

Сведения об авторах:

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет, Астана

Кафедра хирургических болезней № 2

Изимбергенов Мерсайд Намазович — д-р мед. наук, проф. каф. хирургии по интернатуре.

Койшибаев Ануар Султанович — канд. мед. наук, и.о. доц. кафедры; e-mail: anuarmed@mail.ru

Изимбергенова Гулмира Изимбергеновна — канд. мед. наук, мл. науч. сотр. Республиканского центра перитонита при кафедре.

Иманбаев Кадирбек Сагимбекович — канд. мед. наук, и.о. доц. кафедры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотикотерапия абдоминальной хирургической инфекции / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З. и др.; под ред. В.С. Савельева. М.; 2000.
2. Шуркалин Б.К., Фаллер А.П., Горский В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита. Хирургия. 2007; 2: 24—8.
3. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юришев В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита. Хирургия. 2007; 11: 36—9.
4. Buijk S.E., Bruining H.A. Future directions in the management of tertiary peritonitis. Intensive Care Med. 2004; 28: 1024.
5. Dumanian G.A., Llull R., Ramasastry S.S. Postoperative abdominal wall defects with enterocutaneous fistulae. Am. J. Surg. 1006; 172: 332.
6. O'Brien B., Landis-Erdman J., Erwin-Toth P. Nursing management of multiple enterocutaneous fistulae located in the center of a large open abdominal wound: a case study. Ostomy Wound Manage. 1998; 44: 20.
7. Бебуришвили А.Г., Михин И.В., Акинчин А.Н. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении осложненной абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хирургия. 2006; 5: 25—9.
8. Седов В.М., Избасаров В.В., Стрижельский В.В., Рутенбург Г.М., Лучкин А.П. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита. Вестник хирургии. 2008; 167(1): 86—91.
9. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис. Русский медицинский журнал. 1999; 5(7): 6—11.
10. Изимбергенов Н.И. Современная тактика лечения заболеваний и травм органов брюшной полости, осложненных разлитым перитонитом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы; 2001.
11. Ульянов А.А., Панин А.А., Истомин Н.П. К вопросу о прогнозировании операционного стресса и его последствий методом вариационной пульсометрии. В кн.: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда анестезиологов-реаниматологов. М.; 1994: 285—6.
12. Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А., Соловьев Г.М. Оперативная лапароскопия в лечении разлитого перитонита. В кн.: Материалы Первого Московского международного конгресса хирургов. М.; 1995: 26—7.

Поступила 15.04.12

© А.А. СОРОКИНА, Б.П. БОГОМОЛОВ, 2013

УДК 616.36-002-022-06:616.31-018.731-07

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ А

А.А. Сорокина, Б.П. Богомолов

ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента Российской Федерации, Москва

Цель исследования — изучение состояния полости рта у больных гепатитом А. В исследование были включены 42 больных в возрасте от 25 до 58 лет, проходивших лечение в инфекционном отделении многопрофильной клинической больницы. Контрольную группу составили 40 пациентов без патологии печени. При гепатите А развиваются воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта: стоматиты — 78,5%, глосситы — 71,4%, хейлиты — 64,3%, воспаление краевого пародонта — 85,7%. Поражения слизистой оболочки полости ртаотягощают течение болезни и дополняют общую клиническую картину гепатита. У больных гепатитом А выявлена высокая (95,2%) распространенность кариеса и его осложнений. Проведенные нами исследования обосновывают необходимость раннего осмотра стоматологом больных гепатитом А.

Ключевые слова: гепатит А, слизистая оболочка, полость рта

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ И ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ А

А.А. Sorokina, B.P. Bogomolov

Central Clinical Hospital with Polyclinic; General Management Department of Presidential Administration

The aim of the study was to estimate oral cavity condition in 42 patients aged 25-58 years with hepatitis A. Forty patients without hepatic pathology served as controls. Hepatitis A is known to be associated with inflammation of oral mucosa with stomatitis occurring in 78.5% of the patients, glossitis in 71.4%, cheilitis in 64.3%, marginal periodontal inflammation in 85.7%. Oral mucosal lesions confound the clinical picture of hepatitis. The prevalence of caries and its complications in patients with hepatitis A amounts to 95.2%. Results of our studies confirm the necessity of early stomatological examination of such patients.

