

тельный характер (за счет маргинального пола), второй связан с выходом клеток из костномозгового депо.

Волнообразный, колебательный характер изменения уровня лейкоцитов в крови контрольной группы животных (в условиях отсутствия кормления), мы объясняем тем, что мыши, являясь копрофагами, все же не находились в условиях абсолютного голода.

Данные трактовки являются предварительными и подлежат дальнейшей детализации и уточнению.

### **Морфологическое обоснование эффективности фибрино-литической терапии при артериальных тромбозах**

В.С.Сергеева

*Российский Государственный медицинский университет, Москва*

Возможность лизиса тромбов большого срока давности тесно связана с их морфологическими особенностями. Проведенное нами морфологическое исследование артериальных тромбов различного срока давности, удаленных во время оперативных, либо рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 10 пациентов, свидетельствует о том, что тромбы давностью до 5 суток состоят в основном из рыхлых пучков фибрина, большого количества неизмененных и измененных эритроцитов и единичных лейкоцитов. Артериальные тромбы давностью 1 месяц в центральной своей части содержат в основном тромбоцитарные балки и разрозненные пучки фибрина. Периферическая часть таких тромбов представляет собой слоистую структуру, состоящую из конгломератов тромбоцитов и фибрина, расположенных между эритроцитами. К 1,5 месяцам в структуре тромбов преобладают плотные пучки полимеризованного фибрина и расположенные между ними скопления п/я лейкоцитов. Полная организация тромбов, в частности в бедренной артерии, происходит лишь через 2 года с момента их образования. В эти сроки в структуре артериальной окклюзии преобладает зрелая соединительная ткань.

Приведенные результаты морфологических исследований прижизненно полученных артериальных тромбов подтверждают существующие экспериментальные данные о том, что тромбы в аорте способны подвергаться лизису через 2 года, в подвздошных артериях - через 1 год, в бедренных артериях через 6 месяцев с момента их образования.

### **Инъекционная смесь для исследования анатомических трубчатых структур**

Слободян А.Н., Ахтемийчук Ю.Т., Власова Е.В., Яковец К.И.

*Буковинская государственная медицинская академия, Черновцы*

Инъекция трубчатых анатомических структур препаратов плодов и новорожденных с последующим микропрепарированием, рентгенографией, ультрасонографией, компьютерной томографией – один из распространенных и адекватных методов

морфологических исследований. В связи с уменьшением количества трупного материала приходится проводить разнообразные исследования на одном препарате. Кроме этого, весьма важно сопоставлять морфологические показатели с данными УЗИ и компьютерной томографии в пределах конкретной возрастной группы.

Нами предложена и апробирована инъекционная смесь для одновременного адекватного исследования трубчатых структур во время препарирования, рентгенографии, ультрасонографии, компьютерной томографии.

Инъекционная смесь состоит из воды (100 мл), пищевой желатины (20 г), водорастворимого бария (40 г), красителя – гуашь, водополимерные краски (10 г). В воде при температуре 70-80°C растворяют пищевую желатину, потом водорастворимый барий, после чего добавляют краситель определенного цвета. Приготовленную смесь фильтруют через 3-4 слоя марли и инъецируют в соответствующие трубчатые структуры. Предварительно объект погружают в воду (t 40-50°C) на 30-40 мин, после чего в исследуемые структуры вводят катетер и с помощью лигатур его закрепляют.

Препарат погружают для фиксации на 2-3 недели (в зависимости от его размеров) в 7-9%-ый раствор нейтрального формальдегида.

Сначала исследуют объект рентгенографически, потом проводят ультрасонографию, компьютерную томографию. После этого препарат препарировывают (трубчатые структуры эластичные благодаря пищевой желатине).

Предложенная инъекционная смесь дает возможность объективно оценивать в одной возрастной группе морфометрические параметры трубчатых анатомических структур во время препарирования, рентгенографии, ультрасонографии, компьютерной томографии.

### **Лечение врожденных деформаций челюстно-лицевой области**

Смердина Л.Н., Смердина Ю.Г.

*Кафедра ортопедической стоматологии, Кемеровская государственная медицинская академия*

Среди аномалий развития челюстно-лицевой области, врожденные деформации (несращения верхней челюсти, альвеолярного отростка и неба) являются распространенной и тяжелой патологией с большим количеством разновидностей.

Местные проявления характеризуются нарушением целостности твердого и мягкого неба, альвеолярного отростка, верхней губы; изменением размеров челюстей и их расположения в черепе; нарушением формы зубных рядов и альвеолярных отростков; неправильным расположением зубов; отсутствием множественных контактов между зубными рядами; изменением величины, формы, числа зубов и т.д.

Больные с врожденными несращениями имеют высокий процент зубочелюстно-лицевых аномалий, которые составляют 87,0% по данным Л.В.Ильиной-Маркосян (1961), 97,6% по – N.S. Javid, J. Dadmanesh