

Заключение

В результате проведенного исследования выявлено, что адаптированные нами варианты шкалы Тейлора и методики Шафранской могут быть самостоятельно использованы в условиях стоматологической поликлиники. Этот тест с высокой степенью надежности дает возможность обнаружить латентные состояния, не поддающиеся диагностике другими методами, включая самооценку и экспертную оценку врачом. Проведенная дифференцировка больных по группам позволяет определить степень выраженности психоэмоционального компонента и нуждаемость больных в его коррекции.

Список литературы

1. Арутюнов А.В., Боднева С.Л. Профессиональный стресс и синдром эмоционального выгорания у врачей-стоматологов. Методы его профилактики. – Краснодар: Советская Кубань, 2006. – 92 с.
2. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. – СПб.: Питер, 2001. – 278 с.
3. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. – М.: Генезис, 2001. – 128 с.
4. Волков Б.С., Волкова Н.В. Психология развития человека. – М.: Академ. Проспект, 2004. – 224 с.
5. Карелин А.А. Психологические тесты в 2 Т. – М.: Гуманей изд. Центр ВЛАДос, 2000. – 248 с.
6. Косенко В.Г., Смоленко Л.Ф., Чебуракова Т.А. Основы общей и клинической психологии. Учебное пособие. – Краснодар: Советская Кубань, 2000. – 343 с.
7. Менделевич В.Д. "Клиническая и Медицинская психология". Практическое руководство. – М.: "МЕД-пресс", 1999. – 592 с.
8. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов-на-Дону: "Феникс", 2000. – 318 с.
9. Шугайлов И.А., Боднева С.А. Боль, обезболивание и неотложная помощь в стоматологической практике. Учебное пособие. – Краснодар: Советская Кубань, 2009. – 162с.
10. Bori Nordelstrem "Biologically closed electric circuits" // Journal of the discoveries – 2006. – №52/3. – P.315-327.
11. Ken Vilber "Holographic Paradigm and other paradoxes" // Boston. – 2003. – P.97-108.
12. Robert O. Becker, Gary Selden "Body Electric: electromagnetism and the foundation of life" // New York. – 2004. – P.202-215.
13. Stanley Milgram "An experiment in social psychology". – StP.: Изд-во "Питер", 2000. – 336 с.

УДК 616.155.392.2-036.12:549.291]:616.314-089

НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ НА ЭТИОЛОГИЮ ЛИМФОЛЕЙКОЗА И ЗНАЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ САНАЦИИ

Цымбалов О.В.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: tsimbal_OV@mail.ru

Пациентке поставлен диагноз - хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ). В процессе предоперационного обследования в стоматологической клинике из анамнеза установлена технологическая авария при эндодонтическом лечении амальгамой и последующий длительный контакт тканей верхней челюсти с ртутью. После стоматологической хирургической санации (удаления соединений ртути) клинические признаки и лабораторные показатели ХЛЛ существенно снизились, что позволило изменить лечебную тактику на активное динамическое наблюдение. Очевидная причинно-следственная связь между фактом развития ХЛЛ и локальной аккумуляцией ртути и ее соединений, а также между устранением локальной ртутной интоксикации и купированием признаков ХЛЛ позволяет предположить, что стоматологическая амальгама может быть прямой или косвенной причиной развития ХЛЛ.

Ключевые слова: хронический лимфоцитарный лейкоз, ртуть, соединения ртути, эндодонтическое лечение, направленная регенерация кости

NEW IDEAS ON THE ETIOLOGY OF THE LYMPHOCYTIC LEUCOSIS AND THE VALUE OF DENTAL SANITATION

Tsymbolov O.V.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: tsimbal_OV@mail.ru

A patient is being diagnosed with chronic lymphocytic leucosis (CLL). In the process of preoperative survey a technological accident is revealed in anamnesis which involved endodontic treatment with amalgam and subsequent durable contact of mercury with the tissues of maxilla. After surgical sanitation (removal of the mercury compound) clinical evidence and laboratory data showed significant reduction of CLL, this allowed to change treatment plan and take dynamic observation. An obvious causal connection is estimated between the fact of CLL development and local accumulation of the mercury and its compounds. Mercury intoxication elimination and CLL signs arrest allow to assume that dental amalgam can be either direct or indirect cause for CLL development.

