

группах ($p>0,05$) и в четвертой не достигала показателей нормы, а в третьей группе ($p<0,001$) достигала лишь нижней ее границы, что, вероятно, может быть обусловлено генетически детерминированным дефицитом IgA в организме, на фоне которого зачастую и развивается ХТ. С другой стороны, дисбаланс в соотношении иммунорегуляторных субпопуляций CD4+/CD8+ тоже может послужить причиной дефицита IgA.

Выводы

1. Отмечена высокая эффективность комплексного применения ГНЛ и антиоксиданта в местном лечении хронического тонзиллита, что подтверждено биохимическими и иммунологическими исследованиями.

2. Предлагаемый метод лечения ХТ позволяет исключить возникновение рецидивов острых тонзиллитов и сократить показания к тонзиллэктомии.

Л и т е р а т у р а

1. Блоцкий А.А., Доровских В.А., Дьяченко Э.Ю. // Актуальные вопросы оториноларингологии: Мат-лы обл. науч.-практ. конф. оториноларингологов: Благовещенск, 2006. С. 28-32.

2. Блоцкий А.А., Целуйко С.С. Лазеры в реконструктивно-восстановительной оториноларингологии. Благовещенск: АГМА, 2007. 256 с.

3. Владимиров Ю.А., Арчаков А.И. Перекисное окисление липидов в биомембранах. М.: Наука, 1972. 156 с.

4. Зырянова К.С., Куренков Е.Л., Кофанов Р.В. и др. // Вестник оториноларингологии. 2006. №2. С. 31-33.

5. Осипов А.Н., Азизова О.А., Владимиров Ю.В. // Успехи биологической химии. 1990. Т 31. С. 180-208.

6. Пальчун В.Т., Полякова Т.С., Романова О.Н. // Вестник оториноларингологии. 2001. №1. С. 4-7.

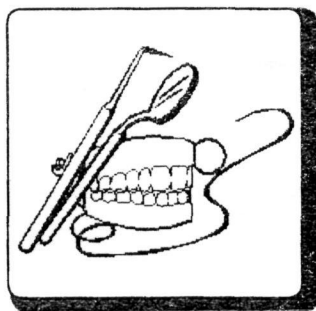
7. Плужников М.С., Лопотко А.И. // Вестник оториноларингологии. 1996. №2. С. 5-14.

8. Плужников М.С., Рябова М.А., Карпищенко С.А. и др. // Актуальные проблемы лазерной медицины. СПб., 2001. С. 99-105.

9. Полякова Т.С., Полякова Е.П. // Рус. мед. журн. 2004. №2. С. 65-69.

10. Пономарев Л.Е., Хенферян Р.А., Боровиков О.В. // Вестник оториноларингологии. 2001. №2. С. 32-34.

11. Трубников Г.А., Журавлев Ю.И. // Рос. мед. журн. 1998. №2. С. 38-41.



УДК 616.314 - 073.75 : 616.314.165 - 006

Н.Г. Бобылев, Т.Г. Хохрина, А.А. Шрайбер

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ «ЗАСТОЙНОЙ» И «ИСТИННОЙ» КИСТ ПЕРИОДОНТА НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВАКУУМА ДЛЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ ВНУТРИКОРНЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск; Стоматологическая клиника «Диамант», г. Кемерово

Одним из компонентов периодонтальной связки зуба являются эпителиальные островки Малласе, которые подразделяются на пролиферирующие, дегенерирующие, покоящиеся. С возрастом относительное содержание «покоящихся» и «дегенерирующих» остатков снижается, а «пролиферирующих» возрастает. Высокая способность клеток остатков Малласе к делению многократно продемонстрирована при культивировании *in vitro*. Этой особенностью, вероятно, объясняется тот факт, что, несмотря на дегенеративные процессы, эпителиальные остатки Малласе сохраняются в течение всей жизни индивидуума [1]. Существует мнение, что эпителиальные клетки

остатков взаимодействуют с фибробластами и способны вырабатывать ряд биологически активных веществ, гликозаминогликанов и ферментов, осуществлять фагоцитоз и переваривание коллагеновых волокон. Эпителиальные остатки Малласе, разрастаясь, могут быть источником развития кист и даже опухолей. При хроническом воспалении периодонта, окружающем верхушку зуба, в составе клеточных инфильтратов (периапикальных гранулем) в 90% случаев обнаруживаются разрастания эпителия.

В случае хронического раздражения эпителий из корневого канала пролиферирует и ограничивает раздражитель. Гистологически картина этого процесса называется

«застойной» кистой [3]. Исследование гистологического материала, взятого при кюретаже, не позволяет отличить ее от «истинной» кисты. Но если «истинная» киста не сообщается с корневым каналом, то никакая лекарственная терапия в корневом канале не способна будет привести к разрешению периапикального очага деструкции костной ткани [4, 5]. В таком случае нужно изначально правильно определить тактику лечения, начиная с дифференцированной диагностики, установить, сообщается ли очаг периапикальной деструкции костной ткани с корневым каналом, или это изолированный процесс. С этой целью нами была предложена техника «вакуумной контрастной рентгенографии» [7].

