

контролем, процентного содержания CD4+ при сохраненной концентрации Т-киллеров. В связи с этим соотношение CD4+/CD8+ также снижалось. Резко увеличивалось содержание активированных лимфоцитов CD69+ и естественных клеток киллеров. Патогномичным для данного вида инфекции, явилось постоянно обнаруживаемое достоверное снижение количества клеток, несущих мембранный рецептор к IL-2 (CD25+). При этом абсолютно ожидаемым явилось увеличение содержания В-лимфоцитов. Выявляемая активность ферментов в макрофагах цервика-вагинальной зоны имеет выраженную тенденцию к увеличению по сравнению со здоровыми людьми. Но, если активность МПО увеличивалась всего лишь на 11-15%, то активность КФ - на 24-37, а НЭ - на 43-53%. Таким образом, проведенные исследования показали, что определение цитохимически выявляемой активности ферментов в макрофагах цервика-вагинальной зоны отражает, во-первых, наличие, развитие и, отчасти, степень выраженности воспалительного процесса, индуцированного инвазией инфекционного агента и, во-вторых, является легко воспроизводимым косвенным критерием активации иммунной системы в условиях направленных терапевтических воздействий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕНОТИПА ОКИСЛЕНИЯ С ТИПОМ ГЛП У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕЗАФИБРАТОМ

Маль Г.С., Шанин П.В.,

Алыменко М.А., Калайчева И.Б.

Курский государственный медицинский университет

Целью исследования явилось определение возможности взаимосвязи между типом ГЛП и исходными показателями окислительного метаболизма у больных ИБС при фармакотерапии безафибратом.

В исследование было включено 92 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет ($52,2 \pm 6,8$) с ИБС и первичной ГХС или ГТГ.

Скорость окислительных процессов устанавливали путем определения у испытуемых в течение суток концентрации пиридинолкарбамата (пармидина) в слюне через 3, 6, 9, 12, 24 часа после его перорального приема в дозе 10 мг/кг, с последующим расчетом параметров фармакокинетики препарата.

Фенотип окислительного метаболизма оценивали по периоду полуэлиминации пармидина ($T_{1/2}$). Границы фенотипических групп: $T_{1/2} < 9$ час. - "быстрые", $T_{1/2} = 9-15$ час - "медленные" и $T_{1/2} > 15$ час. - "очень медленные" окислители. Использовалась методика определения пармидина в биожидкостях (слюна), с последующим количественным определением его содержания методом высокоэффективной жидкостной хроматографии на отечественном приборе "Милихром".

По скорости окислительного метаболизма пациенты ИБС распределились следующим образом: соотношение пациентов с «быстрым», «медленным» и «очень медленным» типом метаболизма составило 31% - 56% - 13%.

Анализ полученных результатов показал, что умеренный гипотриглицеридемический эффект был зарегистрирован у больных ИБС с изолированной ГТГ при наличии «быстрого» фенотипа окисления, уровень ТГ при этом снизился на 28% ($p < 0,05$) за счет уменьшения ХС ЛОНП на 35% ($p < 0,001$). В группе лиц с «медленным» фенотипом окисления был зарегистрирован выраженный гипотриглицеридемический эффект (35%, $p < 0,001$), реализовавшийся за счет снижения ХС ЛОНП на 43% ($p < 0,001$).

Следует отметить, что в исследуемой группе больных ИБС с изолированной ГТГ был получен более выраженный гипотриглицеридемический эффект у лиц с высоким базальным уровнем ТГ как в подгруппе «быстрых», так и «медленных» окислителей.

Анализ гипотриглицеридемической эффективности безафибрата при сочетанной ГТГ показал, что выраженная гипотриглицеридемическая активность отмечена у лиц с «медленным» фенотипом окисления, так как уровень ТГ снизился на 35% ($p < 0,05$). При этом в исследуемой группе у лиц с «быстрым» фенотипом окисления уровень ТГ снизился на 30% ($p < 0,05$). Следовательно, у больных с изолированной и сочетанной ГТГ отмечена общая тенденция получения выраженного гипотриглицеридемического эффекта при фармакотерапии безафибратом при наличии «медленного» фенотипа окисления.

Таким образом, определение скорости окислительного метаболизма препарата в печени, позволяет оптимизировать фармакологическую коррекцию у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперлипидемиями.

ДИАГНОСТИКА ВОЛОС ПРИ АЛОПЕЦИЯХ

Метляева Н.Б., Юцковская Я.А., Малова Т.А.

*МУПВ «Врачебная косметологическая лечебница»,
Владивосток*

Облысение, безусловно, является проблемой социальной, доставляющей значительный психологический дискомфорт людям, начавшим терять волосы, и поэтому требуются ранние методы диагностики, позволяющие достигнуть положительных результатов в процессе лечения.

Одним из таких методов, надежно способствующих выявлению признаков облысения на уровне кожи волосистой части головы и волосяных фолликулов на раннем этапе является метод - микровидеодиагностики. Он позволяет изучить состояние луковиц и стержней волоса, произвести их замеры, оценить повреждения, определить толщину стержня и количество волос на единицу площади, составить трихограмму.

Съемная видеокамера показывает состояние кожи волосистой части головы, появление новых волос на месте облысения, усиление пигментации обесцвеченных и ослабленных волос, позволяет оценить качество кровоснабжения, активность сальных желез.

