

VERIFICATIONS OF ROENTGENOLOGIC AND ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF PEPTIC ULCER DIFFERENTIATED IN THE PROCESS OF OPERATION

The analysis of the reasons of errors in the roentgenologic and endoscopic diagnosis is given in the paper. It is suggested to use both methods of investigation during the period of the preoperative preparation of the patient with peptic ulcer. The endoscopy must be conducted only after the roentgenologic study for more accurate topical diagnosis and determination of the character of the ulcer, which is of great importance in choosing the method of the surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю. В., Мельников Н. А. Материалы конференции: Эндоскопия в современной гастроэнтерологии. Душанбе, 1973, стр. 85.
2. Дмитриев А. Н. Эзофагогастроскопия в диагностике варикозного расширения вен пищевода и желудка, как источника кровотечения. М., 1978, стр. 3. (Рукопись депонир. во ВНИИМИ МЗ СССР, № 2204—79).
3. Мансуров Х. Х., Фархади Г. Р. I Всесоюзный съезд гастроэнтерологов (тезисы докладов). М., 1973, стр. 192.
4. Смагин В. Г., Иванов В. В., Соколов Л. К., Гавриленко Я. В. Материалы конференции: Эндоскопия в современной гастроэнтерологии. Душанбе, 1973, стр. 66.
5. Стручков В. И., Луцевич Э. В., Белов И. Н., Стручков Ю. В. Хирургия, 1976, 7, стр. 59.
6. Фанарджян В. А. Руководство по рентгенодиагностике, т. II. М., 1951.
7. Юдин С. С. Новый хир. арх., 1930, 83, стр. 27.
8. Albrecht N. U. Fort. Roentgenstr., 1974, 40.
9. Kirkland. Цит. по В. А. Фанарджяну [6].
10. Knutson C. O. Amer. J. Surg., 1975, 129, 6, 651.

УДК 616.31—002—02:616.314—089.28

А. А. МИРЗОЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗОВАВШИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ТОТАЛЬНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Проводились микроскопические исследования соскобов слизистой оболочки протезного ложа с целью оценки эффективности применяемых тотальных протезов и усовершенствования методов их конструирования.

Установлено, что тотальные протезы, изготовленные без учета податливости слизистой оболочки протезного ложа, в значительной степени способствуют возникновению патологического процесса.

Изучение состояния тканей протезного ложа является обязательным условием как для оценки эффективности применяемых тотальных протезов и усовершенствования методов их конструирования, так и для предупреждения осложнений, вызываемых протезами [1, 2]. Цитоло-

гическими исследованиями слизистой оболочки установлено, что наиболее заметные изменения в эпителии наблюдаются в течение года после ношения протеза [3, 4].

Нами проводились микроскопические исследования соскобов слизистой оболочки протезного ложа с целью выявления эффективности тотальных протезов, конструированных с учетом податливости слизистой оболочки протезного ложа. В основу работы положены результаты клинического протезирования 108 пациентов обоего пола с относительно одинаковыми анатомо-функциональными особенностями беззубых челюстей (41 женщина и 67 мужчин в возрасте от 35 до 65 лет).

Для определения разности податливости между максимальными и минимальными величинами в различных зонах исследования слизистой оболочки протезного ложа нами введен термин—дискретный коэффициент.

Все пациенты условно были распределены на 2 группы. В I группу вошло 36 чел., которым изготовляли тотальные протезы (36 на верхнюю и 36 на нижнюю челюсти) без учета дискретного коэффициента податливости слизистой оболочки протезного ложа, во II—72 пациента, которым были конструированы протезы (72 на верхнюю и 72 на нижнюю челюсти) с учетом дискретного коэффициента [5, 6].

Материал для цитологического исследования, полученный методом соскоба, равномерно тонким слоем распределялся по поверхности предметного стекла.

После высушивания на воздухе мазок фиксировался в течение 10 мин в растворе Никифорова (спирт этиловый, эфир 1:1). После повторного просушивания мазок окрашивался по Романовскому-Гимза (азур-эозин).

Материал брался из одних и тех же зон слизистой оболочки до протезирования, в период адаптации, а также через 3, 12 и 24 месяца. Клеточный состав полученных мазков изучался под малым и большим увеличением микроскопа в 12—15 полях зрения. Цифровые величины подвержены статистической обработке. Достоверность полученных данных определяли по критерию Стьюдента.

