

лисом, в зависимости от давности инфекционного процесса. Было обследовано 30 пациентов в возрасте от 16 до 53 лет (15 мужчин, больных первичным сифилисом, и 15 мужчин, больных вторичным сифилисом); в сыворотке крови пациентов определялось содержание ряда метаболитов белкового, углеводного, липидного и пигментного обмена и активность клеточных индикаторных ферментов. Контролем служила сыворотка крови 12 здоровых доноров.

Среди изученных показателей, в белковом спектре сыворотки крови отмечались наибольшие изменения. Так, уровень  $\alpha_1$ -глобулинов при первичном сифилисе был сниженным в среднем на 26,8%, при вторичном сифилисе - на 17,3%, в то время как содержание  $\alpha_2$ -глобулинов при первичном сифилисе снижалось на 22,2%, а при вторичном сифилисе, напротив, было повышено на 5,9%.  $\beta$ -глобулины при первичном сифилисе были уменьшены на 10,5% относительно контроля, и находились в пределах нормы при вторичном сифилисе. Уровень  $\gamma$ -глобулинов был повышен в обеих группах (на 3,1% при первичном сифилисе и на 15,9% - при вторичном сифилисе). Содержание общего белка не отличалось от показателей контрольной группы при первичном сифилисе, и на 4,4% превышало уровень контроля при вторичном сифилисе, находясь на верхней границе нормы. В липидограммах отмечалось снижение уровня  $\alpha$ -липопротеидов на 17,39% и  $\beta$ -липопротеидов на 50,63% относительно группы контроля при первичном сифилисе и повышение уровня  $\alpha$ -липопротеидов на 6,52% и снижение ЛПНП на 24,94% при вторичном сифилисе, а также снижение триглицеридов в обеих группах, сочетавшееся с понижением общего холестерина на 4,7% при первичном сифилисе и повышением на 10,4% при вторичном сифилисе. Большинство показателей углеводного (уровень глюкозы), пигментного обмена (прямой и общий билирубин), содержание небелковых азотистых веществ (мочевины, креатинина), активность ферментов (АсАТ, АлАТ, ГГТ, ЛДГ) в обеих группах пациентов несколько превышали показатели контрольной группы, но находились в пределах нормы.

Таким образом, у мужчин, больных сифилисом, наблюдались биохимические сдвиги (диспротеинемия и дислипидопропротеинемия), свидетельствующие о метаболическом "вовлечении" в патологический процесс внутренних органов (в частности, печени). Изменения показателей имели умеренный характер, затрагивали в основном белково-синтетическую функцию печени и соответствовали типу подострого и/или хронического воспаления без выраженного цитолитического синдрома.

### **Лизосомально-катионный тест в оценке эффективности лечения хронического катарального гингивита препаратом «Хитозан с серебром»**

Леонов Д.В., Самойлов К.О., Маянская С.Д., Николаев С.Е.

*Кафедра терапевтической стоматологии НГМА, Новосибирск*

Существующее в настоящее время большое количество различных методов лечения хронического катарального гингивита (ХКГ) отражает попытки исследователей и клиницистов оказывать воздействие на разные звенья патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. Однако сохраняющаяся высокая частота рецидивов заболевания, переход в развитые формы воспалительных заболеваний пародонта обуславливают необходимость разработки новых эффективных методов терапии ХКГ, при использовании которых возникает необходимость применения новых, еще более объективных методик оценки эффективности проведенного лечения.

Целью данного исследования было определение эффективности применения препарата «Хитозан с серебром» в комплексной терапии ХКГ при помощи лизосомально-катионного теста (ЛКТ-теста).