Key words: hepatitis A, mucosa, organs of oral cavity

В оценке состояния стоматологического здоровья больных важное место занимают вирусные поражения печени [1—4]. Вместе с тем стоматологи и врачи других специальностей не уделяют должного внимания состоянию полости рта при заболеваниях печени [5].

Опыт работы стоматолога в инфекционных отделениях показал, что эффективность диагностики и лечения поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) зависит от возможно раннего осмотра поступившего больного [6, 7].

Стоматологическая помощь больным даже с установленным диагнозом гепатита оказывается в основном по обращаемости, обусловленной острой болью. Крайне мало разработок по стоматологической тактике ведения больных гепатитами [8, 9]. В странах с высоким уровнем стоматологической службы также не накоплен опыт по этой проблеме. Широкое распространение вирусных гепатитов, в частности гепатита А, требует углубленных стоматологических исследований.

Целью исследования явилось изучение состояния полости рта у больных гепатитом А.

Материал и методы

В инфекционном отделении многопрофильной клинической больницы под нашим наблюдением находились 42 больных вирусным гепатитом А в возрасте от 25 до 58 лет (средний возраст $37,29 \pm 2,87$ года): 22 (52,38%) женщины и 20 (47,62%) мужчин. У 34 пациентов заболевание протекало в среднетяжелой форме, у 8 — в тяжелой.

Стоматологический статус изучали на 11, 19 и 27-й дни болезни. Пациенты обследованы с использованием медицинской карты стоматологического больного по разработанной нами схеме, включающей показатели стоматологического статуса: уровень гигиены полости рта по упрощенному индексу J. Green, J. Vermillion (1964), состояние зубов (сумма кариозных, пломбированных, удаленных зубов — КПУ) и тканей пародонта. Проводили визуальное изучение состояния всех отделов СОПР (губ, щек, неба, маргинального пародонта и языка). Оценивали цвет, рельеф, влажность, тургор, сосудистый рисунок. Сравнивали локализацию, частоту, характер, распространенность поражений СОПР до и после лечения в динамике болезни. При исследовании пародонта оценивали степень выраженности воспалительных явлений в десне по следующим критериям: гиперемия, отечность, кровоточивость, десквамация. Оценку кровоточивости десны проводили по данным опроса, определяя степень тяжести ее проявления [10]. Использование других пародонтологических индексов было ограничено в связи с общесоматическим состоянием больных. Контрольную группу составили 40 пациентов (29 женщин и 11 мужчин) без патологии СОПР и печени. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу. Пациенты подписывали добровольное информированное согласие на дообследование и лечение.

Диагноз острого вирусного гепатита А устанавливали на основании клинико-эпидемиологических данных и наличия в сыворотке крови больных антител к вирусу гепатита А (анти-НАV, иммуноглобулины класса М методом иммуноферментного анализа) и детекции HCV-RNA с помощью полимеразной цепной реакции. Тяжесть заболевания оценивали по комплексу клинико-лабораторных и инструментальных показателей. В 100% случаев маркеры других вирусных гепатитов отсутствовали. Статистический анализ материала проводили на персональном компьютере по программам Microsoft Excel и BioStat.

Результаты и обсуждение

Помимо общеклинических проявлений гепатита А (повышение температуры тела, общая слабость, тошнота, рвота, снижение аппетита, темная моча и обесцвеченный кал), больные предъявляли жалобы на болезненность в подчелюстной области, сухость во рту и стянутость губ. Имели место шелушение кожи подбородка, болезненные трещины в углах рта, слабоболлезненные эрозии на губах, щеках, небе, чувство жжения и покалывания в языке, изменение вкуса, обложенность языка, шероховатость СОПР, набухание и кровоточивость десен.

