

3 группы: 1-я – контроль, 2-я – с моделью острой почечной недостаточностью (ОПН) и 3-я – с моделью хронической почечной недостаточности (ХПН). Для моделирования острого повреждения почек и развития ОПН животных 2 группы выдерживали 24 часа без еды, затем внутримышечно вводили 50% водный раствор глицерола в дозе 10 мл на кг массы тела. У всех животных рассчитывали скорость клубочковой фильтрации. Для гистохимического исследования приготовленные препараты почек окрашивали гематоксилин-эозином.

**Результаты.** Введение глицерола экспериментальным животным приводило к нарушению функции почек дистрофическим и некротическим изменениям в канальцевом аппарате почек и увеличению метрических параметров клубочков. На стадии ХПН наблюдается уменьшение размеров клубочков, очаговая их гибель и нефросклероз.

#### **Выводы.**

1. Введение глицерола приводит к дистрофическим и некротическим изменениям в канальцевом аппарате почек. На стадии ХПН отмечается уменьшение размеров клубочков и их нефросклероз. В интерстиции – лейкоцитарная инфильтрация.

2. У животных с ОПН через 1-2 недели преобладают канальцевые поражения с развитием некроза в клетках эпителия проксимальных и дистальных канальцев и собирательных трубочек.

3. При ХПН характерна гиалиново-капельная дистрофия нефроцитов проксимальных канальцев и гидропическая дистрофия преимущественно дистальных канальцев. В интерстиции появлялись воспаления лейкоцитарной инфильтрации как признак интерстициального нефрита.

## **СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ОЖИРЕНИЕМ**

*Фадеенко Г.Д., Соломенцева Т.А., Кушнир И.Э., Чернова В.М.*

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой НАМНУ», г. Харьков, Украина

**Цель работы.** Изучить изменения слизистой оболочки пищевода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в сочетании с ожирением по данным фиброгастроэзофагоскопии.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 62 больных ГЭРБ, с верифицированным диагнозом в соответствии с Монреальскими рекомендациями, в возрасте от 21 до 69 лет, средний возраст составил  $51,5 \pm 6,3$  лет. Больные были разделены на две группы, в соответствии с индексом массы тела (ИМТ). Первую группу (основная группа) составили 32 больных с избыточной массой тела, ИМТ которых составил более  $30,0 \text{ кг/м}^2$ . Во вторую группу (группа сравнения) были отобраны 30 пациентов с нормальной массой тела: ИМТ от  $19,0 \text{ кг/м}^2$  до  $24,0 \text{ кг/м}^2$ . Тяжесть эзофагита определяли с помощью видеофиброскопии по Лос-Анджелесской классификации.

**Результаты и их обсуждение.** У всех обследованных больных наблюдались клинические симптомы ГЭРБ. Наиболее часто больные предъявляли жалобы на изжогу, которая наблюдалась у 29 (90,6%) пациента основной группы и 28 (93,3%) группы сравнения. Регургитация наблюдалась более редко и зафиксирована у 12 (37,5%) больных основной группы и 7 (23,3%) группы сравнения. Именно изжога была основной причиной обращения за медицинской помощью. Достоверных различий в частоте и интенсивности изжоги между группами не выявлено. При эндоскопическом исследовании неэрозивная форма рефлюксной болезни (НЭРБ) достоверно реже наблюдалась у больных с ожирением – 13 (40,6%) по сравнению с пациентами с нормальным весом – 18 (60,0%) ( $p < 0,05$ ). Единичные эрозии пищевода были обнаружены у 7 (21,8%) больных основной группы и 8 (26,7%) лиц группы сравнения. Признаки эрозивного поражения пищевода степени В были выявлены у 5 (15,6%) больных основной и у 3 (10,0%) контрольной группы. Эрозивный эзофагит соответствующий степени тяжести С наблюдался у 3 (6,8%) больных ГЭРБ с ожирением и у 1 (2,1%) пациентов с нормальной массой. Тяжелая форма эзофагита степени D была зафиксирована у 4 (9,1%) больных основной группы. Тяжелых форм эзофагита D у лиц группы сравнения выявлено не было. Была выявлена положительная корреляционная зависимость между ИМТ и степенью тяжести эзофагита. ( $r_s = 0,52$ ) ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Ожирение является фактором, отягощающим течение рефлюксной болезни. Возрастание ИМТ у больных ГЭРБ провоцирует развитие выраженных изменений в слизистой оболочке пищевода, что проявляется в развитии эрозивных форм эзофагитов более высоких градаций.. У больных с ИМТ выше 30,0 кг/м<sup>2</sup> чаще наблюдаются более тяжелые формы эзофагитов.

## **РОЛЬ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**

*Федоров Д.А., Лещева Е.А., Машкова Н.Г.*

**ГБОУ ВПО «ВГМА имени Н.Н. Бурденко», г. Воронеж, Россия**

Большинство больных, обратившихся за ортопедической стоматологической помощью, с полной или частичной потерей зубов, это пациенты в возрасте от 42-80 лет. При сборе анамнеза больше половины данных пациентов имеют одну или несколько соматических патологий (заболевания ССС, пищеварительной системы, нервные болезни, нарушение обмена веществ).

Как правило, некоторые соматические патологии являются этиологическим фактором сопутствующих хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта (красный плоский лишай, лейкоплакия, синдром жжения слизистой оболочки полости рта, кандидоз и др.) и все это на фоне снижения иммунитета.

Так, при анализе ортопедических стоматологических больных в клинике ВГМА им. Н.Н. Бурденко за последние пять лет (2008-2012 г.г.) около 3,1% имеют хронические заболевания слизистой оболочки полости рта.