

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 НVG 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 ($23,1 \pm 2,5$ мкмоль/л по билирубину при отсутствии существенных изменений ЩФ и ГГТ) и цитолизом – $53,9 \pm 16,4$ у.е. по АЛТ.

При микст-инфекции преобладало сочетание НVG с HCV 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 НVG явился длительный цитолиз (7 больных), у остальных 11 больных РНК НVG 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 холестаз и цитолиз соответственно, частота гепатомегалии, внепеченочных стигм не отличалась от группы с НVG-моноинфекцией. Степень холестаза ($23,7 \pm 3,2$ мкмоль/л) была на уровне моноинфекции, степень цитолиза выше – $117,2 \pm 43,7$ у.е. по АЛТ ($p > 0,05$).

Таким образом, вариантами хронической НVG-инфекции являются как моно-, так и микст-гепатит. Моноинфекция НVG 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 НVG с репликативной фазой HCV. Наличие ХГ невыясненной этиологии и ХГ-С в фазе репликации требует обследования пациента на НVG.

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 $45,6 \pm 7,1$ сек до $68,4 \pm 8,3$ сек ($p < 0,05$), у больных 2 группы – с $43,2 \pm 6,9$ сек до $54,1$ сек ($p > 0,05$). Активность десквамативных процессов снижалась с $130,6 \pm 11,4$ кл/1мкл смыва до $83,8 \pm 7,5$ 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-

циями. Но не только степень активации этих процессов определяет течение и прогноз заболевания, но и состояние антиоксидантной защиты организма. Для диагностики липоперекисной патологии и оценки эффективности проводимого лечения принято определять в плазме крови и эритроцитах содержание продуктов перекисного окисления липидов, а также показатели антиоксидантной системы организма.

Целью работы явилось изучение антиоксидантной системы у больных сальмонеллезом. Под наблюдением находилось 26 больных гастроинтестинальной формой сальмонеллеза. Из них у 5 человек заболевание протекало в легкой форме, у 17 – в среднетяжелой и у 4 – в тяжелой. Диагноз был выставлен на основании клинико-лабораторных и инструментальных данных, а также подтвержден бактериологически высевом у 14 больных *Salm. enteritidis* и у 12 – *Salm. typhi* *murium*. Состояние антиоксидантной защиты оценивали по уровню каталазы эритроцитов по рекомендации А.И.Карпищенко (1999г.). Кровь больных обследовали в периоде разгара заболевания, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

В процессе заболевания сальмонеллезом отмечено достоверное повышение каталазы в эритроцитах с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В периоде угасания клинических симптомов, параллельно положительной динамике заболевания, наблюдалось постепенное снижение уровня активности фермента с возвращением к норме в период ранней реконвалесценции. Изучение каталазной активности эритроцитов у больных сальмонеллезом в зависимости от тяжести заболевания выявило более значительное возрастание активности каталазы в эритроцитах при тяжелой и среднетяжелой формах течения заболевания, при этом уровень каталазы эритроцитов возвращался к норме в периоде ранней реконвалесценции не зависимо от степени тяжести патологического процесса.

Полученные данные о закономерностях изменения каталазы эритроцитов у больных сальмонеллезом свидетельствуют о значительных компенсаторных возможностях эритроцитов, участвующих во внутриклеточном обмене кислорода и о значении каталазы эритроцитов, как активного внутриклеточного антиоксиданта, играющего важную роль в патогенезе данной бактериальной инфекции.

Очевидно, наблюдаемое увеличение содержания каталазы в эритроцитах имеет компенсаторное значение и зависит от тяжести заболевания, а следовательно от степени активизации процессов ПОЛ.

Эффективность иммуномодулирующего и противовоспалительного препарата тамерит в комплексной терапии бактериальных ангин

Нагоев Б.С., Абидов М.Т., Нагоева М.Х.
Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик

В последние годы для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний находят применения новый отечественный препарат тамерит, обладающий иммуномодулирующим и противовоспалительным дейст-

ствием (М.Т. Абидов, 1998; Б.С. Нагоев с соавт. 1998). С учетом этих свойств препарата поставлена задача определить эффективность тамерита в комплексном лечении больных бактериальной ангиной. Под наблюдением находилось 58 больных ангиной в возрасте 17-46 лет. В числе больных с катаральной ангиной обследовано 12 больных, с фолликулярной – 18, лакунарной – 17, флегмонозно-некротической – 7 и паратонзиллярным абсцессом-4. Больные бактериальной ангиной получали антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, кроме них вводился препарат тамерит внутримышечно по 100 мг два раза в первый день, затем по 100 мг однократно в течение трех дней. Контрольная группа составляла 50 больных, получавших антибиотики и дезинтоксикационную терапию. У всех больных изучали состояние активности лизосомальных ферментов лейкоцитов цитохимическими методами в периодах разгара заболевания, угасания клинических симптомов и ранней реконвалесценции.

В результате проведенных исследований у больных бактериальной ангиной обнаружено закономерное повышение активности кислой и щелочной фосфатазы лейкоцитов с максимальным значением в периоде разгара заболевания. В то же время выявлено значительное снижение активности миелопероксидазы и цитохромоксидазы с максимальным угнетением на высоте гнойно-воспалительных изменений в миндалинах. В периоде угасания клинических симптомов параллельно улучшению общего состояния, снижению лихорадки, уменьшению интоксикации, болей в горле, прохождению отека и очищению миндалин от гнойного налета наблюдались разнонаправленные сдвиги в изменении активности лизосомальных ферментов в сторону их нормализации в периодах ранней и поздней реконвалесценции. При этом изменения активности интралейкоцитарных ферментов зависели от стадии, степени тяжести заболевания, характера и глубины деструктивных изменений в миндалинах. Наиболее выраженные сдвиги исследуемых ферментов отмечены у больных паратонзиллярным абсцессом, флегмонозно-некротической ангиной, затем лакунарной и фолликулярной ангинами. Незначительные изменения обнаружены при катаральной форме.

Применение в комплексной терапии у больных бактериальной ангиной, кроме антибиотиков, нового противовоспалительного и иммуномодулирующего препарата тамерит приводил к более быстрому купированию клинических симптомов, уменьшению осложнений, нормализации лейкоцитарной формулы, СОЭ и показателей ферментативной активности лейкоцитов по сравнению с больными получавшими базис-терапию. Все это позволяет использовать определение показателей ферментативной активности нейтрофильных гранулоцитов как диагностический и прогностический критерий течения гнойно-воспалительных заболеваний зева и миндалин, а также для оценки полноты выздоровления и эффективности лечения. Применение противовоспалительного и иммуномодулирующего препарата тамерита в комплексной терапии больных ангинами приводит и более быстрому купированию общеклинических симптомов и регрессу местного воспалительного процесса, сокращают сроки пребывания в стационаре.