

выявлялись фиброзно-очаговые изменения в сочетании с изменениями на плевре, а также с первичным туберкулезным комплексом в фазе обызвестления (у 4).

У 67,2% больных с остаточными внутригрудными изменениями в анамнезе не отмечены легочные заболевания, однако все больные указывали на частые респираторно-вирусные инфекции — не менее 5—6 раз в год.

Таким образом, установлено, что у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, остаточные изменения в легких встречаются значительно чаще, чем в контрольной группе. Очевидно, в сочетании со свойственными алкоголизму иммунологическими нарушениями они способствуют более частому возникновению легочных заболеваний и более тяжелому их течению.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вершинин Н. В. Фармакология. М., Медгиз, 1952.— 2. Кочнова Н. Е. Сов. мед., 1972, 4.— 3. Рубилина Э. Э. Флюорография в практике пульмонологии. Алма-Ата, 1982.— 4. Edwards P. Q. Chest., 1975, 68, 3.— 5. Stead W. W. Ibid., 1975, 68, 3.

Поступила 27 ноября 1984 г.

УДК 616.314.17—008.1—08:612.017

## ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНИЗМА ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗУБОДЕСНЕВЫХ КАРМАНОВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПАРОДОНТА

Н. А. Горячев

*Кафедра терапевтической стоматологии (зав.— проф. Г. Д. Овруцкий) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Болезни пародонта обоснованно рассматривают как очаг хронической инфекции [2—4, 6а]. Анализ литературных данных и собственные клинические наблюдения дают основания считать, что патогенное действие очага пародонтита связано с образованием патологических зубодесневых карманов. Для подтверждения этой зависимости и с целью разработки путей их щадящего устранения мы изучали динамику показателей иммунобиологического состояния организма после ликвидации патологических зубодесневых карманов. Под нашим наблюдением находилось 190 лиц с болезнями пародонта. У 138 из них были устранены 305 патологических зубодесневых карманов хирургическим путем (гингивэктомия, папиллэктомия) либо посредством склерозирующей терапии, основанной на инъекциях 10% раствора хлористого кальция или на повторном введении в патологические зубодесневые карманы турунд, пропитанных 5% раствором йода.

Об эффективности устранения патологических зубодесневых карманов судили по клинически определяемым изменениям десневого края, глубине кармана, индексам РМА, Remfjord, рентгенограммам, количеству кревикулярной жидкости и цитоморфологической картине.

Во всех случаях до и спустя 2—12 мес после устранения патологических зубодесневых карманов наряду с оценкой состояния пародонта исследовали такие показатели иммунобиологического состояния организма, как активность лизоцима сыворотки крови, смешанной и паротидной слюны по В. Г. Дорофейчук (1968), определяли концентрацию сывороточных иммуноглобулинов (ИГ)<sup>G</sup>, M и A по Манчини и др. (1965), уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) по В. Г. Гашковой и др. (1978) в модификации Казанского НИИ эпидемиологии и микробиологии (КНИИЭМ) и аллергическую чувствительность к аллергену гемолитического стрептококка и стафилококка производства КНИИЭМ.

У 97 из 138 больных удалось ликвидировать 176 патологических зубодесневых карманов. У 42 пациентов было диагностировано по одному карману, у 39 из них они были успешно устранены. У 56 больных было выявлено по 2 кармана, у 41 из них удалось устранить оба, у 8—один, у 7—ни одного. Из 40 больных, у которых были констатированы три и большее число карманов, у 17 лиц устранены все, у 6 остался один, у 9—2, у 6—3, у 2—все.