Кожные покровы и склеры были иктеричны у 36 больных, слабоииктеричны у 4. При пальпации подче-

люстные лимфатические узлы увеличены до 2 см, подвижны, болезненны у 18 больных, слабоболлезненны у 14. Височно-нижнечелюстной сустав без особенностей отмечен у 32 обследованных, привычный подвывих нижней челюсти — у 6, посттравматическая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава — у 4. Красная кайма губ бледная, бледно-розового цвета, сухая, стянута, у 16 больных покрыта прозрачными (у 8 сероватыми) пленками. Болезненные трещины в углах рта, заполненные фибрином, имелись у 14 пациентов. У 39 больных околоушные и подчелюстные слюнные железы при пальпации безболезненны; имеются желтушное прокрашивание выводных протоков и гиперплазия окружающего их эпителия. Зияние концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез отмечено у 36 больных. Чистый секрет выделялся в достаточном количестве у 20 больных, в умеренном у 22. У 38 пациентов обнаружена иктеричность мягкого и твердого неба, дна полости рта, уздечки языка и подъязычной области.

При осмотре преддверия и собственно полости рта: СОПР бледно-розового цвета, дно полости рта и мягкое небо слабоииктеричны у 7 обследованных, СОПР умеренно отечна и гиперемирована у 10, разрыхлена у 32. Слизистая оболочка небных дужек гиперемирована у 14 больных. На слизистой оболочке мягкого неба, щеках и языке имеются единичные геморрагии (у 18). На щеках ниже линии смыкания зубов или по указанной линии узелки беловато-желтоватого цвета (диаметром до 1 мм), рассыпанные под эпителием в толще СОПР гранулы Фордайса (у 10).

Язык ярко-розового цвета, атрофичный, гладкий, лишен налета у 11 больных, немного отечен у 7, на боковых поверхностях видны четкие отпечатки зубов у 22; язык был суховат у 11 больных, влажный — у 12. У 12 больных язык у корня был покрыт густым беловато-серым, у 10 — серовато-желтоватым налетом, частично снимающимся при поскабливании шпателем. Очаги десквамации эпителия определялись у 16 больных, кончик языка ярко-красного цвета — у 26. На боковых поверхностях языка и (или) его кончике у 6 пациентов наблюдали болезненные афты с венчиком гиперемии. Нитевидные сосочки сглажены у 28 больных, тонус языка понижен у 2 больных, в норме у 40. Вкус на сладкое изменен у 18 больных, на горькое — у 6. На рисунке *a—в* (см. вклейку) представлены клинические проявления заболевания в динамике у больной О., 35 лет.

В анамнезе у обследованных больных рецидивирующий герпес кожи лица и СОПР выявлен в 81% случаев. Более 4 раз в год герпетические высыпания отмечали 12 пациентов, более 2 раз в год — 17, 1 раз в несколько лет — 5.

При исследовании стоматологического статуса интактные зубы были только у 4,8% больных. Распространенность кариеса у больных гепатитом А оказалась высокой — 95,2%. Индекс КПУ зубов (стандартизованный показатель) в среднем составлял $11,19 \pm 1,4$. Достоверных различий показателей интенсивности кариеса с таковыми в контрольной группе не выявлено ($p > 0,05$). Среди клинических форм неосложненного кариеса преобладал глубокий кариес. При анализе компонентов индекса КПУ зубов в обеих группах преобладало число запломбированных зубов ($p < 0,001$). Аномалии строения СОПР (короткая уздечка верхней, нижней губы или языка, мелкое преддверие полости рта) выявлены у 8 из 42 больных, зубочелюстные аномалии — у 24 из 42 (чаще всего они проявлялись аномалиями положения зубов). Указанные аномалии у больных гепатитом А достоверно не отличались ($p < 0,001$) от таковых при ранее проведенных нами обследованиях больных острой кишечной инфекцией. Изучение ортопедического статуса показало, что больные гепатитом А в 3,5 раза чаще, чем

в контрольной группе — 22 (52,4%) из 42 нуждались в протезировании зубов, тогда как в контрольной группе протезирование было необходимо только у 15% обследованных.