**Материалы и методы** Всего обследовали с применением клинических и лабораторных (цитологических) методов 48 пациентов обоего пола в возрасте до 25 лет, которые были разделены на три группы: 1-я группа (контрольная) из 18-ти человек – лица с интактным пародонтом; 2-я группа из 15-ти человек – лица с ХКГ без фоновой патологии (до и после лечения без применения препарата «Хитозан с серебром»); 3-я группа из 15-ти человек – лица с ХКГ без фоновой патологии (до и после лечения с использованием препарата «Хитозан с серебром»). При лечении пациентов 2-й, 3-й групп применялась стандартная методика, включающая профессиональную чистку зубов, антисептическую обработку полости рта (однократно) водным раствором фурациллина в разведении 1:5000, обучение правилам гигиенического ухода за полостью рта и методам контроля эффективности чистки зубов. Пациентам третьей группы дополнительно в качестве местного лечения проводилась 3-х кратная (через день) аппликация препарата «Хитозан с серебром» на 30 минут под твердеющую повязку.

Исследование состояния пародонта во всех изучаемых группах проводили с помощью клинических методов оценки (ГИ, ИК-а, ИК-и, РМА, ПИ). Цитологическим материалом для постановки ЛКТ-теста по Пигаревскому В.Е. служила периферическая кровь и содержимое десневой борозды в участке воспаленной десны. В окрашенных мазках определяли два диагностических показателя: средний цитохимический коэффициент (СЦК) содержания катионных белков в полиморфноядерных лейкоцитах (ПМЯЛ) исследуемого материала и процент секреторной дегрануляции ПМЯЛ, характеризующий флогогенную активность нейтрофильных гранулоцитов в зоне воспаления.

**Результаты и их обсуждение** У пациентов 2-й и 3-й групп до лечения клинически-определяемые индексы были достоверно ( $P < 0.001$ ) высокими: ИК-а

=  $1,9 \pm 0,06$ ; ИК-и =  $1,7 \pm 0,02$ ; РМА =  $20,9 \pm 2,23$ ; ПИ =  $1,3 \pm 0,03$ . В тоже время, по данным ЛКТ-теста, наблюдается снижение СЦК ПМЯЛ периферической крови до  $1,4 \pm 0,02$  ( $P < 0,001$ ) против  $1,6 \pm 0,02$  в контроле, СЦК ПМЯЛ десневой борозды составил  $1,26 \pm 0,04$  ( $P < 0,001$ ) против  $1,87 \pm 0,09$  в контроле, на основании чего был получен показатель, характеризующий уровень секреторной дегрануляции нейтрофилов в очаге хронического воспаления, равный 23,2 %.

У пациентов 2-й группы через 10 дней после проведенного лечения в 85 % случаев оставались нечётко выраженные признаки воспаления в десне, характерные для начальной стадии ХКГ: кровоточивость в области от 1 до 3 межзубных сосочков, определяемая при зондировании; визуально гиперемия не определялась, но сохранялась незначительная отёчность десны; проба Шиллера-Писарева в этих участках либо отрицательна, либо слабо-положительна. Наблюдается достоверное ( $P < 0,001$ ) повышение СЦК ПМЯЛ десневой борозды до  $1,34 \pm 0,02$ . Секреторная активность ПМЯЛ, полученная на основании анализа результатов ЛКТ-теста составила 18,3 % при сохраняющихся сниженных показателях кислороднезависимой биоцидности ПМЯЛ в крови, что свидетельствует о сохраняющейся высокой флогогенной активности нейтрофилов десневой борозды в зоне хронического воспаления.

У всех пациентов 3-й группы, в результате проведенного лечения с применением препарата «Хитозан с серебром», уже к последнему посещению исчезла кровоточивость, гиперемия, отёчность десны, десневой край заметно уплотнился. Наблюдалась нормализация клинически определяемых индексов (ГИ, ИК-а, ИК-и, РМА, ПИ). Через 10 дней после начала лечения секреторная активность ПМЯЛ десневой борозды снизилась до 2,4 %, что обусловлено достоверно высоким ( $P < 0,001$ ) показателем СЦК нейтрофилов десневой борозды:  $1,6 \pm 0,04$  (что на 19,4 % превышает аналогичный показатель во 2-й группе); при сохраненном СЦК ПМЯЛ крови  $1,4 \pm 0,04$ .

