

$$Dh = 12,18 - 0,045 \cdot X1 - 0,13 \cdot X2 + 0,1 \cdot X3 + 0,475 \cdot X4 + 0,04 \cdot X5;$$

- для женщин

$$Dv = -0,675 + 0,055 \cdot X1 + 0,02 \cdot X2 - 0,025 \cdot X3 + 0,07 \cdot X4 + 0,12 \cdot X5;$$

$$Dh = 0,11 + 0,03 \cdot X1 + 0,115 \cdot X2 + 0,025 \cdot X3 + 0,04 \cdot X4 - 0,075 \cdot X5.$$

Методом трансназальной фиброларингоскопии на телеэкране определяется на фонации расстояние между голосовым отростком черпаловидного хряща парализованной ГС до средней линии (L). Полученные значения (Dh, Dv и L) в миллиметрах вводятся в формулу для определения объема вводимого импланта (мл):  $V = 0,00052 \cdot Dv \cdot Dh \cdot L$ . Методом прямой микроларингоскопии шприцом Брюнинга в область верхней поверхности парализованной ГС вводится рассчитанный объем импланта на глубину 3-4 мм кпереди от прикрепления голосового отростка ЧХ, отгесняя вестибулярную складку.

Предлагаемым способом к настоящему времени в клинике прооперированно 6 больных с хорошими результатами. Оперированные по изложенной методике больные разделились следующим образом: 4 женщины и 1 мужчина относились к мезоморфам с промежуточным вариантом шеи, 1 мужчина – брахиморф с короткой и толстой шеей. Все больные поступили с диагнозом: «Односторонний паралич гортани. Состояние после гемитиреоидэктомии» с жалобой на осиплость голоса. По антропометрическим параметрам методом множественной линейной регрессии для каждого больного были рассчитаны базовые расстояния и недостающий объем импланта для медиализации парализованной ГС. Во время операции методом прямой микроларингоскопии шприцом Брюнинга вводился рассчитанный объем импланта («Нолтрекс» или «Аргиформ»). В послеоперационном периоде не требовалось дополнительного введения импланта в ГС, передозирования вводимого вещества с явлениями стеноза гортани не отмечалось. После стихания реактивных явлений проводилась коррекционная работа, направленная на формирование нового стереотипа голосообразования: дыхательные и голосовые упражнения. Пациенты были выписаны на 10 суток после операции с улучшением громкости голоса с 46 до 80 дБелл. В отдаленном послеоперационном периоде (через 1-1,5 года) межскладочный просвет не изменился, во время фонации отмечалось полное смыкание и синхронная вибрация ГС, громкость голоса не ухудшилась.

**Заключение.** Предварительно рассчитанный объем импланта с учетом антропометрических и данных трансназальной ларингоскопии позволяет добиваться полной реабилитации голоса пациентов, не требует повторной инъекции

и исключает риск передозирования с развитием стеноза гортани. Клиническое применение способа инъекционной медиализации ГС у больных с односторонними параличами гортани подтвердило его эффективность и позволяет рекомендовать к внедрению в клиническую практику.

#### Список литературы

1. Василенко Ю.С. Голос. – М.: Энергоиздат, 2000. – С. 248-255.
2. Карпищенко С.А., Ермаков В.Н., Карпенко А.В. Оценка эффективности лечения рубцовых стенозов гортани // Новости оторинолар. и логопатол. – СПб, 1999. – №1(17). – С. 115-116.
3. Николенко В.Н. Конституциональная ларингостеро-топметрия в хирургическом лечении срединных стенозов гортани / В.Н Николенко, О.В. Мареев, С.В. Старостина. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2007. – 143 с.
4. Новицкая Н.В. Применение инъекционной имплантационной микрохирургии при лечении больных с функциональными и органическими дисфониями // Российская оториноларингология. – 2008. – Приложение № 3. – С. 436-441.
5. Пат. № 48738 РФ, МКИ А 61 В 1/00 Стереотопометр / О.В. Мареев, С.В. Старостина (РФ; ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ» Росздрава). – № 2005119006; Заявл. 20.06.05; Оpubл. 10.11.05; Бюл. № 31, С. 1-2.
6. Maragos N.E. The posterior thyroplasty window: anatomical considerations // Laryngoscope. – 1999. – Vol. 109. – P. 1228-1231.
7. Nawka T., Hosemann W. Gestörte Stimme. Chirurgische Verfahren // Laryngo-Rhino-Otol. – 2005. – Vol. 84, №1. – P. 201-212.
8. Rosen C.A., Thekdi A.A. Vocal cord augmentation with injectabl calcium hydroxylapatite: short-term results // J Voice. – 2004. – №18: 3. – P. 387-391.
9. Umeno H., Shirouzu H., Chitose S., Nakashima T. Analysis of voice function following autologous fat injection for vocal fold paralysis // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2005. – №132: 1. – P. 103-107.

### ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЛА-ФЕНОТИПА

Трухан Л.Ю., Трухан Д.И

Омская государственная медицинская академия,  
Омск, e-mail: dmitry\_trukhan@mail.ru

**Цель.** Выявить возможную связь изменений органов и тканей полости рта у больных сахарным диабетом I типа с антигенами системы НЛА.

