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-

ляют документы на ЦВКК, где определяется клинический диагноз, динамика течения туберкулезного процесса, коррекция схемы лечения и другие вопросы наблюдения больных туберкулезом органов дыхания. Больные с внелегочными формами туберкулеза наблюдаются врачами внелегочных кабинетов (урологом, офтальмологом, хирургом-ортопедом, гинекологом и лимфологом), ими же проводится диспансерное наблюдение за больными, так как в районных лечебных учреждениях не предусмотрены узкопрофильные специалисты по фтизиатрии.

Врачами диспансерного отделения ежегодно консультируются до 6-8 тысяч больных, из которых до 40-45% проходят очный прием, остальные – заочно, по представленной медицинской документации. Больные с туберкулезом и другими заболеваниями органов дыхания консультируются в основном заочно (до 70%). При сложных случаях диагностики или лечения и при показании к хирургическому вмешательству больные вызываются в головное учреждение, в соответствующие отделения. Больные с внелегочными формами туберкулеза нуждаются в специализированных исследованиях, им консультации проводятся очно в отделениях института в стационарных или амбулаторных условиях.

При проведении централизованного контроля возникают затруднения с пересылкой медицинской документации, с запросом дополнительной информации, связанные с особенностью региона. Возможна значительная задержка почты даже воздушным транспортом, т.к. порой в северные районы осуществляется всего 1 рейс в неделю. В таких условиях внедрение с 2001 года в систему диспансерного обслуживания больных туберкулезом по территории Республики Саха (Якутия) электронной почты значительно разрешает трудности с передачей информации и позволяет в оптимальные сроки корректировать совместные действия между головным республиканским учреждением и районными противотуберкулезными диспансерами.

ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Волжанская Т.В., Конопля А.И.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Несмотря на значительные успехи в изучении бронхиальной астмы, достигнутые за последнее десятилетие, это заболевание до настоящего времени имеет тяжелое течение, трудно поддается лечению и в большом проценте случаев приводит к инвалидности к смерти. Многочисленные литературные данные, основанные на применении методики бронхоальвеолярного лаважа (БАЛЖ), свидетельствуют о нарушениях иммунного статуса на системном и локальном уровнях у больных бронхиальной астмой, но, к сожалению, при этом в литературе имеется мало данных об изменениях местного иммунитета бронхиального дерева после традиционной терапии и применения нефармакологических методов иммунореабилитации.

Целью исследования явилась оценка иммунореабилитационной эффективности лазерной терапии у больных бронхиальной астмой.

Исследование проводилось на 30 пациентах в возрасте от 60 до 74 лет на базе Областной клинической больницы г. Курска, страдающих эндогенной формой бронхиальной астмы средней степени тяжести. Все больнее были разделены на 2 группы, в зависимости от проводимого лечения: 1 группа (15 пациентов) получала традиционное лечение, включавшее в себя следующие препараты: (β-блокаторы короткого действия, ингаляционные глюкокортикостероидные средства, бронхолитики и отхаркивающие средства. 2 группе дополнительно проводилась лазеротерапия на рефлексогенные и биологически активные точки. Материалом для исследований служила жидкость бронхо-альвеолярного лаважа, полученная при эндоназальной фибробронхоскопии. Проводили оценку уровня CD3, CD4, CD8, CD16 и CD19-лимфоцитов, содержания иммуноглобулинов и компонентов комплемента до и после лечения.

Установлено, что базисная терапия увеличивала содержание в БАЛЖ CD16 и CD19-клеток соответственно в 1,9 и 2,0 раза, концентрацию IgA, IgG и slgA. снижала уровень C_4 и не влияла на C_3-компонент комплемента. Сочетание основного фармакотерапевтического комплекса с лазеротерапией увеличивало процент CD4, CD16, CD19-клеток в 3,0; 2,7 и 7,8 раз соответственно, более эффективно повышало концентрацию IgG, slgA и существенно снижало уровень C_3 и C_4-компонентов комплемента.

Таким образом, применение лазера по сравнению с традиционной терапией оказывает более выраженный корригирующий эффект на все звенья иммунитета, снижает количество осложнений, улучшает качество жизни данной категории больных.

ДЕФОРМИРУЕМОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ И СПОСОБЫ ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Вохминцев А.П. Сайфиев Р.Р Фролова О.В.
Тюменский государственный университет, Тюмень

Эритроциты являются преобладающим типом клеток крови. Способность эритроцитов к упругой деформации позволяет этим клеткам доставлять необходимые для жизнедеятельности организма вещества по сосудистой системе включающей капилляры, диаметр которых порой достигает 2 мкм. Деформируемость эритроцитов при прохождении по кровяному руслу обусловлена упругими свойствами самой мембраны этих клеток и наличием особой белковой структуры, выстилающей внутреннюю сторону мембраны и называемой цитоскелетом.

При воздействии различных физико-химических факторов и при ряде патологических состояний деформационная лабильность эритроцитов претерпевает существенные изменения. Исследования последних лет позволяют связать изменение деформируемости