

за, печінка) поряд з гіперемією та набряком сполучної тканини спостерігались вогнища запальної інфільтрації, зернистої і жирової дистрофії гепатоцитів, лімфоїдно-гістіоцитарних інфільтратів, атрофія острівків ендокринної частини підшлункової залози.

Література

1. Элькин М.А., Клещенникова В.П. Обширные резекции тонкой кишки при узлообразовании// Вести хирургии им. И.И.Грекова- 1964.- № 10- С. 115-117.
2. Даиров А.Б. Обширная резекция тонких кишок.-Казахстан: Изд-во "Казахстан", 1974. - 167 с.
3. Сипаров И.Н., Луд Н.Г. Хирургические методы лечения последствий субтотальной резекции тоной кишки (Экспер. исслед.)// Здравоохр. Белорусии.- 1978- № 2 - С. 29-31.
4. Топузоз В.С., Заика В.А. Хирургическая коррекция синдрома короткой кишки в растущем организме // Клин. хирургия.- 1986.-№ 11.- С. 61-62.
5. Топузоз В.С., Заика В.А. Профилактика и лечение синдрома короткой кишки после обширных резекций кишечника у детей // Вести хирургии им. И.И.Грекова.- 1990 - № 7. - С. 75-76.

### **ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕЙ МЕЖЗУБНОГО ДЕСНЕВОГО СОСОЧКА ПРИ ПАРОДОНТИТАХ**

**Иленко Н.Н.**

**Украинская медицинская стоматологическая академия**

В патогенезе заболеваний пародонта не ясен вопрос о дифференцировке клеточных структур и барьерных функций слизистой оболочки альвеолярного отростка (десны). Изменение комплекса защитных уровней десны может считаться ранними патогенетическими признаками пародонтита.

Обследованы 50 больных с различными степенями тяжести пародонтита. Объектом исследования являются прицельные биопсии малого размера, полученные при лечебных манипуляциях (проведение кюретажа, гингивэктомии, удаление подвижных зубов). Были изготовлены полутонкие срезы, которые подвергались гистохимическим окраскам.

Исследования показали, что при легкой степени пародонтита клетки базального слоя находятся в состоянии митоза, в шиповатом слое отмечается вегетация и спонгиоз. Для рогового слоя характерен паракератоз. В строме наблюдается пролиферация сосочкового слоя, инфильтрация лейкоцитов, эозинофилов, тучных клеток. Следовательно, при легкой степени заболевания в основном нарушается дифференцировка клеточных структур эпителия.

При средней степени пародонтита отмечается пролиферация клеток базального слоя. В шиповатом слое появляются "темные" и нейросекреторные клетки. В сосочковом слое периваскулярная инфильтрация плазмочитов и лейкоцитов. В сетчатом слое отмечается большое количество фибробластов, лимфоцитов, гистиоцитов и макрофагов. Таким образом, наблюдается дистрофия клеток эпителиального пласта и пролиферация клеток стромы.

При тяжелой степени заболевания в эпителии отмечаются атрофические изменения. В базальном слое единичные клетки с митотической активностью явления дискератоза и гиперкератоза распространяются почти на всю толщу эпителия. В строме гиалиноз сетчатого слоя.

Таким образом, особенности морфологических изменений в тканях пародонта при различных степенях тяжести заболевания позволяет судить о нарушении различных защитных барьеров.