**Методы.** В исследование были включены 92 больных сахарным диабетом I типа (48 женщин и 44 мужчины) в возрасте от 14 до 30 лет. У обследованных пациентов оценивали интенсивность кариеса по величине индексов КПУ, КПУП; состояние тканей пародонта по величине индекса РМА, определяли в ротовой жидкости содержание лизоцима, IgA, s- IgA. Идентификацию антигенов системы НЛА локусов А, В и С проводили методом комплемент-зависимой цитотоксичности.

**Результаты.** Выявлена зависимость достоверного повышения индексов интенсивности кариеса у больных сахарным диабетом I типа с увеличением возраста больных, с более ранним возрастом дебюта заболевания, с большей продолжительностью болезни, с наличием диабетической микроангиопатии и полинейро-

патии, и при обнаружении в фенотипе антигенов HLA A1, B5, B7. Достоверное повышение индекса PMA было отмечено в зависимости от возраста больных, возраста дебюта заболевания, длительности заболевания, наличия диабетической микроангиопатии, присутствия в фенотипе антигена HLA B8. Величина индекса PMA была достоверно ниже у пациентов, в фенотипе которых присутствовали антигены HLA A1, A2, Cw3. Достоверно повышено содержание в ротовой жидкости IgA при наличии Cw2, s-IgA

при наличии A1, лизоцима при наличии антигенов B8, Cw2, Cw3 по сравнению с пациентами у которых указанные антигены в фенотипе отсутствовали. Достоверно снижено содержание в ротовой жидкости s-IgA при наличии A2, лизоцима при наличии антигенов A1, A2, Cw1.

**Заключение.** Выявленные взаимосвязи позволяют предполагать возможное наличие генетической обусловленности изменений состояния органов и тканей полости рта у больных сахарным диабетом I типа.

### Фармацевтические науки

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА УРДОКСА® В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА

Викторова И.А., Трухан Д.И., Волкова И.С.  
Омская государственная медицинская академия,  
Клиника «Интервакс», Омск,  
e-mail: dmitry\_trukhan@mail.ru

**Цель.** Оценить эффективность нового российского препарата урсодезоксихолевой кислоты – урдокса® (ЗАО «Фармпроект», СПб, Россия) в лечении билиарного сладжа.

**Методы.** В исследование были включены 31 женщина в возрасте от 32 до 51 лет. У всех обследованных пациенток был выявлен билиарный сладж (БС) по данным ультразвукового исследования (УЗИ), сохраняющийся по данным предыдущих УЗИ на протяжении 1 года и более. По УЗИ БС с наличием микролитов был у 4 пациенток, БС с наличием замазкообразной желчи у 23 пациенток, БС с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами – у 4-х пациенток. В клинической картине у всех пациенток отмечались симптомы билиарной диспепсии и умеренные болевые ощущения или чувство тяжести в правом подреберье. Всем пациенткам были даны немедикаментозные рекомендации: регулярный прием пищи каждые 3-4 часа, исключение длительных периодов голодания, прием достаточного количества жидкости (не менее 1,5 л в день), слепые дуоденальные зондирования с минеральной водой «Омская-1». Дополнительно пациенткам был назначен российский препарат урсодезоксихолевой кислоты урдокса® (ЗАО «Фармпроект», СПб, Россия) в дозе 10 мг/кг, однократно на ночь в течение 3-х месяцев.

**Результаты.** По данным УЗИ спустя 3 месяца урсотерапии отмечено исчезновение БС у 24 пациенток (77%). У оставшихся 7 пациенток, из которых у 3-х с был БС с сочетанием замазкообразной желчи с микролитами, исчезновение БС было отмечено по данным УЗИ спустя 2 месяца дополнительной терапии препаратом урдокса® в дозе 15 мг/кг. Следует отметить, что исчезновение БС у всех пациенток сопровождалось купированием симптомов билиарной дис-

пепсии и болевого синдрома. Улучшение клинической симптоматики, в большинстве случаев, наступало на 3-4 неделе урсотерапии. Изменений показателей функциональных проб печени спустя 3 месяца терапии у всех наблюдавшихся пациенток отмечено не было.

**Заключение.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности препарата урсодезоксихолевой кислоты – урдокса® (ЗАО «Фармпроект», СПб, Россия) в лечении билиарного сладжа.

#### НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТА «МЕРКУРИД

Маланьин И.В., Дмитриенко И.А.,  
Донских Е.Ю.

Кубанский медицинский институт, Краснодар,  
e-mail: malanin-dent@mail.ru

На сегодняшний день одна из важнейших задач современной стоматологии – поиск наиболее эффективных средств борьбы с заболеваниями периодонта. В патогенезе болезней периодонта, протекающего на фоне воспалительного пародонтита, наряду с иммунологическими и метаболическими нарушениями, одним из ключевых признан сосудистый фактор, так как система микроциркуляции вовлекается в патологические тканевые реакции на ранних этапах заболевания. Поиск средств, способствующих улучшению кровоснабжения и восстановлению нарушенного обмена в пародонте остается актуальным вопросом стоматологии. Такое лекарство как «Меркурид» способно связываться с рецепторами лимфоцитов и, дальнейшие события идут по пути пролиферации с повышением рецепторной чувствительности лимфоцитов. Повышение рецепторной чувствительности лимфоцитов связано с тем, что «Меркурид» освобождает поверхностный рецепторный аппарат иммунокомпетентных клеток от блокирующих его иммунных комплексов и других токсических агентов.