

дистого русла, которое не содержит типичного сердца. У некоторых высших беспозвоночных появляется примитивное сердце, в т.ч. с предсердием и желудочком. И у таких животных обнаруживаются указанные тенденции в их органогенезе в связи со слиянием части их сегментов. Уже у эмбрионов позвоночных сегментация тела в разной степени редуцирована и используется для «составления» общего плана строения дефинитивного организма. У низших беспозвоночных собственная клеточная выстилка появляется в стенках циркуляционных каналов с преобразованием их в типичные сосуды, вероятно, в связи с интенсификацией циркуляции тканевых жидкостей в многослойном теле политканевого животного. Первичная сеть протокапилляров пронизывает все тело и органы у эмбриона человека, затем дифференцируется на звенья различных уровней путем гетерохронного и неравномерного утолщения и уплотнения эндотелия и всей стенки в артериальной, венозной и лимфатической частях, а также истончения и разрежения эндотелия в синусоидах красного костного мозга, селезенки и эндокринных желез, синусах лимфоузлов. Существует даже представление о незамкнутом кровообращении в селезенке. Это напоминает «регрессивное» развитие сосудистой системы беспозвоночных: у аннелид кровообращение замкнутое, у членистоногих – незамкнутое, при том, что появляется примитивное сердце. Правда, оно часто напоминает лимфатический сосуд, а периферические сосуды имеют строение синусов лимфоузла, широко общающихся с тканевыми «щелями».

**ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ (ХГП) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Семиниченко А.Г., Антонов А.Р.

*ГАОУ ДПО НСО «Новосибирский центр повышения квалификации работников здравоохранения», Новосибирск;*

*ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт повышения квалификации врачей МЗиСР РФ», Новокузнецк, e-mail: pathology@mail.ru*

Эпидемиологические исследования указывают на распространенность воспалительных заболеваний пародонта у населения, и осо-

бенно на преобладание в структуре пародонтальных заболеваний пародонтита-гингивита и пародонтита. Считается, что распространенность хронического катарального гингивита и хронического генерализованного пародонтита в нашей стране очень велика и достигает 95-100%. Такая распространенность делает данную проблему общемедицинской и социально значимой. В настоящее время основным этиологическим фактором (первопричиной) гингивита и пародонтита считают бактериальную микрофлору зубной бляшки. Наряду с местными факторами возможно сочетанное действие и общих нарушений, таких как патология иммунной системы, гормональные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы. Другими словами микробный фактор может быть реализован в полной мере только при неадекватной защитной реакции иммунной системы организма на фоне воздействия негативных факторов внешней среды. Одним из факторов неспецифической защиты организма, связанной функцией моноцитарно-макрофагальной системы, является лизоцим, который обладает широким спектром биологической активности. Он стимулирует функциональную активность фагоцитов, синтез антител, повышает адгезивные свойства иммунокомпетентных клеток, розеткообразующие свойства Т-лимфоцитов, а также вызывает лизис и дезинтеграцию иммунных комплексов.

В связи с этим представляет интерес изучение эффективности применения в лечении заболеваний пародонта препарата, стимулирующего местный и общий иммунитет – циклоферон (в комплексе с традиционной терапией).

Однако механизмы действия циклоферона при ХГП остаются до конца не изученными. Исследовано только применение препарата в форме линимента 5% циклоферона местно. Вышесказанное послужило основанием для формирования цели данного исследования.

**Цель исследования:** оценить влияние циклоферона на содержание лизоцима в ротовой жидкости у больных с ХГП.

**Материал и методы исследования.** Клинические и лабораторные исследования были проведены у 68 человек с диагнозом ХГП средней степени тяжести.

Все пациенты были распределены следующим образом.

Диагноз	Группы	Особенности лечения	Кол-во
Хронический генерализованный пародонтит	1-я группа	Проф. гигиена полости рта, противовоспалительная терапия. Хирургическое лечение.	20
	2-я группа	Проф. гигиена полости рта, хирургическое лечение, циклоферон	18
Контрольная Группа		Интактный пародонт	20

За основу была взята методика определения антилизоцимной активности микроорганизмов (Бухарин О.В., 1997) в модификации П.Г. Стожух, И.В. Сафаровой и В.В. Еричева (2000).