**Вывод** Полученные результаты с высокой степенью достоверности свидетельствуют о выраженной эффективности препарата «Хитозан с серебром» как средстве местной патогенетической терапии ХКГ, и о высокой диагностической ценности ЛКТ-теста в оценке проведенного лечения.

#### Цитологическая оценка эффективности применения препарата «Литовит» в комплексной терапии хронического катарального гингивита

Леонов Д.В., Маянская С.Д., Самойлов К.О., Николаев С.Е.

Кафедра терапевтической стоматологии НГМА, Новосибирск

Высокая частота рецидивов воспалительных заболеваний пародонта, переход в развившиеся формы обуславливают необходимость разработки не только эффективных методов терапии, но и поиск новых, объективных методик оценки эффективности проведенного лечения.

Целью данного исследования было определение эффективности применения препарата «Литовит», обладающего сорбционными, ионообменными, каталитическими свойствами, в комплексной терапии хронического катарального гингивита (ХКГ) при помощи цитологического исследования фагоцитов десневой борозды.

**Материалы и методы** Всего обследовали с применением клинических и лабораторных (цитологических) методов 48 пациентов обоего пола в возрасте до 25 лет, которые были разделены на три группы: 1-я группа (контрольная) из 18-ти человек – лица с интактным пародонтом; 2-я группа из 15-ти человек – лица с ХКГ без фоновой патологии, леченные стандартным методом; 3-я группа из 15-ти человек – лица с ХКГ без фоновой патологии (до и после лечения с использованием препарата «Литовит»). При лечении пациентов 2-й, 3-й групп применялась стандартная методика лечения ХКГ. Пациентам третьей группы дополнительно в качестве местного лечения проводилась 3-х кратная (через день) аппликация препарата «Литовит» с назначением препарата внутрь по схеме. Исследование состояния пародонта во всех изучаемых группах проводили с помощью клинических методов оценки (ГИ, ИК-а, ИК-и, РМА, ПИ). Цитологическим материалом для исследования служило содержимое десневой борозды в участке воспаленной десны. В окрашенных азур-эозином мазках определяли следующие диагностические показатели: соотношение нейтрофилов и макрофагов; относительное количество погибших нейтрофилов и клеток с выраженными деструктивными изменениями, на основании чего был получен относительный коэффициент клеточной деструкции нейтрофилов.

**Результаты и их обсуждение** У пациентов 2-й и 3-й групп до лечения клинически-определяемые индексы были достоверно ( $P < 0,001$ ) высокими: ИК-а =  $1,9 \pm 0,06$ ; ИК-и =  $1,7 \pm 0,02$ ; РМА =  $20,9 \pm 2,23$ ; ПИ =  $1,3 \pm 0,03$ . В тоже время в цитограммах содержимого десневой борозды отмечено повышение более чем в 2,1 раза (по сравнению с контролем) числа погибших нейтрофилов и клеток с выраженными деструктивными изменениями ( $69,5 \pm 1,83$  ( $P < 0,001$ ) против  $32,9 \pm 1,46$  в контроле), характеризующимися набуханием ядер, их гомогенизацией и распадом, увеличением ядерно-цитоплазматического соотношения, увеличением размеров клетки до 20-25 мкм, появлением в цитоплазме гигантских вакуолей, нарушением целостности цитолеммы. Количество же нейтрофильных гранулоцитов, сохранивших структуру клетки уменьшилось на 54,5 % ( $30,5 \pm 1,83$  ( $P < 0,001$ ) против  $67,1 \pm 1,46$  в контроле). Относительный коэффициент клеточной деструкции нейтрофилов, определяющий отношение числа клеток с выраженными структурными изменениями к количеству структурно неизмененных, увеличился более чем в 4,5 раза, определяется повышением количества макрофагов более чем в 3,3 раза, по сравнению с нормой ( $9,6 \pm 0,68$  ( $P < 0,001$ ) против  $2,9 \pm 0,097$  в контроле).

У пациентов 2-й группы после проведенного лечения в большинстве случаев оставались нечётко выраженные признаки воспаления в десне, характерные для начальной стадии ХКГ. В тоже время к 10-му дню