Динамика показателей иммунобиологического состояния организма до и после лечения 190 больных отражена в табл. 1. Данные табл. 1 свидетельствуют о су-

Таблица 1

Динамика показателей иммунобиологического состояния организма до и после устранения патологических зубодесневых карманов при заболеваниях пародонта

Сроки обследования	Число больных	Активность лизоцима, %			Концентрация сывроточных иммуноглобулинов, мкмоль/л			ЦИК, мг/л	Частота микробной сенсибилизации, %	
		сывротки крови	смешанной слюны	паратидной слюны	G	M	A		стрептококк	стафилококк
До лечения	138	20,4± ±3,4	34,7± ±4,1	19,0± ±3,3	62,2± ±2,7	1,1± ±0,1	11,5± ±0,6	64,8±4,1	82,3±3,2	46,6±4,2
После лечения	138	27,1± ±3,8	46,8± ±4,2	26,0± ±3,7	70,8± ±1,9	1,1± ±0,1	12,6± ±0,6	40,4±4,2	38,0±4,2	22,8±3,6
P								<0,001	<0,001	<0,001

пественном возрастании активности лизоцима сывротки крови, смешанной и паротидной слюны. Следует отметить, что после устранения патологических зубодесневых карманов уменьшилось число больных, у которых имелаась низкая активность лизоцима сывротки крови, смешанной и паротидной слюны. Так, до устранения карманов низкая активность лизоцима сывротки крови была у 84 больных, после устранения — у 20; активность лизоцима смешанной слюны до лечения — у 82, после лечения — у 24; активность лизоцима паротидной слюны до лечения — у 93, после лечения — у 31. После ликвидации патологических зубодесневых карманов возросла концентрация иммуноглобулинов G и A и достоверно увеличилось число больных с высокой концентрацией иммуноглобулинов G, M, A, а также наблюдалось достоверное снижение уровня ЦИК и частоты стрептококковой и стафилококковой сенсибилизации. При этом существенно уменьшилось число больных с умеренным и высоким уровнем ЦИК, а также с выраженной стрептококковой и стафилококковой сенсибилизацией. Такая закономерность прослеживается после устранения патологических зубодесневых карманов при различных заболеваниях пародонта — хрониче-

Таблица 2

Динамика показателей иммунобиологического состояния организма при заболеваниях пародонта в зависимости от эффективности устранения патологических зубодесневых карманов

Эффективность лечения патологических зубодесневых карманов	Сроки обследования	Число больных	Активность лизоцима, %			Концентрация сывроточных иммуноглобулинов, мкмоль/л			ЦИК, мг/л	Частота микробной сенсибилизации, %	
			сывротки крови	смешанной слюны	паратидной слюны	G	M	A		стрептококк	стафилококк
Устранены полностью	до лечения	97	20,5± ±4,1	35,7± ±4,9	19,4± ±4,0	64,8± ±1,9	1,0± ±0,1	11,4± ±0,5	62,2± ±4,9	80,4± ±4,0	45,4± ±5,1
	после лечения	97	30,1± ±4,6	48,7± ±5,1	28,4± ±4,6	73,0± ±1,7	1,2± ±0,0	13,0± ±0,3	22,5± ±4,2	13,5± ±3,5	9,3± ±2,9
Устранены частично	до лечения	27	19,1± ±7,6	31,9± ±9,0	18,3± ±7,4	66,3± ±4,3	0,9± ±0,1	12,1± ±0,8	80,1± ±7,8	81,5± ±6,0	48,1± ±9,8
	после лечения	27	22,5± ±8,0	37,9± ±9,3	21,2± ±7,9	68,2± ±3,9	1,0± ±0,0	12,5± ±1,2	64,8± ±9,4	77,8± ±8,0	40,7± ±9,6
Не устранены	до лечения	14	17,5± ±10,1	31,6± ±12,4	18,3± ±10,3	64,9± ±9,0	1,1± ±0,4	10,9± ±3,7	86,7± ±9,4	92,8± ±6,9	50,0± ±13,9
	после лечения	14	22,4± ±11,1	38,9± ±13,0	22,3± ±11,1	70,9± ±3,7	1,2± ±0,1	12,2± ±1,4	59,0± ±13,6	71,4± ±12,1	42,8± ±13,7

ских формах гингивита, осложненных локализованным пародонтитом, пародонтозе и хроническом генерализованном пародонтите.

