

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ И КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Лукина Л.В., Булкина Н.В., Осадчук М.А.,
Лепилин А.В.

*Государственный медицинский университет,
Саратов*

Проведено обследование 40 больных воспалительными заболеваниями пародонта на фоне хронического бескаменного холецистита (ХБХ) и 40 больных ВЗП в сочетании с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ). Анализ частоты встречаемости патологии пародонта показал, что генерализованный катаральный гингивит встречался на фоне ХКХ существенно реже (5%), чем у пациентов с ХБХ (42,5%). В то же время, пародонтит средней и тяжелой степени тяжести на фоне ХКХ был диагностирован достоверно чаще (55% и 25% соответственно), чем при ХБХ (27,5% и 7,5% соответственно).

Проведена оценка основных клинических симптомов воспалительных заболеваний пародонта на фоне ХБХ и ХКХ. При этом обнаружено, что кровоточивость десен, болезненность зубов при приеме пищи, запах изо рта беспокоили пациентов с ВЗП на фоне ХКХ достоверно чаще, чем пациентов с ВЗП на фоне ХБХ ($p < 0,05$).

Анализ соотношения длительности ХБХ с характером и выраженностью ВЗП, основанных на анамнестических сведениях, показал, что наличие ВЗП коррелирует с длительностью заболевания: при ХБХ продолжительность более 5 лет частота встречаемости и выраженности воспалительных изменений пародонта более значительны. Длительность заболевания ХБХ у пациентов с ВЗП составила $8,2 \pm 0,96$ года, что достоверно дольше, чем у больных ХБХ, имеющих интактный пародонт – $4,3 \pm 0,56$ ($p < 0,001$). Эти данные позволяют предположить, что одним из факторов возникновения ВЗП у лиц, страдающих ХБХ, является длительность патологии желчевыделительной системы. Согласно анамнестическим данным длительность заболевания ХКХ в сочетании с ВЗП составляет в среднем – $4,76 \pm 0,4$ года.

При анализе показателей глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов, болезненности десны при пальпации отмечено достоверно более тяжелое течение хронического пародонтита на фоне ХКХ. При проведении корреляционного анализа обнаружена прямая корреляция между содержанием С-реактивного белка и сиаловых кислот в пузырной желчи с индексом РМА ($r = 0,74$ и $0,64$), а так же с ПИ, характеризующим деструктивные процессы в пародонте ($r = 0,80$ и $0,70$).

Таким образом, клинические признаки поражения пародонта на фоне ХКХ встречались чаще и были более выраженными, чем на фоне ХБХ. Безусловно, в их возникновении определенное значение имеют особенности фоновой патологии, а именно - клиническая форма патологии билиарной системы.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРФТОРАНА, В РЕГИОНАРНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ТРОМБОЗОВ ПОДКОЖНЫХ ВЕН

Магомедов Х.М., Магомедов М.А.

*Центральная научно-исследовательская
лаборатория, Дагестанская государственная
медицинская академия*

Используемые в настоящее время консервативные методы лечения острых тромбозов подкожных вен имеют большое число противопоказаний, а в ряде случаев желаемого результата, что обеспечивает актуальность поиска методов их раннего лечения и профилактики. Известно, что газотранспортная эмульсия на основе перфторуглеводо-перфторан, улучшает реологические свойства крови за счет снижения вязкости, усиления электрофоретической активности эритроцитов, их поверхности заряда и предотвращает агрегацию.

Эксперименты выполнены на 75 собаках. Модель тромбоза подкожных вен достигалась введением 2% полуторахлористого железа.

Опыты распределены на 3 серии: 1) Модель тромбоза без лечения. 2) лечение тромбофлебита внутримышечным введением гепарина и внутривенным введением реополиглокина;

3) С паравазальным введением перфторан-гепарин-преднизолоновой смеси. В каждой серии опытов на 1,3,5,7 и 15-е сутки лечения иссекались для гистологического исследования участок вены с тромбом и прилегающей паравазальной клетчаткой. Проводилась окраска срезов гематоксилин-эозином, по Ван-Гизон, Вейгерту, Шабодашу и Хейлу.

На препаратах 1 серии опытов отмечается прерывистость эндотелия, отек и клеточная инфильтрация всех слоев стенки вены. В просвете вены обнаруживается обтурирующий красный тромб со скоплением клеток эндотелия и фибробластов. На 5 день отмечались признаки организации тромба, а к 7 суткам в тромбе появляются каналы, выстланные эндотелием и содержащие свежие эритроциты. К 15 суткам тромб организован на 2/3, теряя границы со стенкой вены. На препаратах 3 серии опытов, после паравазального вливания перфторана, тромбофлебит претерпевал заметное обратное развитие, которое морфологически знаменовалось ранней отслойкой и разрыхлением тромба с последующим асептическим его аутолизом и реконструкцией интимы сосудов. На 5 день тромбоза, помимо заметного разрыхления тромба в нем появляется большое количество каналов заполненных свежими эритроцитами. К 7-15 дню в интима вены четко определяется активная пролиферация эндотелия с восстановлением кровотока по мере васкуляризации тромба. Большое количество Хейл - позитивных веществ обнаруживаемых в тромбе на 1 сутки опыта, резко уменьшается по мере разрыхления и фрагментации тромба, и к 15 суткам исчезает полностью.

Анализ микропрепаратов во 2 серии эксперимента с внутривенной инфузией реополиглокина не обнаружил существенные морфологические изменения в динамике течения тромбофлебита, отличающиеся от описанных в первой серии опытов.