

пая кишка доступна к осмотру при разъединении участков рыхло спаянных петель тонкой кишки. Воспалительного выпота и других изменений со стороны висцеральной и париетальной брюшины не выявлено. На 25 сутки воспалительного процесса перевязанный сегмент слепой кишки полностью доступен для осмотра, сохраняются единичные участки спаянных петель за счет разрастания грануляционной ткани, заместившей более ранние наложения фибрина. Включения в диету глутамата хитозана позволяло сократить сроки резорбции воспалительного конгломерата на 10-12 дней. Механизмы такого действия сорбента подробно объясняет микроскопическая картина. Двенадцатидневная энтеросорбция хитозаном вносило ряд положительных моментов в структуру тканей, входящих в инфильтрат. На серозном покрове как тонкой, так и слепой кишки все слои восстановлены, в подслизистом слое – единичные очаговые лимфогистиоцитарные инфильтраты. В толще серозной оболочки – созревающая грануляционная ткань, уменьшение количества клеток воспалительного инфильтрата. Серозная оболочка бедна сосудами и клетками, что свидетельствовало об отсутствии экссудации в полость брюшины. Стенка слепой кишки не спаяна с соседними петлями кишечника, наслоений фибрина нет. На серозной оболочке – активная макрофагальная реакция. Появление колоний макрофагов приводило к разрыхлению и разобщению воспалительного конгломерата. После лечения к 25 суткам воспроизведения модели слои тонкой и слепой кишки восстановлены, полностью дифференцируются. На серозной оболочке слепой кишки – созревающая грануляционная ткань, единичные макрофаги. В силу стихания воспалительного процесса в брюшной полости и прекращения резорбции фибриновой матрицы, макрофаги покидают эту область.

Анализ модифицированной реакции связывания комплемента (m РСК) наглядно указал на факт персистенции бактериальных стафилококковых антигенов в периферической крови опытных и контрольных серий животных во все периоды наблюдения. Невысокие титры антигена в крови 1:16 – 1:8 указывали на умеренный уровень интоксикации, что характерно для неосложненных осумкованных процессов в брюшной полости. Результаты исследований наглядно показали различие титров бактериальных антигенов в системе воротной вены и периферического кровотока опытных и контрольных групп животных. Функция печени в качестве детоксиканта в прослеженном методе лечения была второстепенной. Тенденции к каскадному падению уровня продуктов микробной жизнедеятельности в периферической крови животных на всем протяжении воспалительного процесса не наблюдалось, что вносило предположение о малом поступлении их из зоны воспаления. Кроме того, попавшие в кровотоки антигены, обходя печеночный барьер, оседали на клетках крови и тропных к ним тканях, длительно персистировали в организме. Основная антигенная трансляция осуществлялась из просвета перевязанного сегмента слепой кишки (ядра) и незначительное количество – из брюшного экссудата и пораженных тканей. Насыщение кишки физиологическим раствором хлористого натрия не влияло на

падение титров продуктов микробной жизнедеятельности в системе периферического и портального кровотока до периода 18 суток развития инфильтрата. В этой группе животных присутствие антигена в портальном кровотоке было продолжительным и соответствовало титру 1:16 – 1:8 с последующим снижением на 18-е сутки до титра 1:4. Срок, при котором определялись только следы антигенов в мРСК, составлял 25 суток развития воспалительного процесса. По сравнению с титром антигенов в портальном кровотоке титры антигенов в периферической крови уменьшались в 2 раза до уровня 1:8 с длительным персистированием на таком же уровне в течение 8 суток. Полная элиминация наступала к 20-м суткам. Степень контаминации периферической крови и центрального кровотока совпадали за счет перераспределения и уравнивания. Эффект глутамата хитозана за трехдневный курс лечения отразился в основном на уровне портального коллектора. Санация энтеросорбентом приводила к падению титров антигенов в портальном кровотоке в 4 раза и составляла 1:8 – 1:4. Кроме того, перераспределение токсинов отразилось и на уровне периферического кровотока. Вероятно, что функция глутамата хитозана распространялась и за пределы слизистой оболочки тонкой кишки и могла основываться на мукоадгезивном дренирующем эффекте при изменении межклеточного потенциала, осуществлении межклеточного и трансклеточного ориентированного транспорта заряженных субстанций. Терапевтические возможности глутамата хитозана, как сорбента, особо ярко проявлялись за шестидневный курс энтеросорбции. Ощутима разница в снижении титров антигенов портального и периферического кровотока на этот промежуток времени. В портальном кровотоке снижение составило до титра 1:4 – 1:2, на периферии – до титра 1:2, тогда как в группе крыс, получавших полифепановый энтеросорбент, концентрация антигенов была в 2 раза выше. Двенадцатидневная санация кишечника глутаматом хитозана приводила к полному выведению антигенов золотистого стафилококка на всех уровнях кровотока.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ: КЛИНИКО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Булкина Н. В., Осадчук М. А., Лепилин А. В.
*Государственный медицинский университет,
Саратов*

Проведено обследование 40 больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического бескаменного холецистита (ХБХ) и 40 больных ВЗП в сочетании с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ).

Генерализованный катаральный гингивит встречался на фоне ХКХ существенно реже (5%), чем у пациентов с ХБХ (42,5%). В то же время, пародонтит средней и тяжелой степени тяжести на фоне ХКХ был диагностирован достоверно чаще (55% и 25% соответственно), чем при ХБХ (27,5% и 7,5% соответственно). Анализ частоты встречаемости разных клини-

ко-морфологических вариантов пародонтита на фоне различных клинических форм хронического холецистита позволяет заключить, что при ХХХ обнаруживаются более значительные воспалительно-дистрофические поражения пародонта.