Материалы и методы

Данная методика возникла имперически и была использована в 19 клинических ситуациях. В целях изучения взаимосвязи корневого канала и эпителиальных периапикальных образований была использована внутриканальная контрастная рентгенография. Но травматизм исследования привел к поиску более щадящей процедуры. Тогда возникла идея [6] вакуумного введения водорастворимого контрастного вещества. Рентгеноконтрастом был выбран немецкий препарат «Ультравист 300» (Шеринг), обладающий высокой степенью визуализации, в качестве активного вещества в нем используется иопромид, неионное рентгеноконтрастное средство. На 1 мл водного раствора приходится 0,623 г иопромиды, что соответствует 300 мг йода.

Исследуемый зуб был хеоминструментально подготовлен. В полости зуба герметично (материалом «Клип», не засвечивая) фиксировалась игла-канюля инсулинового шприца. После полимеризации материала в иглу устанавливался инсулиновый шприц, и производилась аспирация воздуха из корневой системы. Поршень шприца закрепляли в отжатом состоянии. Пластиковую часть иглы прокалывали другим одноразовым инсулиновым шприцем, заполненным водным рентгеноконтрастным веществом.

Результаты исследования

В состоянии вакуума подаваемый рентгеноконтраст затягивался во все микроответвления очищенной корневой системы и периапикальных тканей. В данном случае рентгеноконтрастная диагностика была выполнена с целью выявления сообщения очага периапикальной

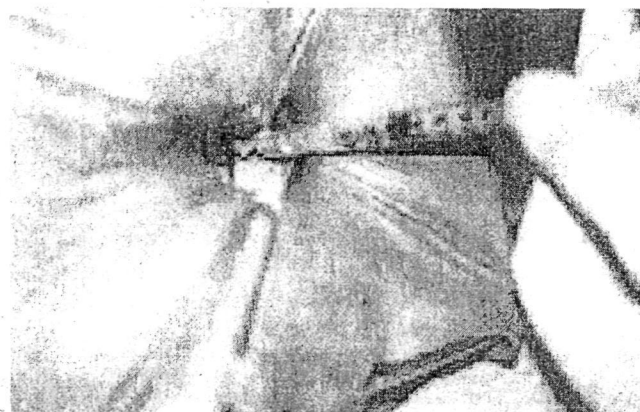


Фото 1. Создание вакуума в системе корневого канала и введение рентгеноконтраста

Резюме

В сообщении изложен оригинальный способ диагностики и лечения деструктивных форм хронического периодонтита, что является серьезной эндодонтической проблемой. Интересным представляется метод нехирургического лечения «застойных» кист. Проведены морфологические исследования, приведена их аргументация.

N.G. Bobiliev, T.G. Hohrina, A.A. Shraiber

DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF «CONGESTIVE» AND «TRUE» PERIODONTAL CYST USING VACUUM FOR X-RAY CONTRAST INTRAROOT DIAGNOSTICS

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

We present the original technique of the chronic periodontitis diagnostics and treatment as an endodontic problem. We suggest the treatment of the apical cysts to be performed without surgery and this clinical data provides are confirmed by morphological findings.

деструкции костной ткани с корневым каналом. На лечении находился 25 зуб по поводу обострения хронического периодонтита, параллельно пациентка наблюдалась у лор-врача по поводу обострения хронического левостороннего гайморита. В этом случае нам было важно определить, есть ли сообщение между зубом, очагом деструкции костной ткани и гайморовой пазухой, ведь от этого зависела совместная тактика лечения.

В результате исследования оказалось, что периапикальное образование не сообщается с корневым каналом (фото 2). После купирования острого воспалительного процесса было решено произвести резекцию верхушки корня зуба. Материал, взятый на гистологическое исследование, показал, что мы действительно имели дело с «истинной» кистой (фото 4). Гистологически срезы делались на микротоме с глубиной шага 7-10 мкр для более точного наблюдения.

В случае с зубом 22 ситуация была противоположной. При топографической вакуумной контрастной рентгенографии было обнаружено, что имеет место прямое сообщение с очагом периапикальной деструкции (фото 3).

