

ЭЖС - в 22,2%, ЗЖ – в 33,3% случаев соответственно.

Таким образом, беременность инициировала камнеобразование у 8,1% женщин без лечения, тогда как в группе беременных, получавших «Энтеросан», конкременты в ЖП не были сформированы в период гестации и после родов.

Проводимая терапия также привела к восстановлению однородности стенки ЖП и уменьшению размера полипов (до 2мм) у 8 беременных (38,1%) с сетчатой и полипозной формами холестероза ЖП, что, по всей видимости, могло быть обусловлено увеличением пула первичных желчных кислот, способствующих мицеллообразованию, сольюбизации ХС и прекращению его поступления в слизистую ЖП. Побочные эффекты препарата в виде закрепления стула были отмечены у 3-х беременных и самопроизвольно исчезли в течение 2-х недель терапии.

Таким образом, лечение беременных с БС препаратом «Энтеросан» привело к снижению литогенности желчи, о чем свидетельствуют регресс БС и отсутствие конкрементов в ЖП по сравнению с КГ.

#### **Выводы**

1. Эхографический мониторинг ЖП в период беременности позволяет своевременно выявить морфофункциональные изменения ЖП, реализующиеся в появлении различных форм БС, нарастающего с увеличением срока гестации, оценить его динамику развития на фоне медикаментозной коррекции и при ее отсутствии.

2. Применение препарата «Энтеросан» способствует регрессу БС и профилактике камнеобразования в исследуемой группе, что позволяет рекомендовать его применение во II и III триместрах беременности для профилактики и лечения начальной стадии ЖКБ.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Иванова Елена Владимировна** – аспирант кафедры акушерства и гинекологии ИПО БГМУ.  
Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3, e-mail: [ievdocufa@mail.ru](mailto:ievdocufa@mail.ru)

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Власова, Н.А. Особенности клинического течения, патогенеза, профилактики и лечения желчнокаменной болезни на фоне гиперхолестеринемии: дис. ... д-ра мед. наук. - Уфа, 2008. – 232с.
2. Григорьева, И.Н. Билиарный сладж / И.Н. Григорьева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2009. - № 3. – С. 32-37.
3. Ильченко, А.А. Желчнокаменная болезнь / А.А. Ильченко. – М.: Анахарсис, 2004. – 200 с.
4. Тимербулатов, В.М. Прогнозирование возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии по данным УЗИ/ В.М. Тимербулатов, И.В.Верзакова, Р.М. Гарипов //Клиническая медицина. – 1996 - №6. – С.76
5. Шехтман, М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М. Шехтман. - М.: Триада-Х, 2008. – 815 с.
6. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients without stones / P. Janowitz, W. Kratzer, T. Zemmler [et al.] // Hepatology. – 1994. – Vol. 20, № 2. – P. 291–294.
7. Ko, C.W. Incidence, natural history, and risk factors for biliary sludge and stones during pregnancy / C.W. Ko, S.A. Beresford, S.J. Schulte // Hepatology. – 2005. – Vol. 41, № 2. – P. 359–365.

УДК 616.314.18-002.4-031.81-085.322:582.739

© Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Н.А. Борисова, Л.Р. Боговазова, А.Т. Тимергалина, 2011

### **Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Н.А. Борисова, Л.Р. Боговазова, А.Т. Тимергалина ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛЮЦЕРНЫ ПОСЕВНОЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ СИРИНГОМИЕЛИЕЙ**

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

В комплексном лечении ХГП в стадии обострения применен препарат люцерны посевной внутрь, а также местно. К концу курса лечения достоверно улучшились иммунологические показатели ротовой жидкости, нормализовались антиоксидантная защита полости рта и кровоснабжение тканей пародонта.

