

очаги разрежения костной ткани в апикальной части корней.

У пациентов основной группы, при контрольном осмотре через 1 год, после лечения с применением предложенного способа, клиническая картина была более благоприятной. Не отмечалось дискомфорта и болезненных ощущений. Рентгенологически в тканях пародонта очагов разрежения костной ткани в апикальной части корней не обнаружено.

**Выводы.** Анализируя результаты исследования, можно сделать заключение о том, что

смесь препаратов «Далацин» и «Гепон» удобна для использования, хорошо переносится пациентами, не имеет побочного действия и противопоказаний к применению. Полученные данные позволяют рекомендовать предложенный способ лечения периодонтита, как в отношении дозировки, так и по времени его воздействия. Применение нового способа лечения периодонтита с помощью препаратов «Далацин» и «Гепон» демонстрирует выраженный терапевтический эффект, что позволяет рекомендовать его в широкую стоматологическую практику.

**«Актуальные вопросы педиатрии и хирургии детского возраста»,  
Маврикий, 18–25 февраля, 2011 г.**

**Медицинские науки**

**ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ  
СТРОМАЛЬНОГО  
КОМПОНЕНТА  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ  
ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Ульяновская С.А., Аликберова М.Н.,  
Корельский В.Н., Тюхтина Т.Г.,  
Хабарова М.Р.**

*Северный государственный  
медицинский университет,  
Архангельск;*

*Архангельская областная  
клиническая больница,  
e-mail: usarambler78@rambler.ru*

Изучение стромального компонента поджелудочной железы в возрастном аспекте, является актуальным и представляет практический интерес. В доступной литературе отсутствуют количественные данные, характеризующие нормальное содержание коллагена в стромах поджелудочной железы в пренатальном и неонатальном периодах развития. Цель работы – изучение развития стромы поджелудочной железы плодов и новорожденных.

**Материал и методы**

Исследование проводилось на секционном материале (поджелудочные железы плодов и умерших новорожденных), собранном в патологоанатомическом отделении ГУЗ АОКБ г. Архангельска (72 случая). Аутопсийный материал

забирали в течение суток после смерти, фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. После этого готовили парафиновые блоки по общепринятой методике, гистологические срезы окрашивали пикрофуксином по Ван-Гизону. С помощью окулярных тест-систем определяли удельную плотность стромы в поджелудочной железе и удельную плотность коллагеновых волокон в стромах. Результаты морфометрии обрабатывали при помощи статистических программ SPSS 13,0.

**Полученные результаты**

При обзорной микроскопии в железах плодов 20-40 недель развития и новорожденных структура железы в основном соответствовала сроку гестации.

В каждой возрастной группе определяли удельную плотность стромы и коллагеновых волокон. С увеличением возраста гестации выявлено достоверное уменьшение удельной плотности стромального компонента поджелудочной железы плодов на 22,6% ( $p < 0,05$ ). У новорожденных строма уменьшалась на 11,9%. Удельная плотность коллагеновых волокон в стромах поджелудочной железы составляла:  $14 \pm 1,1$  (до 20 недель),  $15 \pm 1,2$  (24-27 недель),  $19 \pm 0,8$  (36-40 недель),  $11 \pm 0,5$  (новорожденные до 1 недели жизни),  $6 \pm 0,3$  (новорожденные с 8 суток до 1 месяца жизни). Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики. При межгрупповом сравнении полученных данных методом углового преобразования Фишера выявлены достовер-

ные межгрупповые различия удельной плотности коллагеновых волокон в строме поджелудочной железы на протяжении гестационного периода и на первом месяце постнатальной жизни ( $p < 0,05$ ).

Вышеуказанное является проявлением дисхронии в развитии гипоплазированной за счет внешнесекреторной части поджелудочной железы в пренатальном и постнатальном периодах онтогенеза.

**«Информационные технологии и компьютерные системы для медицины»,  
Маврикий, 18–25 февраля, 2011 г.**

### **Медицинские науки**

#### **СОПУТСТВУЮЩАЯ ТУБЕРКУЛЕЗУ ПАТОЛОГИЯ КАК ПРИЧИНА, ОСЛОЖНЯЮЩАЯ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА**

**Иванова З.А., Глебова В.Ю,  
Пасечник А.В., Абдулхаев В.В.,  
Арсентьева Н.В.**

*Российский Университет Дружбы  
Народов, Противотуберкулезный  
диспансер № 20, Москва,  
e-mail: vahtman@rambler.ru*

Туберкулез на сегодняшний день является одним из тяжелых инфекционных заболеваний. Однако, нельзя забывать, что инфекционное заболевание протекающее длительно не является монозаболеванием. Практически все инфекционные заболевания протекают с осложнениями на те или иные органы и системы организма и различаются степенью влияния на организм и его способностью к самокомпенсации.

Для развития туберкулёзной инфекции существуют определенные условия в виде частичного повреждения физиологических систем, прежде всего иммунитета, кроме того, она сама по себе приводит к декомпенсации ряда структур организма, что в свою очередь является почвой для развития сопутствующих заболеваний, а при невозможности полной самокомпенсации системы приводит к развитию осложнений.

Так при туберкулезе только у небольшого числа пациентов не выявлены осложнения и сопутствующие заболевания. Отчасти это объясняется тем, что физиологические системы смогли эффективно самокомпенсировать дисбаланс, вызванный туберкулезной инфекцией. В большинстве случаев мы фиксируем ситуацию, когда повреждения физиологических систем являются почвой для развития 1-2 заболеваний. Необходимо признать, что нет достоверных данных о том, что вызвало декомпенсацию структур организма, туберкулезная инфекция или наоборот декомпенсация явилась благоприятной почвой для развития туберкулезной инфекции. Однако нередки ситуации, когда на фоне туберкулезной инфекции выявляется до 5 сопутствующих заболеваний.

Данное исследование проводилось с целью определить причины по которым в процессе лечения туберкулеза, возникают осложнения, вызванные не влиянием туберкулезной инфекции на организм.

По данной проблеме было изучено 79 случаев впервые выявленного туберкулеза органов дыхания на базе городского противотуберкулезного диспансера одного из благополучных округов города Москвы.

Было обследовано 79 пациентов 27 женщин и 52 мужчин, в возрасте от 19 до 82 лет. Для определения степени тяжести основного заболевания (туберкулез органов дыхания) больные были распределены, согласно клинической классификации, следующим образом:

	Очагов	Инфильтрат.	ВГЛУ	Диссеминир.	Плеврит	Туберкулома	Кавернозн.	Всего
Мужчины	5	28	2	9	3	4	0	51
Женщины	6	14	2	3	0	2	1	28
Всего	11	42	4	12	3	6	1	79