ко-морфологических вариантов пародонтита на фоне различных клинических форм хронического холецистита позволяет заключить, что при ХКХ 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 обьективном 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 ХКХ 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±0,96 года, что достоверно дольше, чем у больных ХБХ, имеющих интактный пародонт – 4,3±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 обьективном обследовании отмечались гиперемия, отек десневого края, наличие назубных отложений, показатели УИГ составили 1,9±0,09, РМА – 43,3±0,06, ПИ – 1,35±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 карманов составляла 2-4 мм, содержимое карманов серозно-геморрагическое. УИГ составил 2,2±0,7, РМА – 48,9±0,18, ПИ – 4,3±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±0,2, РМА – 61,7±0,3, ПИ – 4,9±0,2.

Больные хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени 3 (7,5%) предъявляли жалобы на самопроизвольную кровоточивость десен, подвижность зубов. При обьективном 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±0,2, РМА –78,7±0,4, ПИ –7,7±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, климато – 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-