

Канд. мед. наук И. Г. Ямашев (Казань). Клинические симптомы околокорневых кист

Нами изучена диагностическая ценность некоторых клинических симптомов околокорневых кист различной локализации. В результате клинко-рентгенологических наблюдений за течением 436 околокорневых кист и анализа их симптоматики установлены особенности их проявления в зависимости от локализации. Это касается как нагноившихся (47,24%), так и ненагноившихся (52,76%) кист.

Сопоставление частоты наиболее типичных симптомов околокорневых кист показало, что такие симптомы, как «пергаментный хруст», флюктуация, конвергенция зубов и внутриротовые свищевые ходы, характерны преимущественно для верхнечелюстных кист, кожные свищевые ходы — для нижнечелюстных.

На верхней челюсти «пергаментный хруст» почти в три раза чаще обнаруживался при локализации кист в области клыков, премоляров и моляров, чем в области резцов. На нижней же челюсти этот симптом выявлялся в основном при кистах, исходящих от моляров (14,94%).

Если на верхней челюсти не было отмечено зависимости частоты флюктуации от локализации околокорневых кист, то на нижней челюсти зыбление определялось главным образом при кистах боковых отделов. Конвергенция зубов и внутриротовые свищевые ходы как на верхней, так и на нижней челюстях наблюдались в основном при кистах, исходящих от однокорневых зубов. Деформация гайморовой пазухи выявлялась при кистах, которые исходили от моляров (37,66%), премоляров и клыков (29,16%), резцов (9,37%). Исключительно редко (в 6 случаях из 159) отмечалась парестезия нижней губы.

В 2—3 раза чаще околокорневые кисты челюстей протекали с явлениями деформации костной ткани, чем без нее. Наряду с этим нагноившиеся кисты, как правило, имели хроническое течение и локализовались на верхней челюсти.

В заключение считаем необходимым отметить, что частота клинических симптомов околокорневых кист челюстей не всегда зависела от размеров образования. Мы наблюдали как случаи больших кист с бессимптомным течением, так и случаи маленьких кист, которые протекали с «пергаментным хрустом», флюктуацией, конвергенцией зубов, деформацией костной ткани или гайморовой пазухи.

Изучение некоторых клинических симптомов околокорневых кист челюстей позволило нам оценить их частоту в зависимости от локализации и размеров, что способствовало снижению диагностических ошибок.

**Проф. Я. А. Макаревич, канд. мед. наук Т. Н. Панова, А. А. Панов (Астрахань).
Лечение язвенной болезни ингибиторами калликреин-кининовой системы**

Мы провели лечение 30 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с тяжелым и среднетяжелым течением специфическими ингибиторами кининообразующих ферментов — тразилолом, контрикалом, гордоксом и специфическим антагонистом брадикинина — продектином. У всех пациентов был резко выражен болевой синдром, который не удавалось купировать настойчивой противоязвенной терапией. Концентрация свободных кининов в крови превышала норму в 2—3 раза. Сопутствующий панкреатит был исключен на основании клинических признаков, лабораторного исследования крови на амилазу и мочи на диастазу, а также рентгенологическим обследованием желудочно-кишечного тракта методом искусственной гипотонии.

Из 30 больных 7 получали тразилол, 5 — контринал, 7 — гордокс. Тразилол и контринал вводили по 10 000 ед. 2 раза в сутки внутривенно капельно в течение 3 дней, затем по 10 000 ед. 1 раз в сутки еще 5 дней. Гордокс назначали в дозе 100 000 ед. по той же схеме. Остальным 11 больным со среднетяжелым течением заболевания давали продектин в дозе 250 мг 4 раза в сутки в течение месяца. Базисная терапия, применявшаяся до назначения указанных препаратов, отменялась.

Клинический эффект после начала лечения тразилолом, контрикалом, гордоксом проявлялся уже на 2—3-й день; выражался он в значительном уменьшении или ликвидации болей. При лечении продектином эффект начинал сказываться спустя 7—10 дней. В конце курса лечения этими препаратами исчезали боли, улучшалось общее самочувствие, уменьшались симптомы ацидоза, диспепсии. Повторная гастродуоденоскопия, проводившаяся на 3—4-й неделе лечения, выявляла тенденцию к нормализации слизистой и завершающееся рубцевание язвы; концентрация свободных кининов закономерно снижалась до верхней границы нормы. После обычной противоязвенной терапии уровень плазменных кининов снижался в меньшей степени, что совпадало и с менее выраженным клиническим эффектом. Для иллюстрации приводим наблюдение.