**Ключевые слова:** хронический генерализованный пародонтит, синрингомиелия, люцерна посевная, комплексное лечение.

### **F.Z. Mirsayeva, T.R. Mirsaev, N.A. Borisova, L.R. Bogovazova, A.T. Timergalina MEDICAGO SATIVA (ALFALFA POWDER) IN COMBINATION TREATMENT FOR CHRONIC GENERALIZED PARODONTITIS IN PATIENTS WITH SYRINGOMYELIA**

Medicago sativa (Alfalfa powder) was administered orally or in the form of local applications as part of combination treatment for chronic generalized parodontitis during exacerbation. A significant refinement in the immunological indications of oral cavity fluids, antioxidative mouth cavity defence normalization and parodontal tissues blood supply improvement were observed by the end of the therapy course.

**Key words:** chronic generalized periodontitis, syringomyelia, Medicago sativa (Alfalfa powder), combination treatment.

Хронический генерализованный пародонтит (ХГП) является широко распространенной патологией пародонта у человека. В его развитии наряду с местными факторами (микробный фактор, зубочелюстные аномалии, некачественные пломбы и ортопедические конструкции) большую роль играют заболевания органов и систем [3].

В настоящее время для лечения ХГП в арсенале пародонтолога имеется большое количество препаратов. Однако их применение не всегда приводит к желаемому эффекту. Заболевание часто обостряется, и патологический процесс еще более усугубляется. Это прежде всего связано с ограниченной фармакологической активностью препаратов и стандартным подходом к лечению без учета сопутствующих заболеваний и их механизмов развития.

В средней полосе России, в том числе в Республике Башкортостан (РБ), одним из распространенных заболеваний нервной системы является сирингомиелия. В мире она встречается повсеместно с частотой в среднем 8-9 случаев на 100 000 населения, а в отдельных районах РБ - 125 на 100 000 населения. В связи с этим сирингомиелия в РБ приобретает значимость краевой патологии [1].

Широкое клиническое и параклиническое изучение сирингомиелии за последние годы позволяет считать её поражением всего организма с нарушением функционирования не только мозговых структур, но и большинства экстракраневральных систем [1]. В этой связи следует отметить нарушения в метаболизме свободных аминокислот, электролитном обмене в виде дефицита в крови натрия, кальция, магния, цинка, меди, отклонения в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета и др. [6,7].

Известно, что при сирингомиелии часто имеют место так называемые малые аномалии, в том числе аномалии зубочелюстной системы [1], которые также служат причиной развития пародонтита. В связи с этим проведены целенаправленные исследования состояния тканей пародонта у больных сирингомиелией. В результате выявлено, что у каждого обследованного больного имелись локализованная или генерализованная формы хронического пародонтита [5].

Таким образом, частота встречаемости ХГП у больных сирингомиелией, с одной стороны, и большой полиморфизм выявленных отклонений во всех звеньях гомеостаза при данном заболевании нервной системы - с другой, требуют индивидуального подхода к ле-

чению ХГП с включением препаратов, обладающих широким спектром фармакологической активности. Таковым является фитопрепарат люцерны посевной. Он содержит флавоноиды, все виды свободных аминокислот, витамины А, В, С, Д, Е, К, каротин, белки, макро- и микроэлементы (калий, кальций, магний, натрий, железо, цинк, медь и др.), обладает противовоспалительным, антибактериальным, иммуномодулирующим, антиоксидантными действиями [4].

Цель исследования. Оценка эффективности применения фитопрепарата люцерны посевной в комплексном лечении ХГП у больных сирингомиелией.

#### Материал и методы

Под наблюдением находились 157 человек обоего пола в возрасте от 20 до 55 лет, больных ХГП в стадии обострения, страдающих сирингомиелией, а также 30 практически здоровых лиц с интактным пародонтом (контрольная группа). В зависимости от проводимого лечения были сформированы две группы: 1-я основная – 85 человек и 2-я – контрольная – 72 человека. Больным 2-й группы проводили общепринятую противовоспалительную терапию, которая включала в себя в качестве обязательных лекарственных средств антибиотики, сульфаниламиды, антигистаминные препараты, витамины, а также промывание пародонтальных карманов 0,05% раствором хлоргексидин биглюконата. Всем больным также осуществляли снятие над- и поддесневых зубных отложений. Сроки проведения его решались индивидуально и зависели от купирования признаков острого воспаления. Лечение больных 1-й группы отличалось от больных 2-й группы тем, что в комплекс лечения включали препарат люцерны посевной внутрь из расчета по 2 г сухого вещества в день, а также местно 3% водный раствор в виде ежедневных аппликаций (метод пассивной диффузии), продолжительностью 20 минут, в течение 10 дней. Оценка результатов лечения больных 1-й и 2-й групп проводили по данным клиники, иммунологических показателей (IgA, IgG, SIgA) ротовой жидкости (РЖ), а также по показателям антиоксидантной защиты РЖ (малонового диальдегида – МДА и супероксиддисмутазы – СОД) и по состоянию кровоснабжения тканей пародонта. Исследования проводили до лечения, на 7-е, 14-е сутки от начала курса лечения и в отдаленные сроки через 3, 6, 9, 12 месяцев после лечения.

