

в среднем через 3,5 года после выявления ХГ неясной этиологии либо в рамках поиска его причины (7 больных), либо при случайном обследовании (4 больных). Среди 11 больных с моноинфекцией НУГ преобладали мужчины в возрасте до 40 лет, преобладающими факторами риска были стоматологические манипуляции (5 больных), оперативные вмешательства (3 человека), один больной употреблял в/в наркотики, у 2-х путь заражения неясен.

Среди жалоб отмечались боль в правом подреберье (81,1%), астеновегетативные (36,3%) и диспепсические (27,2%) расстройства, артралгии и геморрагические явления (18,8%); гепатомегалия, внепеченочные стигмы ХГ наблюдались у 83,3 и 54,5% больных соответственно. У половины больных активность процесса была минимальной, у 45,4% – умеренной и слабо выраженной – с незначительным холестазом (23,1±2,5 мкмоль/л по билирубину при отсутствии существенных изменений ЩФ и ГГТ) и цитолизом – 53,9±16,4 у.е. по АЛТ.

При микст-инфекции преобладало сочетание НУГ с НСУ в репликативной фазе (16 из 18-ти больных), микст В+С+G отмечена у 1 больного, В+С+G+D – у 1-го. Поводом к обследованию на НУГ явился длительный цитолиз (7 больных), у остальных 11 больных РНК НУГ выявлена при плановом обследовании.

При микст-инфекции преобладала умеренная и слабо выраженная активность процесса (61,1%) и в 2,3 - 1,7 раз чаще отмечался холестаза и цитолиз соответственно, частота гепатомегалии, внепеченочных стигм не отличалась от группы с НУГ-моноинфекцией. Степень холестаза (23,7±3,2 мкмоль/л) была на уровне моноинфекции, степень цитолиза выше – 117,2±43,7 у.е. по АЛТ (p>0,05).

Таким образом, вариантами хронической НУГ-инфекции являются как моно-, так и микст-гепатит. Моноинфекция НУГ в сроки до 5 лет протекает как в активной, так и, преимущественно, в неактивной форме, не отличаясь от течения ХГ-С. При микст-инфекции преобладает сочетание НУГ с репликативной фазой НСУ. Наличие ХГ невыясненной этиологии и ХГ-С в фазе репликации требует обследования пациента на НУГ.

#### **Эффективность применения бишофита с экстрактом пихты в местном лечении генерализованного пародонтита**

Мухамеджанова Л.Р.\*, Старцева Е.Ю.\*\*

*\*Казанский государственный медицинский университет, \*\*Поликлиника № 18, Казань*

Поиск лекарственных средств, влияющих на состояние тканей пародонта при местном лечении генерализованного пародонтита (ГП), не теряет своей актуальности. Это продиктовано необходимостью быстрого заживления пародонтальной раны и стремлением добиться стойкой ремиссии ГП.

Известно, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудка (ЯБЖ), ГП протекает особенно активно, сопровождается прогрессирующей деструкцией костной ткани пародонта и длительно сохраняю-

щимся отеком маргинальной и альвеолярной десны, десквамацией многослойного плоского ороговевающего эпителия.

Бишофит с экстрактом пихты обладает противовоспалительным действием, в основе которого лежит механизм солевой деконгестии тканей; экстракт пихты обладает антисептическим эффектом, легким раздражающим действием, тонизирует сосудистую стенку.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения бишофита с экстрактом пихты в местном лечении больных ГП.

Под наблюдением находились 24 пациента (10 мужчин и 14 женщин) в возрасте 19-49 лет с диагнозом ГП средней степени тяжести. Диагноз верифицирован методом радиовизиографической ортопантомографии. У всех больных выявлена ЯБЖ. Пациенты получили комплексное пародонтологическое лечение (общая патогенетическая терапия и местное хирургическое лечение). Больным 1 группы (12 чел.) рекомендовано полоскание раствором бишофита (в разведении 1:4) 4 раза в день в течение 3 недель. Больные 2 группы (12 чел.) бишофит не применяли. Об эффективности местного лечения бишофита судили по скорости исчезновения послеоперационного отека, вакуумной стойкости капилляров по Кулаженко, активности процессов десквамации эпителия по Ясиновскому.

Анализ полученных результатов показал, что у больных 1 группы отек уменьшался на 2 сутки, полностью исчезал на 3 сутки, в то время как у больных 2 группы на 3 и 4 сутки соответственно. Вакуумная стойкость капилляров у больных 1 группы возросла с 45,6 ± 7,1 сек до 68,4 ± 8,3 сек (p<0,05), у больных 2 группы – с 43,2±6,9 сек до 54,1 сек (p>0,05). Активность десквамативных процессов снижалась с 130,6 ± 11,4 кл/1мкл смыва до 83,8±7,5 кл/1мкл смыва (p<0,05) у больных 1 группы.

Изменение значений аналогичного показателя у пациентов 2 группы было недостоверным.

Бишофит хорошо переносился пациентами. 90% больных отмечают приятный цвет, вкус и запах препарата, 4 % пациентов отмечали снижение вкусовой чувствительности языка, которое прошло самостоятельно после отмены препарата.

Таким образом, применение бишофита с экстрактом пихты ускоряет регенеративные процессы в тканях пародонта, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию в клинической пародонтологии. Для усиления эффекта считаем возможным сочетанное применение раствора бишофита и солевых зубных паст.

#### **Состояние антиоксидантной системы крови у больных сальмонеллезом на примере каталазы эритроцитов**

Нагоев Б.С., Маржохова М.Ю.

*Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик*

К настоящему времени накопилось большое количество данных, позволяющих сделать вывод об активации процессов свободнорадикального окисления липидов у больных острыми кишечными инфек-