У большинства больных гигиена полости рта была плохой. Правильный режим ухода за зубами пациентами не соблюдался, дополнительные предметы и средства гигиены не использовались. Стандартизованный показатель индекса гигиены (ОНИ — S) составлял $2,77 \pm 0,16$ балла. Установлена существенная разница в гигиене полости рта между здоровыми обследованными и больными гепатитом А ($p < 0,001$).

Известно, что диагностика гепатита А затруднена в продромальном периоде, когда еще нет признаков этой инфекции опорных клинических симптомов. В органах полости рта, однако, в этот период нередко развиваются воспалительные изменения, что косвенно может указывать на возможность проникновения вируса в эпителиальные клетки слизистой оболочки ротоглотки. Об этом свидетельствует своеобразная неспецифическая ее реакция, которая усугубляется на фоне интоксикации, обусловленной болезнью, и из-за отсутствия гигиены полости рта. Нарушения микроциркуляции в СОПР, ослабление иммунной защиты больных гепатитом А повышают риск развития воспалительных поражений пародонта и кариеса зубов.

Клинические особенности поражения СОПР, характерные для гепатита А, проявляются прежде всего иктеричностью мягкого неба, которая наблюдается иногда при других болезнях печени и желчевыводящей системы. У всех больных гепатитом А отмечена иктеричность твердого и мягкого неба, дна полости рта, уздечки языка и подъязычной области; у парных слюнных желез выявляли желтушное прокрашивание выводных протоков слюнных желез и гиперплазию окружающего их эпителия, зияние концевых отделов выводных протоков малых слюнных желез, изменение цвета гранул Фордайса.

Воспалительные заболевания тканей краевого пародонта были обнаружены у 85,7% больных гепатитом А и проявлялись острым катаральным гингивитом у 8, хроническим катаральным гингивитом у 10, хроническим генерализованным пародонтитом, чаще с преобладанием средней степени тяжести, у 18. Степень поражения СОПР прямо коррелировала с тяжестью течения болезни ($r = 0,78, p < 0,05$).

Изменения сосочкового аппарата языка регистрировали у 52,4% больных, кандидозный глоссит — у 14,3%, болезненные трещины в углах рта — у 28,6%. Катараль-

ный стоматит выявлен у 61,9% обследованных, афты — у 4 (9,5%) больных, эрозии губ и щек — у 17 (40,5%), кандидозный стоматит — у 6 (14,3%), рецидивирующее герпетическое поражение губ — у 5 (11,9%).

Проведенные исследования показали, что при гепатите А повышается частота возникновения катарального гингивита и его клинические проявления ярко выражены. Этому способствуют также обильный зубной налет, резкое ухудшение гигиены полости рта, а также, возможно, и то, что современная базовая терапия гепатита А практически исключает применение антибиотиков и химиопрепаратов [11—14]. Близкие к выявленному у больных гепатитом А поражения СОПР наблюдаются при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта [15—17], обменных нарушениях [3, 4, 16].

В начальном периоде гепатита А у многих больных ошибочно устанавливали диагноз острой респираторной вирусной инфекции. Это объясняется тем, что при гепатите А симптомы интоксикации и диспепсические расстройства сочетаются с катаральными явлениями в верхних дыхательных путях [1, 11—13].

Глотка и верхний отдел пищеварительного тракта являются общими входными воротами инфекции как при кишечных, так и при респираторных заболеваниях. Лимфогенно и гематогенно возбудители попадают в порталный кровоток, в печень, где репродуцируются. Формируется функциональная ферментативная недостаточность пищеварительных желез, дисфункция желчного пузыря и поджелудочной железы [18]. Преморбидное неблагоприятное гигиеническое состояние полости рта отягощает течение гепатита А и повышает риск развития воспалительных изменений в маргинальном пародонте. Это обосновывает необходимость раннего осмотра больных гепатитом А стоматологом для повышения эффективности лечения и профилактики заболеваний полости рта. Регулярная гигиена полости рта и языка у стационарного больного улучшает стоматологический прогноз.

