

морфологического исследования получали из слизистой в области переходной складки десны и антрального отдела желудка. Тучные клетки (ТК) десны, содержащие гистамин, и ECL-клетки антрального отдела желудка исследовали иммуногистохимическим методом. *Helicobacter pylori* в желудке изучали гистобактериоскопическим методом.

У практически здоровых лиц число ТК десны, содержащих гистамин, составило  $7,9 \pm 0,6$  на  $1 \text{ мм}^2$  десны, а ECL-клеток антрального отдела желудка -  $5,6 \pm 0,4$  на  $0,1 \text{ мм}^2$  слизистой оболочки.

На основании клинико-рентгенологического обследования установлено, что у 90% обследованных пациентов ХГ выявляются воспалительные изменения тканей пародонта, имеющие более тяжелое течение при аномалиях положения зубов. Морфометрический анализ показал, что у пациентов с ХГ при наличии пародонтопатий наблюдается гиперплазия ТК десны, продуцирующих гистамин, нарастающая соответственно тяжести воспалительно-деструктивных изменений пародонта ( $9,8 \pm 0,5$ ;  $11,7 \pm 0,7$ ;  $14,2 \pm 0,8$  на  $1 \text{ мм}^2$  десны соответственно при генерализованном катаральном гингивите, пародонтите легкой и средней степени тяжести,  $p < 0,05$  по сравнению с практически здоровыми лицами). В активном периоде ортодонтического лечения у 32,2% пациентов усугубляются изменения в пародонте, отмечается большая частота пародонтита по сравнению с показателями до лечения. После проведенного активного ортодонтического лечения у пациентов с пародонтитом на фоне ХГ наблюдается увеличение гистаминпродуцирующих ТК десны ( $10,5 \pm 0,6$ ,  $14,5 \pm 0,8$ ,  $17,7 \pm 0,8$  на  $1 \text{ мм}^2$  десны соответственно при генерализованном катаральном гингивите, пародонтите легкой и средней степени тяжести,  $p < 0,05$  по сравнению с большими ХГ, имеющими интактный зубной ряд).

Активность воспаления в слизистой оболочке желудка у пациентов с ХГ возникает под влиянием и поддерживается ECL-клетками желудка. В активный период ортодонтического лечения количественная плотность ECL-клеток нарастает от  $8,1 \pm 0,5$  до  $10,3 \pm 0,7$  на  $0,1 \text{ мм}^2$  слизистой оболочки желудка и коррелирует с активностью гастрита ( $r = 0,585$ ).

Эффективность проводимой эрадикационной терапии и стоматологического лечения ассоциирована с видом ретенционного аппарата, используемого больными. В ретенционном периоде по-

сле комплексного этиопатогенетического лечения гастрита и пародонтопатий, у пациентов с ретейнерами из стекловолоконного материала наблюдается нормализация количественной плотности и функциональной активности гистаминпродуцирующих ТК пародонта. В группах пациентов, пользующихся витыми проволочными ретейнерами и ретейнерами из акрилового полимера, отмечается повышение гистаминпродуцирующих тучных клеток десны по сравнению с показателями до начала ортодонтического лечения, наиболее значительное у пациентов, пользующихся ретейнерами из акрилового полимера.

В группах пациентов с ХГ, пользующихся ретенционными аппаратами из стекловолоконного материала и витым проволочным ретейнером, через полгода после проведения комплексной терапии наблюдается снижение активности гастрита и полное восстановление количества и функций ECL-клеток желудка. В тоже время у пациентов с ХГ, пользующихся ретенционными аппаратами из акрилового полимера, гиперплазия ECL-клеток слизистой оболочки желудка не только сохраняется, но и достоверно нарастает по сравнению с показателем после активного периода ортодонтического лечения ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, гистаминпродуцирующие ТК полости рта и апудоциты желудка выступают адекватными критериями развития воспалительных процессов в пародонте и желудке и могут быть использованы в качестве полноценного контроля за эволюцией воспалительного процесса в этих отделах пищеварительного тракта. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования ретенционных аппаратов из стекловолоконного материала в ортодонтическом лечении пациентов с аномалиями положения зубов на фоне хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита.

#### **Магнитофорез лекарственных веществ в комплексном лечении периферического прозопапареза**

Лившиц Л.Я., Широков С.Л.