Исследование клеточного состава слизистой оболочки протезного ложа до протезирования выявило в большинстве препаратов клетки поверхностного эпителия нормального строения с пикнотическими ядрами, ороговевшие и в стадии ороговения. Как правило, цитоплазма их окрашивалась в различные оттенки: от интенсивного до весьма слабого, что указывает на развитие в них дистрофических изменений. Зачастую клетки были вытянуты в длину, имели веретенообразную форму с нечеткими контурами, что свидетельствовало о развитом воспалительном процессе. Встречались клетки с увеличенными ядрами, а также с ядрами с различной степенью фрагментации. Клетки более глубоких слоев демонстрировали различную интенсивность окраски цитоплазмы и ядра. В ряде случаев обнаружены симпласты из клеток поверхностных, а также глубоких слоев эпителия. В отдельных случаях они характеризовались выраженной пролиферацией, дискариозом и нагромождением ядер. При резко выраженном воспалительном процессе обнаруживались фор-

менные элементы (эритроциты, нейтрофильные лейкоциты). Необходимо отметить наличие большого количества крупных детритов из разрушенных клеток и «голых» ядер, а также мелкоклеточного детрита и слизи, которая окрашивалась как в синий, так и розовый цвет.

Согласно данным, полученным в I группе, в период адаптации отмечено снижение содержания клеток нормального ороговевающего эпителия, а также симпластов глубоких слоев в среднем на 60% ($P < 0,001$) по сравнению с исходным состоянием. Почти наполовину сократилось и число атипических клеток ($P < 0,001$), при этом количество дегенеративных клеток с измененными ядрами снизилось лишь на 15—20% ($P < 0,05$). Число клеток ороговевающего эпителия и симпластов поверхностных слоев увеличилось на 15—24% соответственно ($P < 0,05$). Максимальный же подъем (почти до 70%, $P < 0,001$) наблюдался со стороны клеток глубоких слоев.

Спустя три месяца после протезирования содержание нормальных и ороговевающих эпителиальных клеток несущественно отличалось от периода адаптации. Количество клеток глубоких слоев и ороговевающего эпителия было повышено по сравнению с исходным уровнем лишь на 14 и 35% соответственно ($P < 0,05 < 0,02$). Число симпластов, а также дегенеративно измененных клеток резко возросло (до 40—50%, $P < 0,001$), а число клеток с измененными ядрами было уменьшено по сравнению с исходным уровнем лишь на 12% ($P < 0,05$). В содержании атипичных клеток статистически достоверных изменений не произошло ($P < 0,5$).

Через 12 месяцев после протезирования существенных изменений в картине нормального и ороговевающего эпителия не произошло, не считая незначительных количественных изменений в сторону уменьшения. Однако необходимо отметить, что в содержании остальных клеточных элементов отмечены определенные сдвиги, особенно выраженные в картине атипичных клеток: их содержание снизилось почти на 60% ($P < 0,001$). Число дегенеративных клеток глубоких слоев и особенно клеток с измененными ядрами было уменьшено в среднем на 24—38% соответственно ($P < 0,001 < 0,05$). Отмечено незначительное снижение уровня ороговевающего эпителия—лишь на 13% ($P < 0,05$), а симпласты глубоких слоев сохраняли исходные значения ($P < 0,02$). Количество симпластов поверхностных клеток по сравнению с предыдущим сроком наблюдений было увеличено примерно на 27% ($P < 0,001$).

Через 24 месяца после протезирования изменения большинства изученных цитологических показателей сохраняли прежнюю направленность и в количественном отношении отличались от предыдущего периода наблюдений.

Необходимо отметить увеличение количества симпластов глубоких слоев (до 40% по сравнению с исходным уровнем, $P < 0,001$). Однако за счет поверхностных слоев их содержание практически не отличалось от контроля и было статистически недостоверным ($P > 0,5$). Помимо указанных изменений, как правило, встречались форменные элементы—эритроциты и нейтрофильные лейкоциты, а также детрит и другие признаки, типичные для воспалительного процесса (рис. 1).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что тотальные протезы, изготовленные без учета дискретного коэффициента податливости слизистой оболочки протезного ложа, в значительной степени способствуют возникновению патологического процесса.