Keywords: chronic lymphocytic leucosis, mercury, mercury compound, endodontic treatment, directed bone regeneration

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) - злокачественное клональное, лимфопрлиферативное заболевание, характеризующееся накоплением атипичных зрелых CD5, CD19, CD23 - положительных В-лимфоцитов преимущественно в крови, костном мозге, лимфатических узлах, печени, селезенке [4]. ХЛЛ одно из наиболее распространенных онкогематологических заболеваний [4] и составляет около 3 случаев на 100 тыс. человек в год. Дебют заболевания как правило происходит в пожилом возрасте. Причина развития до конца не установлена. Предрасположенность к заболеванию передается по наследству (риск развития ХЛЛ у непосредственных родственников в 7 раз превышает популяционный). Большей части случаев ХЛЛ, если не всем, предшествует предлейкозное состояние (моноклональный В-клеточный лимфоцитоз), которое наблюдается у 5 – 10% людей в возрасте старше 40 лет [5]. В отличие от других В-клеточных лейкозов, для ХЛЛ не удалось выявить типичных хромосомных транслокаций, затрагивающих онкогены. Кроме того, крупные хромосомные перестройки редко наблюдаются на ранних стадиях заболевания, так что маловероятно, что они являются первичной причиной ХЛЛ. Однако по мере прогрессирования заболевания такие перестройки происходят: чаще всего это делеции участков хромосом 11, 13, 17 [3]. Злокачественные клетки имеют CD19/CD5/CD23-положительный иммунофенотип и низкий уровень мембранных иммуноглобулинов. Нормальные популяции В-клеток с таким

набором поверхностных маркеров неизвестны, что мешает установить, какой тип клеток может давать начало злокачественному клону при ХЛЛ. Анализ транскриптома показал, что опухолевые клетки по набору синтезируемых мРНК похожи на зрелые В-клетки, которые прошли активацию антигеном. В норме таким профилем экспрессии генов обладают В-клетки памяти и В-клетки краевой зоны лимфатических фолликулов, поэтому предполагают, что именно они могут быть предшественниками лейкозных клеток [5]. Развитие ХЛЛ под влиянием канцерогенных химических веществ и ионизирующего излучения как этиологических факторов не доказано. Тем не менее, в клинической практике врачи сталкиваются с подобными неординарными случаями.

Целью настоящего исследования явилось выявление влияния соединений ртути в качестве этиологического фактора развития ХЛЛ.

Клинический случай.

В хирургическое отделение краевой клинической стоматологической поликлиники обратилась пациентка Ш., 42 лет, с жалобами на слабость, недомогание, болезненность и дискомфорт во 2 квадранте зубочелюстной системы. Из анамнеза установлено, что около 2х лет назад проводилась радикальная гайморотомия слева, по поводу радикальной кисты с прорастанием от 24 зуба с одновременной резекцией верхушек корней и их ретроградным пломбированием амальгамой. Через неделю после операции возникло воспалительное осложнение в виде серозно-

гнояного гайморита. Было проведено противовоспалительное лечение и экстракция 24 зуба. Процесс купировался.

До вмешательства больная считала себя здоровым человеком с нормальными регулярно контролируруемыми клинико-лабораторными показателями. Сохраняющиеся продромальные явления астенического типа вызвали необходимость послеоперационного обследования. При интерпретации общего анализа крови было обнаружено существенное увеличение лейкоцитов (68 тыс./мл), относительного содержания лимфоцитов (52%). После консультации гематолога был выставлен диагноз – ХЛЛ. Больная получала заместительную симптоматическую терапию. Диагноз был подтвержден гематологическом научном центре РАМН и в Израиле. При иммунофенотипии была выявлена экспрессия маркеров В-лимфоцитов (CD5, CD19, CD23). Планировались варианты лечения как химиотерапия, иммунотерапия, трансплантация костного мозга. В ходе обследования была проведена конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ),



Рис. 1. Ортопантомограмма пациентки Щ, 42 г. при обследовании

Был выставлен диагноз – Множественные инородные тела верхней челюсти в области 24-25 зубов.

После подготовки, включающей прием коагулянтов непрямого действия и предоперационно – дидинон, в/м 2мл, препарирован слизисто-надкостничный лоскут в области 23-26 зубов. На наружной поверхности кости обнаружены инородные блестящие включения темного цвета, которые были удалены механически. Визуально препарированное костное ложе осталось "чистым". Внутренняя поверхность мобилизованного лоскута

выявлены множественные инородные включения в области операционного вмешательства. Было принято решение санировать данную область.

