Белоцкий С.М., Костюченко Б.М. и др. Т- и В-системы иммунитета при острой гнойной хирургической инфекции // *Клин. мед.* – 1981. – №5. – С. 81-85.
7. Медведев И.Н., Даниленко О.А. Антиагрегационная активность сосудистой стенки // *Фундамент. исследования.* – 2010. – №3. – С. 101-106.
8. Петровский Б.В., Чазов Е.И. Актуальные проблемы гемостазиологии. – М.: Наука, 1979. – 198 с.
9. Рахимов Ч.Р., Якунин Г.А., Грачева Т.Н. Значение перекисного окисления липидов в изменении гемостаза при гнойно-воспалительных процессах // *Физиология и гистология гемостаза.* – Полтава, 1992.
10. Шейбак Л.Н. Особенности липидного обмена и перекисное окисление липидов у новорожденных детей при ожирении у матерей // *ГрГМУ.* – 2004. – №1 (5).

### Резюме

Изучена динамика реактивного белка и агрегационная активность тромбоцитов после уранопластики у детей с врожденной расщелиной неба. Определена высокая агрегационная активность тромбоцитов и низкие значения α2-макроглобулина.

### Summारे

After uranoplasty were studied the activity of trombocytes and dynamics of reactive protein. There was revealed the increasing data of alpha-2 macroglobulin and activity of agregation of the trombocytes then in normal condition.

УДК: 616.5-089.844]-072.7

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ БАЛЛОННОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ



**Амануллаев Р.А.,  
Искандарова Д.З.,  
Касымов Т.О.**

**Ташкентский  
государственный  
стоматологический институт**

Рубцовые деформации лица и шеи представляют собой тяжёлые последствия ожоговой травмы, способные негативно повлиять на социальную адаптацию больного. По данным мировой статистики, ежегодно регистрируются около 700 тыс. обожженных, из них около 180 тыс. госпитализируются, у большинства остаются тяжелые рубцовые деформации и контрактуры. По данным С.П. Пахомова (2006), из 368 детей с последствиями ожогов деформации лица наблюдались у 22,7%, сочетанные (преимущественно в области лица и кисти) – у 27,3%. Обширные и глубокие рубцы на лице вызывают в зависимости от локализации тяжелые обезображивающие деформации и функциональные нарушения. Наиболее выраженные из которых – рубцовый выворот век, микростома, грубые обезображивающие рубцы наружного носа, ушных раковин и др.

Большую практическую значимость и наиболее выраженный эффект при устранении обширных рубцовых деформаций получил метод баллонной дермотензии. Он дает возможность получить достаточный запас тканей вблизи рубцовой деформации для последующего закрытия. Однако данный метод имеет ряд недостатков. Как указывают многие исследователи, это в первую очередь разрыв или перфорация тканей, воспаление ложа эндозекспандера и концевой некроз растянутой ткани.

Частота различных осложнений при баллонном растяжении тканей колеблется от 5 до 43% (Мороз В.Ю., Шаробаро В.И., 2000; Cunha M.S. et al. 2002; LoGiudice J., Gosain A.K. 2003; Ezzoubi M. et al., 2003), а иногда и до 69% (Antonyshyn O. et al., 2005). Кроме того, недостатком этого метода является значительная продолжительность – не менее 2-3 месяцев (Pusic A.L., Cordeiro P.G., 2003). Получая в результате баллонной дермотензии тканей большое количество осложнений, многие хирурги суживают показания к ней, не уделяя, однако, достаточного внимания анализу их причин.

В последние два десятилетия одну из ведущих позиций в диагностике заболеваний ЧЛО заняла ультразвуковая диагностика. Ультразвуковые методы являются единственной неинвазивной, высокоинформативной, не имеющей