болезни зубов состоит в совместном проявлении симптомов гингивита и парадонтита в соответствии с уравнениями

$$y_k + dy_k = g_k(y_k, dy_k) \ (k = 1,\ldots, n). \qquad (3)$$

Система (2), (3) характеризуется обильной кровоточивостью десен и пародонта, болезненными ощущениями (третья группа уравнений системы (1)), вмешательство врача – стоматолога чаще всего уже спасти больной зуб не может и он удаляется. В заключении рассмотрим острую форму гингивита, которая может быть вызвана солями тяжёлых металлов, авитаминозом, беременностью и т.д. Она задаётся подсистемой системы (2) в виде

$$x_i + dx_i = f(x_i, dx_i) \ (i = i_1,,,,, i_p),$$

где $p \leq n$ и может привести к выпадению p зубов. Это особый вид траекторий болезней зубов, характеризующихся добавлением симптомов в систему Ω, когда на дёснах появляются язвы, дёсны сильно отекают и кровоточат, изо рта идёт гнилостный запах, зубы расшатываются и выпадают. Аналогично рассматриваются процессы протезирования и медикаментозное лечение.

Список литературы

1. Тарушкин В.Т., Тарушкин П.В., Тарушкина Л.Т. Кариес, парадонтит и зубная боль. Успехи современного естествознания, N 11, стр. 86, М.: “Акад. Естеств.”, 2009.

СТРУКТУРНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К., Ольшанская Е.С.

Государственный медицинский университет
Курск, Россия

Цель работы - установить характер ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ) у пожилых больных артериальной гипертонией (АГ), его значения в оценке риска сердечно-сосудистых осложнений на фоне гемодинамической перегрузки.

Обследовано 132 лица пожилого возраста с АГ (средний возраст 66,0±0,4 года). Исследование геометрии сердца проводили методом эхокардиографии с применением УЗ сканера MyLab 15 (Esoate/PieMedical, Италия). Оценку типа ремоделирования ЛЖ проводили по классификации Ganau A., et al., в модификации Devereux R.B., et al.(1992). Статистический анализ результатов исследования, проведен с помощью программ Statistica 6.0, MS Excel 2007.

Концентрический вариант ремоделирования ЛЖ (КРЛЖ) отмечен у 44,7% обследованных лиц. Нормальная геометрия (НГЛЖ) наблюдалась у 24,2% больных, концентрическая гипертрофия (КГЛЖ) – у 15,2%, эксцентрическая (ЭГЛЖ) – 2,3%. Среди пациентов с АГ и нормальным значением индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) диагностирована изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки в 7,6% случаев, задней стенки ЛЖ – 6 %. Установлено повышение распространенности КГЛЖ с 10% при АГ 1-й степени до 22% при АГ 3-й степени. Распространенность КРЛЖ возрастала незначительно – с 40% при АГ 1-й степени до 48% при АГ 3-й степени. Важно отметить, что у большинства лиц с АГ I стадии (81%) диагностировано КРЛЖ, что свидетельствовало о начале структурной перестройки сердца.

Таким образом, у пожилых больных АГ среди вариантов структурной перестройки сердца преобладало концентрическое ремоделирование ЛЖ, диагностированное у большинства пациентов с I стадией заболевания. Для

оценки риска развития сердечно-сосудистых осложнений, уточнения стадии АГ у пациентов старшего возраста обоснована необходимость определения типа ремоделирования миокарда с учетом установленных субклинических изменений сердца уже при АГ I стадии.

УСТОЙЧИВОСТЬ АТЕРОГЕННЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ К ОКИСЛЕНИЮ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОЙ ПЕРЕГРУЗКИ

Украинцева Д.Н., Горшунова Н.К., Ланских Д.В.

Государственный медицинский университет
Курск, Россия

Оценка взаимосвязи окислительной резистентности липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) с уровнем высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) - маркера неспецифического воспаления на фоне АГ имеет высокую практическую значимость. Цель работы - определить показатели липидного спектра сыворотки крови и устойчивость атерогенных липопротеинов к окислению у пожилых больных АГ с различной выраженностью эндогенного воспаления.

Обследовано 74 пациента пожилого возраста с АГ, средний возраст - 65,4±0,57 лет. В контрольную группу включили 30 практически здоровых лиц пожилого возраста. Содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов в сыворотке крови определяли энзиматическим колориметрическим методом. Уровень ХС ЛПНП вычисляли по формуле W.T.Friedewald и соавт. (1972). Об окислительном потенциале ЛПНП судили по уровню МДА в них (Куликова А.И. и соавт., 2008). Содержание СРБ (мг/л) определяли высокочувствительным иммунотурбидиметрическим методом.

Достоверных отличий по уровню СРБ между основной и контрольной группами (2,90± 0,16 мг/л и 2,84±0,45 мг/л), не найдено. При высоком содержании СРБ в (≥3 мг/л) определено повышение концентрации МДА в ЛПНП (3,56;3,01;4,87, мкмоль/л) по сравнению с пациентами с низким (2,51;1,49;3,11 мкмоль/л), $p<0,05$ и средним риском сердечно- сосудистых осложнений (2,92; 2,1; 4,0 мкмоль/л), $p=0,01$. Выявлена прямая корреляционная связь средней силы между уровнем СРБ и МДА в ЛПНП ($r=0,44$; $p<0,001$).

Таким образом, у лиц пожилого возраста установлена различная выраженность неспецифического эндогенного воспаления. Повышение уровня СРБ ≥3 мг/л сопровождалось снижением окислительной устойчивости атерогенных липопротеинов.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ГИБЕЛИ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЦА

Цыпленкова В.Г., Илларионова Н.Г.

РКНПК, РГМУ им. Н.И.Пирогова
Москва, Россия

С целью изучения механизмов гибели кардиомиоцитов (КМЦ) было проведено ультраструктурное и иммуногистохимическое исследование миокарда на материале эндомиокардиальных и инцизионных биопсий при некоронарогенных заболеваниях сердца.

Светооптически и электронномикроскопически при всех изученных заболеваниях выявлялись очаги деструкции и гибели КМЦ. При диабетической кардиомиопатии обнаруживались «гибернированные» и дедифференцированные КМЦ. При миокардитах характерны были очаги некроза, лимфогистиоцитарной инфильтрации и заместительного склероза.

Иммуногистохимически были выявлены множественные Tunel-положительные КМЦ при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта, пароксизмальных тахиаритмиях, диабетической