При обследовании стоматологического статуса существенных изменений обнаружено не было. Кожные покровы, открывание рта, глотание – без особенностей. В подчелюстной области пальпировался одиночный слабо-болезненный подвижный лимфоузел эластической консистенции, размером примерно 0,8x0,6 мм. Носороговая проба отрицательна. 24 зуб отсутствует. Слизистая оболочка полости рта в области 23-26 зубов достаточно увлажнена, незначительно болезненна при пальпации, бледно-розового цвета, из-под нее просвечиваются темно-синие пятна. При анализе ортопантомограммы (ОПГ) и конусно-лучевой компьютерной томограммы (КЛКТ) подтверждено наличие множественных милиарных металлизированных включений, располагающихся с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка (рис.1,2).



Рис. 2. Компьютерная томограмма пациентки Щ., 42 г. при обследовании

оказалась сплошь пропитанной диффузно расплывчатыми металлизированными включениями, не имеющими каких-либо границ между собой. В связи с этим было принято решение о тотальном иссечении надкостницы с сохранением мукогингивального лоскута путем его послойного продольного рассечения. Оставшаяся слизистая сохранила свою целостность и не отличалась по цвету с окружающими тканями. Постоперационные костные дефекты альвеолярного отростка компенсированы "Bio-Oss" и закрыты резорбируемой мембраной "Bio-Gide"

(Geistlich). Рана герметично ушита ПГА. На контрольных ОПГ и КЛКТ следов амальга-

мы не обнаружено (рис.3,4).

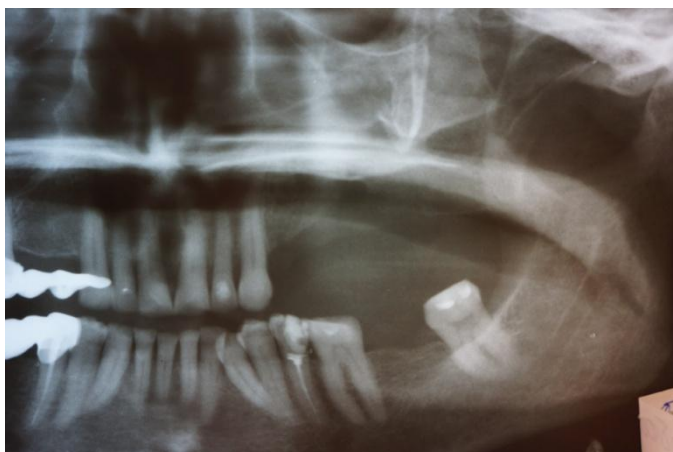


Рис. 3. Ортопантомограмма пациентки Щ., 42 г. после оперативного вмешательства

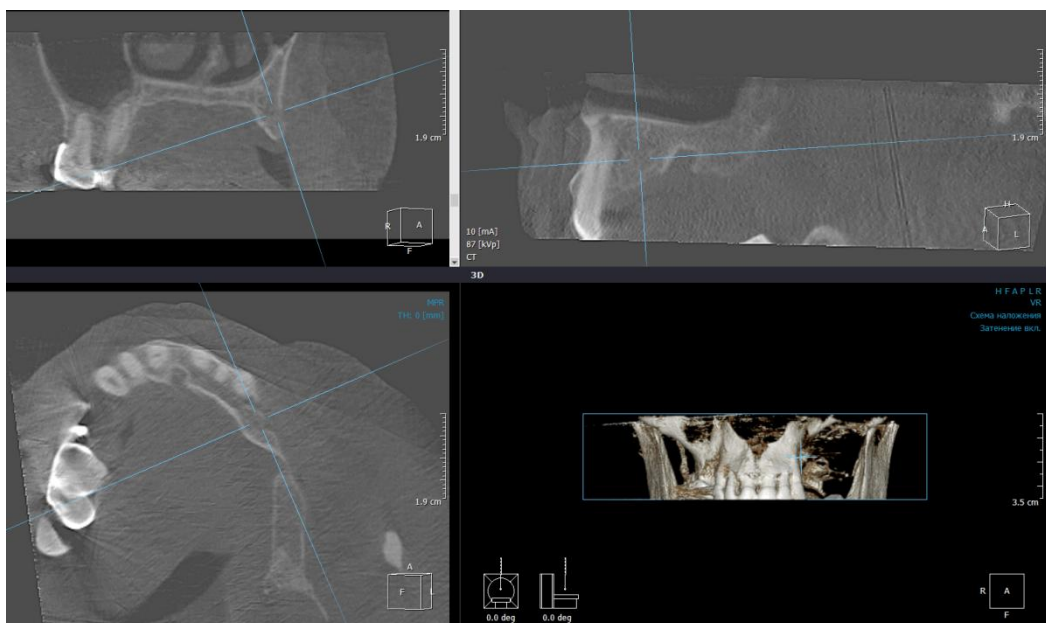


Рис. 4. Компьютерная томограмма пациентки Щ., 42 г. после оперативного вмешательства

Послеоперационный период протекал удовлетворительно.