Выводы

1. У больных гепатитом А развиваются воспалительные изменения слизистой оболочки полости рта: стоматиты (78,5%), глосситы (71,4%), хейлиты (64,3%), воспаление краевого пародонта (85,7%).
2. Поражения слизистой оболочки полости рта отягощают течение болезни и служат важным дополнением к характеристике общей клинической картины гепатита А.
3. При гепатите А выявлена высокая (95,2%) распространенность кариеса и его осложнений.

Сведения об авторах:

ФГБУ Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва

Сорокина Анастасия Анатольевна — канд. мед. наук, врач-стоматолог.

Богомолов Борис Павлович — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАМН, зам. гл. инфекциониста МЦ УД Президента РФ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Б. П. Инфекционные болезни: неотложная диагностика, лечение, профилактика. М.: Ньюдиамед; 2007.
2. Янушевич О.О., ред. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. М., 2009.
3. Лукиных Л.М., ред. Болезни полости рта. Н. Новгород: НГМА; 2004.
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. - М.: МЕДпресс; 2001.
5. Богомолов Б.П. Поражение слизистых оболочек ротовой полости у инфекционных больных. В кн.: Дифференциальная

диагностика инфекционных болезней. М.: Дизайн Пресс; 2000:122—7.

6. Сорокина А.А., Богомолов Б.П. Изменения слизистой оболочки полости рта у больных пищевыми токсикоинфекциями. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2008; 1: 26—8.
7. Давыдов Б.Н., Сорокина А.А., Богомолов Б.П. Изменения стоматологического статуса у больных острой дизентерией и сальмонеллезом. Стоматология. 2009; 5: 76—8.
8. Афанасьев В.В., Муромцев А.В., Деркач Н.В. Состояние слюнных желез и слизистой оболочки рта у больных хроническим активным гепатитом. Стоматология. 2008; 87 (2): 31—3.
9. Ахророва З.К. Особенности поражения слизистой полости рта и пародонта у больных хроническими заболеваниями печени

- вирусной этиологии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Душанбе; 2011.
10. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учеб. пособие. М.: Тонго-Принт; 2003.
 11. Вирусные гепатиты: Клиника, диагностика, лечение / Юшук Н.Д., Климова Е.А., Знойко О.О., Кареткина Г.Н., Максимов С.Л., Маев И.В. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2012.
 12. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2003.
 13. Макаров В.К. Иммунокорректирующая терапия инфекционных больных. Дифференциальная диагностика. Тверь; 2008.
 14. Беляева Н.М. Вирусные гепатиты прошлое и будущее. Русский медицинский журнал. 2002; 4 (2): 39—41.
 15. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломнашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ: Учеб. пособие. М.: Медицинская книга; 2008.
 16. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык — «зеркало» организма. (Клиническое руководство для врачей). М.: ЗАО «Бизнес Центр «Стоматология»; 2000.
 17. Луцкая И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта. М.: Медицинская литература; 2007.

Поступила 18.09.12

© А.Е. ЛЕВЕНЦОВА, В.К. МАКАРОВ, 2013
УДК 616.34-002.1-079.4-07:616.153.915

СЫВОРОТОЧНЫЕ ФОСФОЛИПИДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО И САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОГО ГАСТРОЭНТЕРИТОВ

