

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод, что проведение раннего послеоперационного энтерального питания способствует более раннему восстановлению трофического статуса, что в свою очередь положительно влияет на результаты лечения больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости различного генеза.

Литература

1. Хорошилов И.Е. Руководство по парэнтеральному и энтеральному питанию. СПб.2000, 374 с.
2. Костюченко А.Л., Костин Э.Д, Курьгин А.А. Энтеральное искусственное питание в интенсивной терапии. СПб.1996, 329 с.
3. Т.С. Попова, А.Е. Шестопалов, Т.Ш. Тамазашвили. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. Москва 2002, 320 с.

МЕЗАНГИОПРОЛИФЕРАТИВНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У ДЕТЕЙ

А.В. Крылова-Олефиренко

Научные руководители – к.м.н., доцент *А.М. Чичко*, к.м.н., доцент *Т.А. Летковская*
Белорусский государственный медицинский университет

Мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МзПГН) является наиболее распространенным морфологическим типом поражения почечных клубочков у детей и в целом характеризуется относительно доброкачественным течением и прогнозом. Целью настоящей работы явилось изучение клинических особенностей первичного МзПГН у детей. Мы провели ретроспективный анализ 61 истории болезни детей с МзПГН, проходивших лечение во 2 ДГКБ г. Минска в 2000 – 2003 гг. Нефробиопсия проводилась в сроки от 3-х месяцев до 13 лет с момента заболевания. Возраст больных колебался от 3 до 15 лет. Заболевание в изученной группе клинически характеризовалось бессимптомным началом более чем в половине случаев (55%), наиболее часто проявлялось гематурией с незначительной протеинурией. Во всех случаях исследовались гистологические препараты. Мы оценивали выраженность и распространенность пролиферации мезангия, наличие склероза/гиалиноза гломерул, тубуло-интерстициальный компонент (ТИК) (дистрофия нефроэпителия, инфильтрация в строме, очаги склероза). В серии из 18 нефробиоптатов мы провели иммуногистохимическое окрашивание с моноклональными антителами к Ki-67 – нуклеопротеину, экспрессируемому делящимися клетками. Основным критерием отбора была информативность нефробиоптата (более 10 полноценных клубочков). Проведенный сравнительный анализ клинических проявлений МзПГН в зависимости от выраженности и распространенности мезангиальной пролиферации показал, что достоверно чаще при диффузном МзПГН встречаются эпизоды макрогематурии, в то время как для фокально-сегментарного МзПГН характерна изолированная протеинурия. Не было выявлено значительных различий течения МзПГН в зависимости от выраженности мезангиальной пролиферации. Достоверных различий в течении МзПГН в зависимости от наличия/отсутствия гломерулосклероза не выявлено. ТИК в изученной группе присутствовал у 77% больных. При этом наиболее часто выявлялась белковая дистрофия нефроэпителия. Проведенный анализ выявил положительную корреляционную взаимосвязь между наличием инфильтрации и признаками (б/х, ОАК) активности процесса, а также между дистрофией нефроэпителия и нарушением концентрационной функции почек. В группе, отобранной для иммуногистохимического исследования лишь в 27% случаев пролиферация мезангиоцитов отличалась от отрицательного контроля (1-2 положительных клетки). Более трех делящихся клеток в 70% клубочков мы наблюдали в одном случае – это соответствовало результатам световой микроскопии (выраженная диффузная пролиферация), в остальных – отмечались единичные положительные клетки в 20-30% клубочков. В большей же части случаев несмотря на светооптические признаки гиперклеточности мы не обнаружили пролиферации клеток в мезангиальной области.

Таким образом, можно сформулировать следующие выводы:

- Клинические проявления МзПГН в большей степени зависят от распространенности мезангиальной пролиферации, чем от ее выраженности.

▪ Имеется взаимосвязь между наличием инфильтрации в интерстиции и признаками активности процесса, а также между дистрофией нефроэпителия и нарушением концентрационной функции почек

▪ Светооптически определяемая гиперклеточность клубочков не обязательно свидетельствует о наличии мезангиальной пролиферации.

ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЕРАМИЧЕСКИХ ВИНИРОВ

А.В. Кувшинов

Научный руководитель – к.м.н. *А.Ф. Хомич*

Белорусский государственный медицинский университет

Для большинства врачей-стоматологов оптимальным ортопедическим решением эстетических проблем фронтальной группы зубов являются полные металлокерамические коронки [3]. Однако постановка их требует сошлифовывания значительного слоя твердых тканей зуба, что приводит к выраженным патологическим изменениям в пульпе и периодонтальных тканях, а, кроме того, заметно снижает прочность и функциональные качества естественного зуба [1,2]. Реальной альтернативой в данной ситуации стал керамический винир.

Цель исследования: клиническая оценка эффективности применения керамических виниров для коррекции эстетических дефектов фронтальной группы зубов.

Задачи: 1) Выявить и проанализировать изменения состояния краевого прилегания в различных зонах контакта конструкции с твердыми тканями зуба, 2) Зафиксировать изменения жизнеспособности пульпы в различные сроки после наложения конструкции, 3) Определить наличие сколов и поломок конструкции и раскрыть причины, приведшие к ним, 4) Проследить за динамикой эстетических характеристик протезов (изменения цвета и рельефа поверхности облицовки), 5) Проанализировать субъективную оценку проведенного реставрационного вмешательства пациентом.

Материалы и методы: были изучены 18 виниров, поставленных на живые зубы 7 пациентам в возрасте от 19 до 44 лет. Постановка виниров производилась на резцы верхней челюсти с целью коррекции эстетических недостатков, вызванных изменением цвета и формы зубов, а также исправления аномалий положения зубов. Продолжительность исследования составила 2 года, частота контрольных осмотров – каждые 3 месяца. Постановка виниров не производилась при наличии у пациента аномалий прикуса и патологии со стороны маргинального периодонта в области реставрируемых зубов. Во время осмотров производилась оценка качества краевого прилегания в шести различных зонах контакта конструкции с тканями зуба: медиальной вестибулярно-проксимальной, дистальной вестибулярно-проксимальной, мезио-придесневой, срединно-придесневой, дистально-придесневой, язычно-окклюзионной, а также остальных исследуемых параметров.

Результаты. Выводы. Спустя два года, на заключительном осмотре, было выявлено, что из 108 полученных при исследовании результатов (18 виниров исследовались в шести зонах) в 22(20±3,8%) случаях имелись легкие краевые дефекты. При этом в вестибулярно-проксимальных зонах мы получили по 4(18,2±8,2%), в зонах, соответствующих пришеечной области по 2(9± 6,1%), краевых дефектов. Аналогичный показатель в язычно-окклюзионной зоне составил 8(36,4±10,3%). Частота встречаемости краевых дефектов в исследуемых областях может быть выражена следующим числовым соотношением: $v(\text{пришеечной области}) : v(\text{вестибулярно-проксимальной области}) : v(\text{язычно-окклюзионной области}) = 9 : 18 : 36 = 1 : 2 : 4$. Таким образом при изготовлении и фиксации винира следует обращать особое внимание на точность краевого прилегания в язычно-окклюзионной зоне. Изменений со стороны жизнеспособности пульпы выявлено не было, что свидетельствует о низкой степени инвазивности данной лечебной технологии. Кроме того все исследуемые протезы полностью сохранили целостность и исходные цветовые характеристики, что говорит о достаточной прочности и стойкости поверхностных качеств конструкции.