

= $1,9 \pm 0,06$; 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

после начала лечения наблюдается снижение количества макрофагов с $9,6 \pm 0,68$ до $6,7 \pm 0,63$, при этом сохранялось преобладание в мазках молодых, незрелых форм моноцитов/макрофагов. Количество нейтрофилов с признаками клеточной дегенерации после лечения сохранялось достоверно ($P < 0,001$) высоким: $51 \pm 0,45$ при значении $32,9 \pm 1,46$ в контроле. Коэффициент клеточной деструкции нейтрофилов составил 1,04. Сохраняющееся повышенное количество деструктурированных нейтрофильных гранулоцитов в десневой борозде объясняется процессами активации фагоцитов в зоне воспаления, претерпевающих при этом структурные изменения, что в конечном итоге приводит к появлению значительного количества погибших клеток и клеток с выраженными дегенеративными признаками.

У всех пациентов 3-й группы, в результате проведенного лечения с применением препарата «Литовит», к окончанию курса общей терапии исчезала кровоточивость, гиперемия, отечность десны, десневой край заметно уплотнялся. Наблюдалась нормализация клинически определяемых индексов (ГИ, ИК-а, ИК-и, РМА, ПИ). Количество макрофагов достоверно ($P < 0,001$) снизилось к 10-му дню после начала лечения до $4,1 \pm 0,54$, что на 38,8 % меньше аналогичного показателя во 2-й группе. Одновременно наблюдалось снижение количества нейтрофилов с выраженными деструктивными признаками с $69,5 \pm 1,83$ (до лечения) до $35 \pm 2,26$, что соответствует показателю в контрольной группе и является достаточно хорошим прогностическим признаком. Коэффициент клеточной деструкции нейтрофилов достоверно снизился с 2,27 (до лечения) до 0,55.

Вывод Полученные результаты свидетельствуют о выраженной эффективности препарата «Литовит» как средства саногенетической терапии ХКГ при его применении в виде аппликации с одновременным назначением внутрь по схеме, и о высокой диагностической ценности цитологического метода оценки проведенного лечения.

Особенности развития водной вспышки гепатита А в условиях активной иммунопрофилактики

Лефтеров О.А., Капкина Е.В., Шульдяков А.А.,
Еремин В.И., Гаврилова И.Б., Царева Т.Д.,
Бабиченко О.Е.

Саратовский государственный медицинский университет, Саратов

В условиях очередного подъема заболеваемости гепатитом А, отмечающегося в России с 2000 года, вакцинации отведена приоритетная роль в качестве меры специфической профилактики данного заболевания.

В Саратовском регионе на фоне общего роста заболеваемости гепатитом А, в 2001 году на территории Ртищевского района зарегистрирована вспышка; уровень заболеваемости в данном районе превысил областной в 8 раз. Пик заболеваемости пришелся на январь. При ликвидации вспышки в январе-феврале 2001 года населению района проведена экстренная активная профилактика гепатита А с использованием

вакцины «Хаврикс». Привито в целом около 20% населения трудоспособного возраста, причем дети дошкольного возраста, школьники и подростки привиты в 100%.

После проведенного мероприятия через 2,5 месяца после начала вспышки уровень заболеваемости снизился в 6,7 раза, а через 5 месяцев зарегистрировалась лишь единичные случаи заболевания.

В 2002 году заболеваемости гепатитом А среди детей в возрасте до 14 лет не зарегистрировано, среди совокупного населения отмечено только 2 случая – снижение показателя заболеваемости в 220 раз.

Таким образом, использование в качестве экстренной профилактики мер активной специфической иммунизации позволило в краткие сроки купировать водную вспышку гепатита А.

Серологическая диагностика геморрагической лихорадки с почечным синдромом на основе использования одного разведения сыворотки

Ли Л.Е., Веселов С.Ю., Алибаева С.Р.,
Хайбуллина С.Ф., Морзунов С. П.

ГУП «Иммунопрепарат», Уфа, Башкирский государственный университет, Уфа, Россия, Университет города Рино, Невада, США

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) – острое вирусное заболевание, вызывающее поражение почек, а также сердечно-сосудистой и других систем организма. Для диагностики заболевания используют титрование парных сывороток больных с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) или метода флюоресцирующих антител (МФА). Последний наиболее часто используется в клинических лабораториях. Необходимо отметить, что МФА является достаточно трудоемким методом, а стандартный вариант ИФА позволяет проанализировать на одном планшете не более шести пар сывороток. Целью данной работы была разработка иммуноферментного метода определения титра антител к антигену вируса ГЛПС штамма Пумала по одному разведению сыворотки больного. Для решения поставленной задачи лунки планшета сенсibilizировали рекомбинантным нуклеокапсидным белком вируса. В лунки вносили исследуемые сыворотки в конечном разведении 1:1000. Для построения калибровочной кривой, по которой рассчитывали титр иммуноглобулинов, использовали пул сывороток больных ГЛПС в разведении от 1:128 до 1:8192. Реакцию проявляли антителами против IgG человека, мечеными пероксидазой. Анализ результатов показал, что титр сывороток, определенный иммуноферментным методом по графику и с помощью последовательных двойных разведений, имел близкие значения ($r = 0,85$). Для диагностики заболевания статистически значимое различие между титрами парных сывороток, рассчитанными по графику, составило 24%, в то время как при использовании метода последовательных двойных разведений результаты считаются положительными при разнице титров не менее чем в 4 раза. Последнее обстоятельство позволило существенно увеличить чувствительность анализа. Она составила 91%