А.Е. Левенцова, В.К. Макаров

ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

Цель работы — выявление возможности использовать показатели фосфолипидного спектра сыворотки крови для дифференциальной диагностики острого алкогольного гастроэнтерита (ОАГЭ) и сальмонеллезного гастроэнтерита (СГЭ). Проведены исследования фосфолипидных фракций сыворотки крови у здоровых лиц, больных с ОАГЭ и пациентов с СГЭ; по 50 человек в каждой группе. Определены фосфолипиды, суммарные лизофосфолипиды (ЛФЛ), сфингомиелин, фосфатидилхолин (ФХ), фосфатидилэтаноламин (ФЭ). СГЭ характеризуется понижением относительного содержания ЛФЛ и повышением ФХ, ОАГЭ, повышением относительного содержания ЛФЛ, ФЭ и снижением ФХ. В сыворотке крови больных с ОАГЭ значительно выше относительное содержание ЛФЛ и ФЭ, а ФХ — ниже. У больных с ОАГЭ количество ЛФЛ в 2 раза превысило содержание этой фракции у больных с СГЭ. Напротив, у больных с СГЭ абсолютный показатель ФХ оказался в 1,5 раза выше, чем у больных с ОАГЭ.

Ключевые слова: сальмонеллез, алкоголь, гастроэнтерит, фосфолипиды

SERUM PHOSPHOLIPIDS IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ACUTE ALCOHOL AND SALMONELLA GASTROENTERITIS

А.Е. Leventsova, V.K. Makarov

Tver State Medical Academy

The aim of the study was to estimate the possibility of using the serum phospholipid spectrum for differential diagnostics of acute alcoholic and salmonella gastroenteritis. It included 50 patients and 50 healthy subjects. The following fractions were measured: total lipophospholipids (LPL), sphingomyelin (SM), phosphatidylcholine (PC) and phosphatidylethanolamine (PE). The serum phospholipid composition in patients of the two groups was significantly different. Salmonella gastroenteritis was characterized by reduced LPL and increased PC levels. Acute alcohol gastroenteritis was associated with elevated LPL, PE levels and reduced PC level. Relative LPL, PE levels in salmonella gastroenteritis were significantly higher and PC levels lower than in alcohol gastroenteritis. In the latter, the LPL level was twice that in salmonella gastroenteritis whereas PC level was 1.5 times lower.

Key words: salmonellosis, alcohol, gastroenteritis, phospholipids

Сальмонеллез встречается во всех регионах мира [1] и занимает значительное место в этиологическом спектре диарейных заболеваний [2]. Заболеваемость сальмонеллезами в РФ продолжает расти [3]. Наиболее частым клиническим вариантом течения сальмонеллеза является гастроэнтерит, протекающий с интоксикационным, диспепсическим и диарейным синдромами. Наблюдаются тошнота, рвота, боль в животе, частый обильный водянистый стул [4]. Бактериологическое подтверждение диагноза занимает от 3 до 5 дней [5].

Помимо инфекционной этиологии, причиной гастроэнтерита может быть токсическое влияние алкоголя [6]. Алкогольная ситуация в РФ критическая, потребление алкоголя расценивается как избыточное [7]. Для острого алкогольного гастроэнтерита (ОАГЭ) также характерны тошнота, рвота, боль в животе, повторный обильный

жидкий стул [8]. Алкоголь приводит к дестабилизации клеточных и внутриклеточных мембран [9].

Дифференциальная диагностика сальмонеллезного гастроэнтерита (СГЭ) и ОАГЭ практически очень важна, так как их лечение значительно различается.

Липиды считаются одной из важнейших составляющих всех клеток человеческого организма [10]. В составе клеточных мембран фосфолипиды обуславливают их проницаемость и тем самым обеспечивают нормальные процессы обмена в различных органах [11, 12]. Участвуя в обеспечении целостности строения мембран, фосфолипиды поддерживают многие функции клеток.

Цель работы — выявление возможности использования показателей фосфолипидного спектра сыворотки крови для ранней дифференциальной диагностики ОАГЭ и СГЭ.



К ст. Сорокиной А. А. и соавт.

Бо ль н а я О., 35 лет. Клинические проявления заболевания в динамике.

а — красная кайма губ покрыта прозрачными пленками. Герпетические высыпания в левом углу рта; б — желтушное прокрашивание подъязычной области, уздечки языка; в — иктеричность СОПР. Кандидозный стоматит (творожистые наложения на слизистой оболочке правой щеки).



К ст. Козловской В. В. и соавт.

