

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 прилежащей 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.

Таким образом, результаты наших экспериментов показали, что введение 2% полуторахлористого железа в ограниченный участок вены сопровождается развитием экспериментального асептического тромбоза подкожных вен конечностей. Паравазальное введение перфторан-гепарин-преднизолоновой смеси, выполненное в 1-3 сутки заболевания, оказывает эффект обортивного лечения, а в поздних сроках заметно ускоряет процессы реканализации, ревазкуляризации тромба с восстановлением стенки вены. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование эмульсии перфторана в комплексном консервативном лечении тромбозов подкожных вен конечностей.

**СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ
СОДЕРЖАНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ,
НАРУШЕНИЙ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ
ЛЕГКИХ И СОСТОЯНИЯ
МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ ПРИ
ХРОНИЧЕСКИХ БРОНХИТАХ**

Маленко И.В., Тутаева Е.С., Каменев Л.И.,
Хадарцев А.А., Карташова Н.М., Блюмин Р.Б.
ГУП ТО Научно-исследовательский институт
новых медицинских технологий, Тула

Цель исследования: изучение системной значимости микроэлементов в диагностике заболеваний органов дыхания, включая профессиональные.

Проведен количественный анализ содержания микроэлементов (МЭ) методом атомно-абсорбционной спектроскопии в моче и крови у 15 (50%) больных хроническим профессиональным бронхитом (ХПБ) и у 15 (50%) хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), контрольная группа – 70 практически здоровых лиц. Всем пациентам проводилась фибробронхоскопия, изучение функции внешнего дыхания на компьютерном анализаторе, бронхофонография, офтальмофотография с компьютерной оценкой микроциркуляции в сосудах глазного дна.

Количественный анализ содержания МЭ у больных ХПБ выявил динамику изменений концентрации микроэлементов ($K_{MЭ}$) по стадиям заболевания. Это проявилось повышением содержания Fe к 3 стадии, пиком содержания Cu , Ni во 2 стадии, некоторым снижением Cr (без динамики на 2–3 стадиях) и появлением Mn с тенденцией к увеличению содержания со 2 стадии при относительном превышении предельно допустимых уровней (ПДУ) по всем указанным МЭ. Динамика Zn характеризовалась тенденцией к увеличению к 3 стадии при сохраняющемся значении показателя ниже ПДУ на всех стадиях заболевания. В моче при ХПБ показатели всех МЭ превышали значения ПДУ с преобладанием Mn , Ni , Cu и Fe .

При ХОБ в крови выявлено повышение содержания Cu , Ni и Cr на всех стадиях заболевания с тенденцией к снижению Cu , некоторым уменьшением Ni на 2 стадии заболевания, незначительным нарастанием Cr со стабилизацией на 2 стадии. Значения остальных МЭ не превышало ПДК. В моче выявлено снижение содержания Zn на 1 и 2 стадиях заболевания, с пре-

вышением ПДК на 3 стадии. Значения остальных МЭ превышали ПДУ.

Впервые применены методы бронхофонографии и офтальмофотографии для сочетанной диагностики вентиляционных и микроциркуляторных изменений у больных ХПБ и ХОБ, применимой в условиях специализированных и общетерапевтических отделений при наличии лаборатории микроэлементов. Микроциркуляторные изменения в сосудах глазного дна у больных ХОБ имели изменения неспецифического характера: ангиоспазм, уплотнение и неравномерность стенок артериол, расширение и извитость вен, в некоторых случаях венозный застой, нарушение макулярной перфузии различной степени, макулодистрофии. При этом у больных ХОБ в сравнении с ХПБ выявлено некоторое преобладание венозного застоя.

Разработанный алгоритм математической оценки изменений концентрации МЭ в моче и крови позволил определить системные взаимосвязи между концентрациями МЭ в моче и крови и степенью тяжести заболеваний органов дыхания.

**К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ
ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ
ПОРАЖЕНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ**

Михеев А.В., Трушин С.Н.
ГУВПО "Ряз.ГМУ им. акад. И.П.Павлова" МЗ РФ

Несмотря на совершенствование оказания специализированной пульмонологической помощи, широко использование современных антибактериальных средств частота острых инфекционных легочно-плевральных деструкций не имеет тенденции к снижению.

Нагноительные заболевания легких и плевры приводят к значительным экономическим потерям вследствие затрат на оказание экстренной, стационарной помощи и последующей реабилитации данной категории пациентов.

Временная потеря трудоспособности наблюдается у 30-40% больных с гнойно-деструктивными процессами в легких, а стойкая инвалидизация – у 7,1-9,7% пациентов. По данным ряда авторов неспецифические заболевания легких и плевры по таким показателям как инвалидность и смертность занимают 3 – 4-е место. Гнойно-деструктивные процессы в легких переходят в хроническую форму у 11-40% больных. Летальность остается на высоком уровне (7,2-28,3%), а при гангренозных абсцессах и гангрене легкого может достигать 23,4% и 74,1% соответственно и более. В последние годы отмечается также увеличение числа больных с осложненными формами деструкций легких, среди которых ведущее место занимает пиопневмоторакс. Последний составляет 19-90% среди всех осложнений.

При абсцессах легких эмпиема развивается у 8-11% больных, а при гангрене легкого – у 55-90% пациентов. Переход острой эмпиемы в хроническую отмечается у 4-20% больных.

Отсутствие единого комплексного подхода к целому ряду проблем диагностики и лечения неспеци-