Количество иммуноглобулинов определяли методом простой радиальной иммуно-

диффузии в агаре. В реакции использовали моноспецифические стандартные антисыворотки к человеческим IgA, IgM, IgG, SIgA. Количество иммуноглобулинов рассчитывали в г/л.

Активность СОД изучали по методу Е.Е. Дубининой с соавт. [2] по степени ингибирования восстановления нитросинего тетразолия в присутствии НАДН при длине волны 540 нм. МДА в РЖ определяли с помощью тиобарбитуровой кислоты по методу И.Д. Стальной, Т.Г. Гаришвили [8].

Состояние кровоснабжения тканей пародонта оценивали методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ). Для этого использовали отечественный прибор «Минимакс-Допплер-К» (ООО «СП-Минимакс», г. Санкт-Петербург).

Результаты исследования подвергались статистической обработке. Разницу считали достоверной при  $p < 0,05$ .

### Результаты и обсуждение

Исследования показали, что у больных синингомиелией комплексное лечение обострения ХГП с применением препаратов люцерны посевной внутрь и местно в виде аппликаций является более эффективным, чем традиционное лечение.

При сравнении результатов лечения больных двух групп положительная динамика иммунологических и биохимических показателей отмечалась у больных 1-й группы уже на 7-е сутки исследования. В эти же сроки исследования наблюдалось купирование признаков воспаления в 97,5% случаев. Показатели ИГ и АРІ при всех степенях тяжести ХГП уже не отличались от показателей у лиц с интактным пародонтом ( $p > 0,05$ ). Показатель SBI при ХГП легкой степени тяжести составил  $41,2 \pm 1,5$  с., при средней –  $40,1 \pm 2,1$  с, при тяжелой –  $35,6 \pm 1,5$  с.

У больных 2-й группы острые признаки воспаления купировались лишь на 14-е сутки, при этом процентное соотношение было существенно ниже (67,95% больных). Примечательно то, что у 6 (7,7%) больных этой группы отмечено развитие осложнений, в том числе у 2 больных – острый гнойный периостит нижней челюсти и у 4 – пародонтальный абсцесс. ИГ, АРІ и SBI изменялись также на 14-е сутки.

Уровень IgA в РЖ у больных 1-й группы максимально приблизился к показателям здоровых лиц на 14-е сутки и составил  $0,21 \pm 0,01$  г/л (у здоровых лиц  $0,18 \pm 0,01$  г/л;  $p > 0,05$ ), а у больных 2-й группы в эти же сро-

ки исследования отмечалась лишь тенденция к снижению ( $0,29 \pm 0,001$ ).

Аналогичные изменения наблюдались при исследовании IgG в РЖ, уровень которого у больных 1-й группы до лечения составил при ХГП легкой степени  $0,42 \pm 0,01$  г/л, при средней степени –  $0,54 \pm 0,02$  г/л, при тяжелой степени –  $0,56 \pm 0,01$  г/л, а на 14-е сутки снизился до  $0,32 \pm 0,01$  г/л,  $0,33 \pm 0,001$  г/л,  $0,35 \pm 0,01$  г/л соответственно. В то же время у больных 2-й группы показатели IgG при всех степенях тяжести заболевания недостаточно отличались от показателей до лечения даже на 7-, 10- и 14-е сутки ( $p > 0,05$ ).