При первичном обращении у больных ХГП активность лизоцима в ротовой жидкости была на 52% ниже таковой у практически здоровых лиц ( $P < 0,05$ ). Перед проведением оперативного вмешательства активность лизоцима слюны у больных 1-й и 2-й групп была ниже контрольного уровня на 40% ниже соответственно ( $P < 0,05$ ). На 7-е сутки после операции активность лизоцима ротовой жидкости у больных ХГП была на 39% ниже таковой у практически здоровых лиц. У больных ХГП 2-й группы в этот период обследования данный показатель достоверно не отличался от контрольного значения, и был выше в 2 раза по сравнению с таковыми в 1-й и 2-й периоды исследования ( $P < 0,05$ ). При этом у больных ХГП 1-й группы активность лизоцима слюны была на 37% ниже таковой у больных 2-й группы ( $P < 0,05$ ). И, наконец, через 12 месяцев после проведения оперативного вмешательства активность лизоцима в слюне у больных ХГП обеих групп была на 32 и 22% ниже по сравнению с таковой у практически здоровых людей, на 41 и 61% выше чем при первичном обращении и не различались между собой.

У больных обеих групп активность лизоцима в ротовой жидкости при первичном обращении была на 52% ниже таковой у практически здоровых лиц. Подобное состояние можно объяснить либо снижением выработки этого неспецифического фактора защиты фагоцитирующими клетками, либо повышенное его потребление в период обострения ХГП. Данный показатель в этом случае может служить одним из критериев активности воспалительного процесса в ротовой полости, вообще, и в пародонте, в частности.

После проведения предоперационной подготовки активность лизоцима в ротовой жидкости у больных менялась не существенно, хотя и имела тенденцию к повышению.

Через 7 дней после проведения операции у больных 1-й группы наблюдалась дальнейшая тенденция к повышению активности лизоцима ротовой полости, однако она достоверно не отличалась от предыдущих значений и была существенно ниже контрольного уровня. В этот же период исследования у больных 2-й группы активность лизоцима ротовой жидкости достигал контрольного уровня и превышал аналогичный показатель у больных 1-й группы на 37%. Вероятно, традиционная терапия ХГП хотя и оказывает определенное антибактериальное действие, но недостаточно стимулирует неспецифические факторы защиты ротовой полости. Применение циклоферона приводило к значительной активации местных защитных механизмов, что приво-

дило к активации специфических и неспецифических защитных механизмов. Данный тезис хорошо иллюстрируется более выраженным клиническим эффектом у больных этой группы по сравнению с группой сравнения. Через год после операции активность лизоцима в ротовой полости у больных 2-й группы несколько снижалась и была достоверно ниже контрольных значений, но была выше исходного уровня. У больных 1-й группы данный показатель практически не отличался от такового в послеоперационном периоде, но также был выше исходного значения. Вероятно, что циклоферон оказывает выраженный положительный эффект на состояние неспецифических факторов защиты ротовой полости, однако для его закрепления необходимо проведение повторных курсов.

### ГЛИКОЗАМИНОГЛИКАНЫ В ДЛИТЕЛЬНОЙ НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

Трусов В.В., Руденко И.Б., Казакова И.А.,  
Данилова М.Л.

*Ижевская государственная медицинская академия,  
Ижевск, e-mail: vtrusov@list.ru*

Целью исследования явилось изучение патогенетического подхода коррекции дисплазии соединительной ткани при диабетической нефропатии (ДН) по результатам курсового применения сулодексида (Vessel due F) у больных сахарным диабетом (СД) типа I в течение 5-летнего периода. Обследовано 106 больных СД типа 1, средний возраст которых составил  $38,2 \pm 0,6$  года. 1 основную группу составили больные с микроальбуминурией (МА) – 52 человека, 2 основную группу с протеинурией – 54 человека. В группу сравнения вошли 20 больных, получавших только традиционную терапию. Пациентам основных групп назначали сулодексид в виде инъекций по 600 ЛЕ внутримышечно в течение 15 дней в условиях стационара, с последующим приемом капсул в амбулаторных условиях по 250 ЛЕ 2 раза в день в течение 30 дней. Курс лечения повторялся 2 раза в год. Функциональное состояние почек оценивали по формуле Кокрофта-Голта, суточной протеинурии, функциональному почечному резерву (ФПР), определению  $\beta_2$ -мг в крови и моче и показателей обмена биополимеров соединительной ткани (общих и сульфатированных гликозаминогликанов-оГАГ и сГАГ, сиаловых кислот – СК) в крови и моче. В результате курсовой терапии в течение 5 лет, из 106 больных, нефропротективный эффект сохранялся у 85 (80%). При исследовании МА в динамике установлено, что через 3 года курсового лечения препаратом этот показатель у 75% больных достоверно снижался. У 25% – отмечался переход в протеинурию. У 80% больных с протеи-