Через 2 месяца больная жалоб местного характера не предъявляла. При осмотре патологии со стороны ЧЛЮ не выявлено. При сборе анамнеза установлено, что за прошедший период улучшилось общее состояние, лейкоцитоз снизился вдвое, уменьшилось процентное содержание лимфоцитов. В связи с этим в гематологическом центре принято решение об активном динамическом наблюдении. Обследование через 1 и 2 года констатировали стабильно удовлетворительное состояние.

Заключение

Таким образом, установлено, что ХЛЛ может быть детерминирован контактом с ртутью. Предположительным механизмом возникновения ХЛЛ может быть развитие хронического микро- и меркуриализма [1,2]. В основе патогенеза отравления и действия ртути лежит блокада биологически активных групп белковой молекулы (сульфгидрильных, аминных, карбоксильных и др.), изменения мембраны эндоплазматического ретикулума, включение ртути в молекулу т-РНК. По-видимому, последнее и является непо-

средственной основой делеции участков хромосом. Учитывая возможные осложнения, ассоциированные с амальгамами и наличие альтернативных стоматологических препаратов, необходимо в схеме хирургического протокола пользоваться последними как императивом.

Список литературы

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 408 с.

2. Трахтенберг И.М., Иванова Л.А. Тяжелые металлы и клеточные мембраны // Медицина труда и пром. экология. – 1999. – № 11. – С. 28-31.

3. Chiorazzi N., Rai K. R., Ferrarini M. Chronic lymphocytic leukemia // N Engl. J. Med. – 2005. – V.8, №352. – С. 804-815.

4. Jemal A., Siegel R., Xu J., Ward E. Cancer statistics 2010 // CA Cancer J. Clin. – 2010. – V.5, № 60. – С. 277-300.

5. Gaidano G., Foà R., Dalla-Favera R. Molecular pathogenesis of chronic lymphocytic leukemia // J. Clin. Invest. – 2012. – V.10, № 122. – С. 3432-3438.

УДК 616.716.1+617.52]-002.36:616.155.34

ЦИТОХИМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ В ПРОГНОЗЕ ЧЕЛЮСТНОЙ АУГМЕНТАЦИИ

Цымбалов О.В., Евглевский А.А.

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Краснодар, e-mail: tsimbal_OV@mail.ru

Проведено клиническое и цитохимическое исследование нейтрофильных гранулоцитов (НГ) раневого экссудата у больных с флегмонами челюстно-лицевой области (ФЧЛО) благоприятного и пролонгированного постоперационного течения и у пациентов на этапах интраоральной аутогенной остеотрансплантации. У больных изучаемых групп с ФЧЛО выявлена принципиально различная динамика цитохимических показателей цитоплазмы и активности хроматина НГ. Разработан новый тканевый индекс НГ, позволяющий получить прогностический показатель постоперационного течения. Подтверждена и доказана целесообразность применения разработанного предиктора при оценке прогноза интраоральной аутогенной остеотрансплантации.

Ключевые слова: нейтрофильные гранулоциты, флегмоны челюстно-лицевой области, остеотрансплантация, прогностические показатели

CYTOCHEMICAL ACTIVITY OF NEUTROPHILIC GRANULOCYTES OF PROGNOSIS OF AUTOGENIC OSTEOTRANSPLANTATION

Tsymbalov O.V., Evglevskij A.A.

Kuban state medical university, Krasnodar, e-mail: tsimbal_OV@mail.ru

Clinical and cytochemical research of neutrophilic granulocytes (NG) in the wound exudate is made in patients with maxillofacial phlegmons favorably and prolonged treated and in patients at the stage of intraoral autogenic osteotransplantation. In the group of patients with maxillofacial phlegmons a fundamentally different dynamics of cytochemical data in cytoplasm and NG chromatin activity is identified. A new tissue NG index is developed, allowing to get prognostic data of postoperative treatment. Advisability of the predictor is confirmed and proved in evaluation of prognosis of intraoral autogenic osteotransplantation.

Keywords: neutrophilic granulocytes, maxillofacial phlegmons, osteotransplantation, prognostic data

Современные технологии позволяют использовать различные конструктивные методы лечения с целью реконструкции скомпromетированного зубо-челюстного аппарата, как в части вторичной адентии, так и де-

фицита кости. Идеальным стандартом для ремоделирования челюстной кости, утраченной вследствие инволютивной атрофии, травмы или пародонтита, является комбинация аутогенной и аллогенной транспланта-