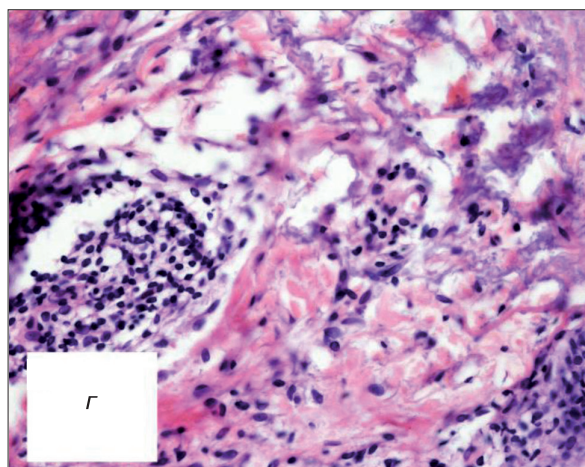
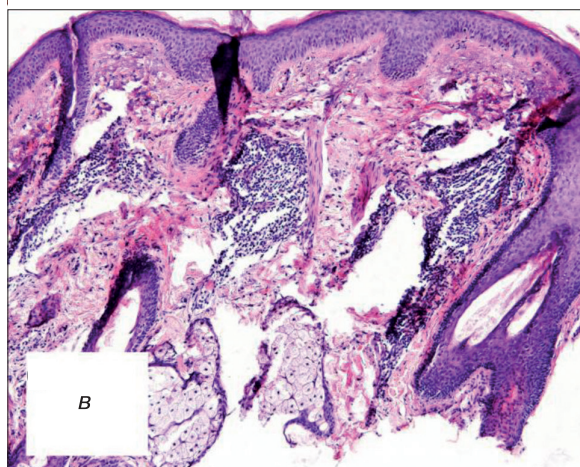
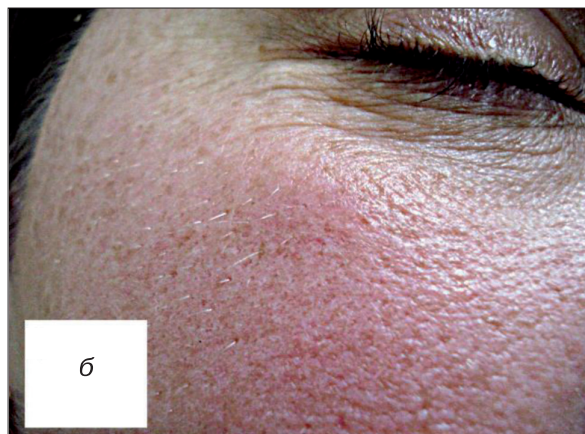
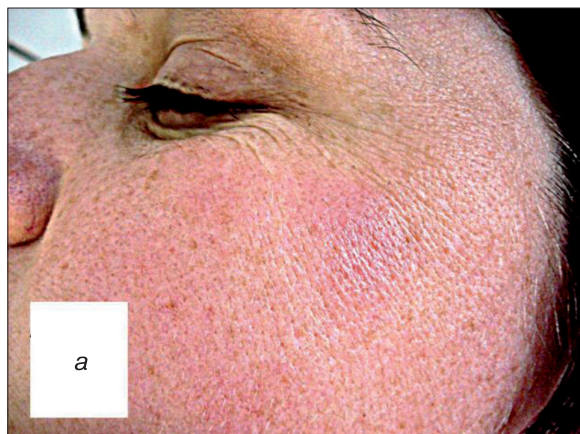


Рис. 1. Бо ль н а я А., 45 лет. Диагноз: опухолевидная волчанка. Уртикарноподобные возвышающиеся бляшки с синеватым оттенком на коже щек (а, б); в — глубокий периваскулярный лимфоцитарный инфильтрат, нет вовлечения эпидермиса; окраска гематоксилином и эозином; $\times 40$; г — лимфоцитарный инфильтрат, скопления муцина. Окраска гематоксилином и эозином; $\times 400$.