У больных 1-й группы, которым в комплексном лечении применяли препараты люцерны посевной, уровень SIgA в РЖ при всех степенях тяжести ХГП изменился аналогично IgA и IgG, а у больных 2-й группы изменения были незначительными ( $p > 0,05$ ).

Таблица  
Состояние перекисного окисления липидов у больных с обострением ХГП до и после лечения с применением препарата люцерны посевной

Обострение ХГП по степеням тяжести	СОД, ед.	МДА, мкмоль/л
Лица со здоровым пародонтом n=30	$6,17 \pm 0,03$	$0,591 \pm 0,05$
<b>Легкая степень (n=30/24)</b> до лечения	$4,41 \pm 0,01$ $4,40 \pm 0,001$	$1,78 \pm 0,13$ $1,79 \pm 0,005$
на 14-е сутки лечения	$5,72 \pm 0,007^*$ $4,63 \pm 0,001$	$0,79 \pm 0,003^*$ $1,27 \pm 0,009$
В отдаленные сроки после лечения: через 3 месяца	$5,74 \pm 0,001^*$ $4,91 \pm 0,07$	$0,82 \pm 0,011^*$ $1,57 \pm 0,02$
через 9 месяцев	$5,95 \pm 0,005^*$ $4,45 \pm 0,001$	$0,81 \pm 0,002^*$ $1,75 \pm 0,01$
<b>Средняя степень (n=28/24)</b> до лечения	$3,32 \pm 0,01$ $3,31 \pm 0,01$	$3,47 \pm 0,02$ $3,46 \pm 0,01$
на 14-е сутки лечения	$5,73 \pm 0,02^*$ $3,51 \pm 0,01$	$0,79 \pm 0,001^*$ $2,41 \pm 0,07$
В отдаленные сроки после лечения: через 3 месяца	$5,78 \pm 0,001^*$ $3,39 \pm 0,001$	$0,78 \pm 0,003^*$ $3,11 \pm 0,02$
через 9 месяцев	$5,64 \pm 0,005^*$ $3,30 \pm 0,01$	$0,73 \pm 0,001^*$ $3,45 \pm 0,02$
<b>Тяжелая степень (n=27/24)</b> до лечения	$2,48 \pm 0,29$ $2,45 \pm 0,26$	$5,64 \pm 0,17$ $5,44 \pm 0,11$
на 14-е сутки лечения	$5,60 \pm 0,02^*$ $3,05 \pm 0,002$	$0,87 \pm 0,02^*$ $4,51 \pm 0,07$
В отдаленные сроки после лечения: через 3 месяца	$5,52 \pm 0,003^*$ $2,65 \pm 0,04$	$0,80 \pm 0,003^*$ $5,26 \pm 0,03$
через 9 месяцев	$5,42 \pm 0,007^*$ $2,51 \pm 0,01$	$0,81 \pm 0,001^*$ $5,35 \pm 0,02$

\*  $p < 0,05$ , достоверность рассчитана по отношению к показателям до лечения, в числителе – показатели больных 1-й группы, в знаменателе – 2-й группы.

На 7-е сутки от начала курса лечения у больных 1-й группы отмечалась положительная динамика в показателях перекисного окисления липидов. При этом уровень МДА постепенно понижался, а активность СОД повышалась, и уже на 10-е сутки исследования наблюдалась полная нормализация антиоксидантной защиты полости рта. А у больных 2-й группы даже по окончании курса лечения уровни МДА и СОД значительно отличались от показателей лиц с интактным пародонтом,

а также от показателей больных 1-й группы (см. таблицу).

Исследование больных обеих групп в отдаленные сроки показало, что стойкие клинические результаты, стабильные показатели иммунологических и биохимических исследований сохраняются у больных 1-й группы до 12 месяцев, у больных 2-й группы до трех месяцев.