*Клиника нервных болезней Саратовского государственного медицинского университета, Саратов*

Непростая задача выбора эффективных и безопасных средств лечения периферического прозопапареза, в то же время обеспечивающих профилактику вторичной контрактуры мимиче-

ских мышц (ВКММ), достаточно актуальна в современной неврологии. Нами разработана методика локального магнитофармакофореза спазмолитиков в определённые зоны лица с одновременной стимуляцией лицевого нерва «бегущим» импульсным магнитным полем (БИМП). В качестве участков локального магнитофоретического воздействия выступали зоны стыка основных мимических мышц, в которых зарождаются центры патологической межмышечной передачи, представляющие собой субстрат миогенного компонента контрактуогенеза. Методика применялась преимущественно в остром периоде невropатии лицевого нерва (НЛН) у больных из группы риска по развитию ВКММ. Транскутанно вводили смесь, состоящую из 1 части диметилсульфоксида и 2-3 частей 2% новокаина (и/или 10% мидокалма) 50 больным НЛН (основная группа), в том числе с развёрнутой картиной ВКММ. 50 пациентов из группы сравнения лечения переменным магнитным полем не получали. Контроль осуществляли клинико-неврологическим (количественная шкала оценки функции мимической мускулатуры), электронейромиографическим (оценка показателей интерференционной электромиограммы и стимуляционной электронейромиограммы) и тепловизионным (оценка термоасимметрии в определённых точках лица) методами. Все исследования проводились в динамике: до начала лечения и по его завершении.

У пациентов основной группы отмечалось достоверно более полное восстановление функции мимической мускулатуры, более выраженная положительная динамика показателей электронейромиографического и тепловизионного исследования, а ВКММ развилась только у 2 больных (4%), в то время как у пациентов группы сравнения ВКММ была диагностирована в 8 случаях (16%). Была также выявлена тенденция к более частому регрессу орофациального болевого синдрома, сопровождающего НЛН: так, если до лечения жалобы на боли в области поражённой половины лица предъявляли 29% пациентов из основной группы и 22% – из группы сравнения, то по завершении лечения – всего 5% против 13% пациентов соответственно, причём все эти больные имели признаки сформировавшейся ВКММ, и болевой синдром носил у них отчётливый «контрактурный» характер: глубокие, ноющие боли в поражённой половине лица, усиливающиеся при эмоциональном напряжении и на холоде.

Таким образом, применение дифференцированного локального магнитофореза лекарственных веществ спазмолитического действия в сочетании с магнитостимуляцией лицевого нерва с помощью БИМП в ранние сроки НЛН достоверно улучшает исходы её комплексного лечения. Такой эффект мы связываем как с положительным воздействием БИМП на трофику повреждённого лицевого нерва и процессы его ремиелинизации, так и с целенаправленным спазмолитическим действием форетически вводимых лекарственных веществ на зоны миогенного компонента контрактуогенеза. Полагаем, что включение магнитофармакофореза в комплексное лечение больных НЛН в остром периоде заболевания может не только обеспечить более полное восстановления функции мимической мускулатуры, но и предотвратить развитие столь серьёзного осложнения НЛН, как вторичная контрактура мимических мышц.

#### **Пролиферативная активность и апоптоз эпителиоцитов пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и пищеводе Баррета**

Липатова Т.Е., Осадчук М.А.

*Военно-медицинский институт, Саратов*

Баланс между пролиферацией и апоптозом является важным показателем в контроле избыточного клеточного роста и атрофических изменений в тканях.

Целью исследования явилось изучение процессов клеточного обновления эпителиоцитов дистального отдела пищевода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и пищеводе Баррета.

Нами обследовано 50 пациентов с пищеводом Баррета (28 пациентов - без признаков дисплазии эпителия и 22 – с дисплазией эпителия) и 120 пациентов с ГЭРБ, из них 50 пациентов с катаральным рефлюкс-эзофагитом и 70 пациентов – с эрозивным рефлюкс-эзофагитом (43 пациента без явлений метаплазии плоского пищеводного эпителия и 27 – с признаками метаплазии плоского пищеводного эпителия по кардиальному или фундальному типу). Группу сравнения составили 30 пациентов с хроническим диффузным гастритом. Материал для гистологического исследования забирали прицельно из дистального отдела пищевода и зоны метаплазии пищеводного эпителия. Для выявления апоптозных ядер использовали метод импрегнации по Мозеру