Рис. 1. Цитологическая картина слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти а) у пациента I группы, б) у пациента II группы, через 24 месяца после протезирования, $\times 400$.

Изучение цитологической картины мазков во II группе показало, что в период адаптации к тотальным протезам в слизистой оболочке резко падает содержание большинства изученных структурных элементов. Однако наибольшим сдвигам, по нашим данным, подвержены клетки глубоких слоев, дегенеративно измененные клетки, а также симпласты. Их количество к этому времени составило в среднем 6—14% по отношению к исходному уровню ($P < 0,001$). Содержание клеток ороговевающего и ороговевшего эпителия, атипичных клеток и клеток с измененными ядрами уменьшилось соответственно на 35—60% ($P < 0,001$). Наряду с этим число нормальных эпителиальных клеток поверхностных слоев было увеличено в среднем на 50% ($P < 0,001$). Необходимо отметить, что их повышение, выявленное в период адаптации, сохранилось статистически достоверным во все последующие сроки наблюдений. Установленный ранее характер соотношений остальных клеточных элементов также оставался относительно стабильным на протяжении всего периода исследований. Типичным для данной группы явилось практически полное отсутствие в мазках эритроцитов, нейтрофильных лейкоцитов, а также других компонентов, указывающих на наличие выраженных воспалительных реакций.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что тотальные протезы, конструированные с учетом дискретного коэффициента податливости слизистой, оказывают благоприятное влияние на слизистую оболочку протезного ложа.

ԱՄԲՈՂՋԱԿԱՆ ՏԱՐԲԵՐ ՊՐՈԹԵԶՆԵՐԻՑ ՕԳՏՎՈՂ ԱՆՁԱՆՑ ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՒՈՉԻ
ԲՋՋԱԲԱՆԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Քսուկների բջջային կազմի դինամիկ փոփոխության վերլուծությամբ տարբեր կառուցվածքի ամբողջական պրոթեզներից օգտվող 24 ամսվա տևողությամբ 108 բուժվողների մոտ որոշվել է պրոթեզների ներգործությունը պրոթեզային մահճի լորձաթաղանթի վրա:

Լորձաթաղանթի դյուրաթեքության դիսկրետ գործակցի հաշվարկով պատրաստված ամբողջական պրոթեզները պրոթեզային մահճի հյուսվածքների վրա ունենում են դրական ներգործություն:

A. A. MIRZOYAN

CYTOLOGICAL STUDY OF THE MUCOUS MEMBRANE OF
THE MOUTH CAVITY IN PATIENTS WITH VARIOUS
TOTAL DENTURES

The dynamical changes of the cellular structure of smears in patients with various total dentures have been studied. As the discrete efficiency of the lining is highly considered in construction of the total dentures, they have favourable effect on the tissues of the prosthetic bed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. *Василенко З. С.* В кн.: *Терапевтическая и ортопедическая стоматология*. Киев, 1975, стр. 23.
2. *Василенко З. С.* Автореферат дисс. докт. Киев, 1975.
3. *Мирзоян А. А.* Метод изготовления полных пластиночных протезов с учетом податливости слизистой оболочки протезного поля. *Методические рекомендации*. Ереван, 1980.
4. *Мирзоян А. А.* Электронный измеритель податливости слизистой оболочки протезного поля. *Методические рекомендации*. Ереван, 1980.
5. *Razek M. K. et al.* J. Prosthetic dentistry 1978, 1. 29.
6. *Wagner L. V. Disch.* Stomat., 21, 1971, 440.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

(ՄՅ Արմ. ՍՍՐ, Սրբարար ԼԵՇԵՆ-ՓՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԵՍԻ ՍՈՒՅՑԻ)

ПРАВООСТРОННЯЯ МЕЖРЕБЕРНАЯ НОВОКАИНОВАЯ
БЛОКАДА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

И. Х. ГЕВОРКЯН

Для снятия болевого фактора при остром холецистите автором рекомендуется выполнять правостороннюю межреберную новокаиновую блокаду по следующей методике. Больной укладывается на спину, ближе к правому краю перевязочного стола. Правая рука запрокидывается за голову с таким расчетом, чтобы межреберные промежут-