Клиническая картина бескаменного холецистита характеризовалась двумя ведущими синдромами: умеренно болевым (85% обследованных) и диспептическим. У всех больных ХБХ отмечался различной степени выраженности диспептический синдром, проявляющийся горечью во рту (65%), тошнотой (55%), реже – рвотой с примесью желчи (15%). При объективном обследовании отмечалась болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку (100%) и эпигастральной области (15%). У всех больных были выявлены обложенный белым налетом язык, положительные симптомы Мерфи и Ортнера. Кровоточивость десен, болезненность зубов при приеме пищи, запах изо рта беспокоили пациентов с ВЗП на фоне ХХХ достоверно чаще, чем пациентов с ВЗП на фоне ХБХ ($p < 0,05$).

Анализ соотношения длительности ХБХ с характером и выраженностью ВЗП, основанных на анамнестических сведениях, показал, что наличие ВЗП коррелирует с длительностью заболевания: при ХБХ продолжительностью более 5 лет частота встречаемости и выраженности воспалительных изменений пародонта более значительны. Длительность заболевания ХБХ у пациентов с ВЗП составила $8,2 \pm 0,96$ года, что достоверно дольше, чем у больных ХБХ, имеющих интактный пародонт – $4,3 \pm 0,56$ ($p < 0,001$).

Полученные данные позволяют предположить, что одним из факторов возникновения ВЗП у лиц, страдающих ХБХ, является длительность патологии желчевыделительной системы.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Булкина Н. В., Осадчук М. А., Лепилин А. В.,
Лукина Л. В.

*Государственный медицинский университет,
Саратов*

Проведено обследование 40 больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического бескаменного холецистита (ХБХ). Генерализованный катаральный гингивит на фоне ХБХ выявлен у 17 (42, 5 %) больных, которые предъявляли жалобы на зуд, жжение в области десен, кровоточивость десен. При объективном обследовании отмечались гиперемия, отек десневого края, наличие назубных отложений, показатели УИГ составили $1,9 \pm 0,09$, РМА – $43,3 \pm 0,06$, ПИ – $1,35 \pm 0,15$. Рентгенологически при генерализованном катаральном гингивите у пациентов с ХБХ изменений костной ткани не обнаружено.

У 9 (22,5%) больных ХБХ выявлен хронический генерализованный пародонтит легкой степени тяжести, при котором основной жалобой являлось болезненность и кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. При осмотре обнаружена разлитая гиперемия и отек десневого края, глубина пародонтальных кар-

манов составляла 2-4 мм, содержимое карманов серозно-геморрагическое. УИГ составил $2,2 \pm 0,7$, РМА – $48,9 \pm 0,18$, ПИ – $4,3 \pm 0,4$. У большинства обследованных (68%) имелась патологическая подвижность зубов 1 степени.

Хронический пародонтит средней степени тяжести диагностирован у 11 (27,5%) больных ХБХ и проявлялся выраженной кровоточивостью десен, косметическими дефектами, связанными с изменением положения зубов, подвижностью зубов 1-2 степени. У 27% больных отмечалась 0-1 степень ретракции десны, гиперемия с цианотичным оттенком, уплотнение десневого края, пародонтальные карманы до 5 мм, выполненные грануляционной тканью. Гигиенический индекс – $2,4 \pm 0,2$, РМА – $61,7 \pm 0,3$, ПИ – $4,9 \pm 0,2$.

Больные хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 3 (7,5%) предъявляли жалобы на самопроизвольную кровоточивость десен, подвижность зубов. При объективном осмотре у таких пациентов были выявлены диффузный характер воспалительного процесса в деснах, отмечена подвижность зубов 2-3 степени, смещение зубов, диастемы и тремы. Глубина пародонтальных карманов составляла 5-6 мм и более. Гигиенический индекс – $2,5 \pm 0,2$, РМА – $78,7 \pm 0,4$, ПИ – $7,7 \pm 0,2$.

При рентгенологическом обследовании больных пародонтитом на фоне ХБХ преобладал вертикальный тип резорбции костной ткани, отсутствие компактной пластинки, деструкция межальвеолярных перегородок от 1/3 до 3/4 длины корня.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Винокурова М.К., А.М.Лукина
*Якутский НИИ туберкулеза МЗ Республики Саха
(Якутия), Якутск*

В Республике Саха (Якутия) действует централизованный контроль за диспансерным наблюдением больных туберкулезом, головное учреждение - диспансерное отделение Якутского НИИ туберкулеза. Значительная территория, климат – географическая характеристика региона, отдаленность населенных пунктов, трудности с транспортной сетью, ее сезонность создают определенные трудности в своевременном централизованном контроле и управлении. В последние годы ведется целенаправленная работа по внедрению компьютерных информационно-аналитических программ и современных высоких технологий связи (электронная почта, теле-медицинская оперативная связь и др.) для совершенствования централизованного управления и контроля за противотуберкулезными мероприятиями.

В диспансерном отделении Якутского НИИ туберкулеза работает центральная врачебно-контрольная комиссия (ЦВКК), которая решает вопросы диагностики, лечения, возможности хирургического вмешательства, проводит пересмотр групп диспансерного учета у больных туберкулезом. Все 34 района республики разделены между 3-мя врачами-кураторами, они проводят консультации и представ-