Поскольку эффективность лечения, направленного на устранение патологических зубодесневых карманов, оказалась различной, нами проведено сопоставление показателей иммунобиологического состояния организма (табл. 2). После эффективного устранения всех выявленных патологических зубодесневых карманов закономерно изменились все изучавшиеся показатели. В тех случаях, когда были ликвидированы не все карманы либо лечение оказалось неэффективным, эти показатели, как правило, существенно не изменялись.

Обнаруженная закономерность прослеживается независимо от нозологической принадлежности пародонтального заболевания. Иными словами, устранение патологических зубодесневых карманов приводит к благоприятным изменениям иммунобиологического состояния организма как при хроническом генерализованном пародонтите и пародонтозе, так и при хронических формах гингивита, осложненного локализованным пародонтитом.

Динамика показателей иммунобиологического состояния организма не зависела от применяемого метода. Так, хирургическое лечение (гингивэктомия, папиллэктомия) оказалось эффективным в 94 (81,0%) из 116 случаев, а неоперативное — в 151 (79,9%) из 189. Приведенные данные о влиянии успешного неоперативного устранения патологических зубодесневых карманов на иммунобиологическое состояние организма представляют интерес с точки зрения удаления пародонтального очага при очаговообусловленных заболеваниях. Считается, что оперативное вмешательство, в частности на пародонте, у больных с врожденными или приобретенными болезнями сердца, искусственными клапанами сердца, а также у перенесших в прошлом инфекционное поражение сердца может осложниться эндокардитом [5, 6 б]. Установлено, что хирургическое вмешательство на пародонте оказывает преходящее, но выраженное угнетающее действие на функциональную активность ретикулоэндотелиальной системы [7].

Полученные нами данные свидетельствуют о возможности ликвидации пародонтального очага неоперативным путем у больных,отягощенных различными заболеваниями, без риска осложнений со стороны сердца и других органов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дороевичук В. Д. Лабор. дело, 1968, 1.— 2. Иванов В. С. Заболевания пародонта. М., Медицина, 1981.— 3. Овруцкий Г. Д. Казанский мед. ж., 1981, 1.— 4. Гашкова В., Матл И. и др. Чех. мед., 1978, 2.— 5. Brackett S. E. Oral Surg., 1982, 54, 3.— 6. Sawson R. A. a) Brit. dent. J., 1981, 151, 12; b) Ibid., 1983, 154, 6.— 7. Lavelle C. L. Inter. J. Oral. Surg., 1983, 12, 46.— 8. Mancini G., Carbonago A., Heremans J. T. Immunochemistry, 1965, 2, 3.

Поступила 7 марта 1985 г.

УДК 616.5—08:[615.831+615.263

#### ФОТОХИМИОТЕРАПИЯ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ

*Г. Г. Нурев, В. И. Марачковская, В. И. Шайхразиева, Т. В. Макарова*

*Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. Г. Г. Нурев) Казанского отделения Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Республиканский кожно-венерологический диспансер (главврач — заслуж. врач ТАССР В. И. Марачковская) МЗ ТАССР*

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе появились сообщения о лечении больных с различными хроническими дерматозами фотохимиотерапией, или ПУВА-терапией [1, 4, 5]. Этот метод основан на сочетании применения длинноволнового ультрафиолетового излучения и препаратов фурукумаринового ряда из группы псораленов фотосенсибилизирующего действия — пувалена (8-метоксипсорален). Термин «ПУВА» складывается из начальных букв английского названия компонентов, составляющих основу этой терапии: П — фотосенсибилизатор пувален, УВ — ультрафиолетовые лучи, А — длинноволновый спектр ультрафиолетовых лучей (320—400 нм).

В основе лечебного действия ПУВА-терапии лежит активация фотосенсибилизатора под влиянием УФ-лучей, проникающих в поверхностные слои кожи. Фотохи-