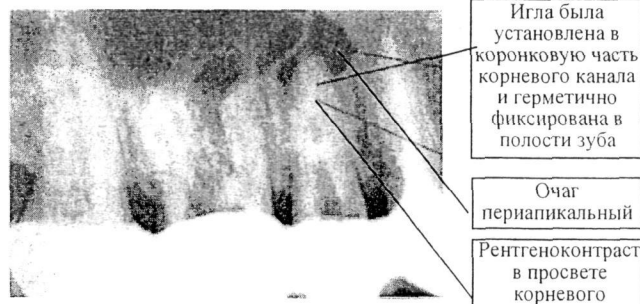


Фото 2. Диагностика 25 зуба по поводу «истинной кисты». Рентгеноконтраст в состоянии вакуума не проникает в очаг периапикальной деструкции

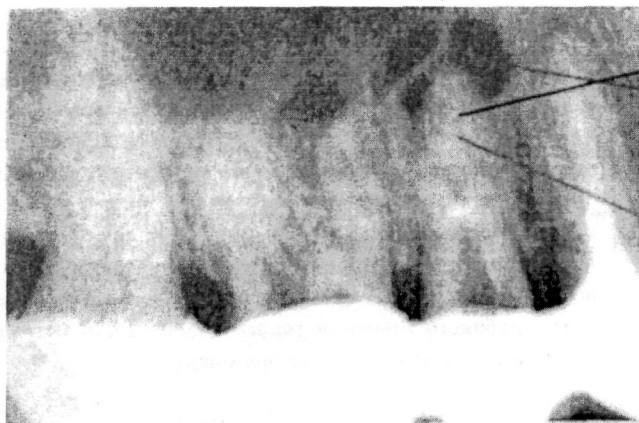


Фото 3. Зуб 22, аналогичная диагностика, но рентгеноконтраст заполнил очаг периапикальной деструкции в условиях вакуума, что указывает на сообщение корневого канала и полостного образования

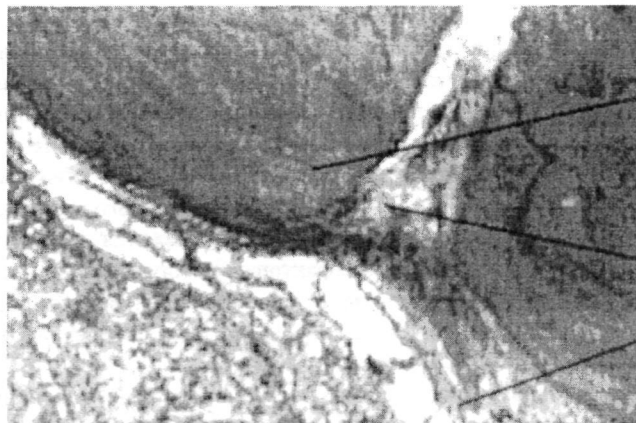


Фото 4. Гистологический срез корня зуба через апикальное отверстие корневого канала. Просвет канала перекрывается органическими волокнами. Увеличение $\times 100$, окраска пикрофуксином по Ван-Гизону

Заключение

Данная методика открывает дополнительные возможности диагностики топографических взаимоотношений гайморовой пазухи, очагов периапикальной деструкции костной ткани с зубами, а также расположения корней зубов по отношению к гайморовой пазухе. Это позволяет в сложных ситуациях регламентировать действия двух специалистов: врача-стоматолога и лор-врача, что на практике уже было положительно отмечено.

Л и т е р а т у р а

1. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. СПб.: Спец. лит., 1996.
2. Абдуллаходжева М.С., Акбарова М.Т. Атлас патологической анатомии болезней зубочелюстной системы и органов полости рта. Ташкент: Медицина, 1983.
3. Коэн С., Бернс Р. Эндодонтия. СПб.: «Мир и семья-95», «Интерлайн-2000». С. 327.

4. Фалин Л.И. Гистология и эмбриология полости рта и зубов. М.: Медгиз, 1963.

5. Мигунов Б.И. Патологическая анатомия заболеваний зубочелюстной системы и полости рта. М.: Изд-во мед. лит., 1963.

6. Хохрина Т.Г. Временная obturация корневых каналов кальцийсодержащим препаратом «Каласепт». Институт стоматологии. 1999. № 2 (3).

7. Хохрина Т.Г. Патент на полезную модель № 41607 от 16.06.2003 г.

8. Хохрина Т.Г. Топографическая диагностика состояния корневой системы: вакуумная внутриканальная контрастная рентгенография. Эндодонтия today, Т. №1-2. 2003.

9. Simon J.H.S. Incidente of periapical cysts in relation to the root canal, J. Endod. Vol. 845, №6. 1980.



УДК 616 - 006.6615.47

Д.В. Смирнов, Н.Э. Косых

К ВОПРОСУ ВЛИЯНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАПУЩЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

МУЗ «Городской онкологический диспансер», г. Комсомольск-на-Амуре; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В настоящее время проблема борьбы со злокачественными новообразованиями не только является одной из наиболее актуальных в медицине, но и затрагивает многие

аспекты социальной жизни общества [3]. Одним из критериев оценки эффективности диагностики злокачественных новообразований и состояния профилактической