Комплексное лечение обострения ХГП, включающее препараты люцерны посевной, положительно отразилось на состоянии гемодинамики в тканях пародонта. Достоверное улучшение показателей УЗДГ наблюдалось при ХГП легкой степени тяжести на 10-е сутки, а при средней и тяжелой степенях – на 14-е сутки исследования и сохранялись стабильными до 9 месяцев после окончания курса лечения. Через 12 месяцев исследования наблюдалось незначительное снижение Qas и

Qam и повышение Pi и Ri ( $p > 0,05$ ). У больных 2-й группы в результате лечения показатели УЗДГ изменились незначительно, а через 3 месяца наблюдалась отрицательная динамика.

#### Выводы

Таким образом, комплексное лечение обострения ХГП у больных синингомиелией с применением препарата люцерны посевной внутрь ежедневно из расчета по 2,0 г сухого вещества в течение 10 дней, а также местно 3% водного раствора методом аппликации способствует в более короткие сроки купированию острых явлений воспаления, профилактике осложнений, нормализации индексов ИГ, API и SBI, иммунологических показателей РЖ, состоянию перекисного окисления липидов, улучшению кровоснабжения тканей пародонта.

#### Сведения об авторах статьи:

**Мирсаева Фания Зардиновна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургической стоматологии ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)273-38-06

**Мирсаев Тагир Рафаилович** – к.м.н., ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)272-48-77

**Борисова Нинель Андреевна** – д.м.н., профессор кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)279-20-02

**Боговазова Лилия Рафаиловна** – ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «БГМУ» Минздравсоцразвития России. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел.: 8(347)251-62-22

**Тимергалина Айгуль Тимерьяновна** – ассистент кафедры хирургической стоматологии БГМУ. Адрес: 450000, РБ, г. Уфа, ул. Ленина, 3

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, Н.А. Синингомиелия / Н.А. Борисова, И.В.Валикова, Г.А. Кучаева. – М.: Медицина, 1989. – 160 с.
2. Дубинина, Е.Е. Активность и изоферментный спектр супероксиддисмутазы эритроцитов в плазме крови человека / Е.Е. Дубинина, Л.А. Сальникова, Л.Ф. Ефимова // Лаб. дело. – 1983. - №10. – С. 30-32.
3. Кирсанов, А.И. Изучение взаимосвязи заболеваний пародонта с общим состоянием организма / А.И. Горбачева // Пародонтология. – 1996. - №2. - С. 41- 42.
4. Лукманова, К.А. Разработка полифункциональных лекарственных средств и биологически активной добавки на основе экстракта травы люцерны посевной: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук.-Уфа, 2004.- 41 с.
5. Мирсаева, Ф.З. Состояние тканей пародонта у больных синингомиелией /Ф.З. Мирсаева, Т.Р. Мирсаев, Л.Ф. Губайдуллина [и др.] // Материалы Всероссийской конференции. – СПб., 2003.-С.171-176.
6. Нигматуллин, Р.Х. Динамика содержания свободных аминокислот в биологических жидкостях при лечении больных синингомиелией церебраллизатором: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 1996.-21 с.
7. Перушина, Е.В. Содержание биоэлементов и редкоземельных элементов в биосубстратах больных синингомиелией: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2008. – 21 с.
8. Стальная, И.Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И.Д. Стальная, Т.Г. Гаришвили // Современные методы в биохимии. – М., 1977. – С. 66-68.

УДК 616-07.75: 616. 24-006

© Н.Я. Лукьяненко, Я.Н. Шойхет, 2011

Н.Я. Лукьяненко<sup>1,2</sup>, Я.Н. Шойхет<sup>2</sup>

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДЕСКРИПТОРОВ ВРАЧОМ-РЕНТГЕНОЛОГОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ С РАСПАДОМ И ДОПУЩЕННЫХ ОШИБОК ПРИ ОБРАЩЕНИИ БОЛЬНЫХ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

<sup>1</sup>КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края»

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет»  
Минздравсоцразвития России, г. Барнаул

В данной работе представлены некоторые аспекты субъективной оценки врачом-рентгенологом - основных рентгенодиагностических дескрипторов у больных с формами периферического рака легких с распадом, у которых были допущены диагностические ошибки. Причинами врачебных ошибок в основной группе больных с формами периферического рака