Цель исследования: микровидеодиагностика волос при алопециях.

Из наиболее часто встречающихся форм облысения является андрогенетическая алопеция. Ее часто

неверно называют облысением по мужскому типу, что приводит к неоправданно редкой ее диагностике у женщин, особенно при оценке ранних проявлений алопеции, так как рисунок выпадения волос у женщин иной, нежели у мужчин.

Под нашим наблюдением находились 85 женщин с жалобами на выпадение волос в возрасте от 17 до 55 лет.

При первичном осмотре пациентов с жалобами на выпадение волос производили сбор анамнеза, описание клинических проявлений (специального и локального статуса). Всем больным производилось обследование: общеклинические, серологические, иммунологические, биохимические анализы крови. По показаниям рентгенография области турецкого седла, электроэнцефалограмма, гормональный статус. Каждому было рекомендовано исследование волос на микроэлементы. Всем пациентам после комплексного обследования проводилась диагностика волос, использовали компьютерную программу фирмы «Наутилус», Санкт-Петербург.

В результате проведенного нами исследования наиболее часто отмечалась миниатюризация волосных фолликулов (78%) имеющих 1/3 и 1/2 диаметра терминальных волос, преимущественно в лобно-теменной зоне. Вышеописанная характеристика лукович свойственна для андрогенной алопеции.

При себорейном дерматите наблюдалась ложная гипертрофия лукович с преобладанием трапециевидных форм и избыточным салыным секретом (45%). У пациенток с диффузным выпадением волос при анализе трихограмм было выявлено повышенное число волос в фазе телогена 27%. У 43% обследованных нами пациенток отмечены низкие показатели железа. У женщин с диффузным облысением, после консультации гинекологом-эндокринологом, были выявлены поликистоз яичников (48%); выпадение волос на голове у таких пациенток часто сочеталось с себореей, угревой болезнью и гирсутизмом.

Компьютерная диагностика волос позволила на ранних этапах заболевания поставить правильный диагноз, назначить адекватную терапию, следить за ходом лечения. У всех пациентов, которым была сделана компьютерная диагностика в начальной стадии заболевания, отмечалась более быстрая положительная динамика. Кроме того, процедура усиливает доверие пациента, позволяет снять часть стресса, который испытывает человек, начавший терять волосы.

АНАЛИЗ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Мищенко Т.В., Лазарев А.И.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Развитие генерализованного пародонтита (ГП) сопровождается разрушением целостности зубного ряда, нарушением взаимоотношения челюстей, воспалением околозубных тканей и резорбцией альвеолярного отростка.

Клиническая картина пародонтита характеризу-

ется кровоточивостью дёсен, подвижностью и дистопией зубов, нарушением окклюзионных взаимоотношений, формированием зубодесневых карманов. Наблюдается резорбция костной ткани альвеолярных отростков, нарушение функции жевания и речи, эстетические дефекты.

Дефекты зубных рядов осложняются снижением высоты нижней отдела лица, травматической окклюзией, которая усугубляет течение патологического процесса. Происходят патологические изменения в области височно-нижнечелюстного сустава.

Наши исследования показывают, что в 90% случаев у больных с ГП средней тяжести и в 100% наблюдений у больных с тяжелой формой поражения наблюдается вторичное снижение прикуса, нередко сочетающееся с сагиттальным или трансверзальным смещением нижней челюсти. При этом величина снижения межальвеолярного расстояния колеблется от 2 до 12 мм. Современные методы диагностики позволили нам уточнить значение ряда элементов комплексной терапии и оценить их влияние на качество и эффективность реабилитации.

Следует заметить, что протезирование при сниженном межальвеолярном расстоянии неизбежно приводит к снижению максимального усилия сжатия челюстей. Количество жевательных движений, требующихся для размельчения пищи, возрастает, что обуславливает перегрузку пародонта. При кажущемся благополучии усугубляется тяжесть патологического процесса.

С позиции выбора тактики лечения больных с ГП важно понимать, что заболевание носит системный характер и сопровождается одновременным поражением и снижением функции отдельных элементов зубочелюстной системы. Консервативные мероприятия в лечении пародонтита заключаются в проведении профессиональной гигиены, антибактериальной терапии и применении препаратов, нормализующих реакцию иммунной системы.

Принципиально новые диагностические возможности для оценки результатов лечения появились в связи с использованием цифровой рентгенографии - способа получения рентгеновского изображения в цифровом виде для последующего анализа, обработки и хранения. Используя цифровое изображение, можно провести коррекцию искажений, благодаря улучшению визуальных характеристик добиться выявления тонких дифференциально-диагностических признаков патологических состояний, осуществить передачу изображения на большие расстояния. Современные сканирующие устройства обеспечивают значительный динамический диапазон. За счет получения дополнительной информации можно уменьшить число выполняемых рентгенологических процедур.

Как показали наши исследования, плотность костной ткани меняется на этапах проведения лечебных мероприятий. Ретроспективный анализ ортопантограмм, полученных в ходе лечения 28 больных со средней и тяжелой степенью ГП показал существенное изменение плотности костной ткани на различных этапах реабилитационного процесса: до лечения, в процессе лечения хронического пародонтита, после депульпирования зубов и временного протези-