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 микромакропрепарированием, 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°С 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°С) 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 ретгенографически, потом проводят ультрасонографию, компьютерную томографию. После этого препарат препарируют (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

(1976) и почти 100% по данным Ф.Я.Хорошилкиной (2001). Несращения верхней губы, альвеолярного отростка и неба сопровождаются аномалиями зубов, зубных рядов, прикуса у всех больных.

Начиная лечение больных с врожденными челюстно-лицевыми деформациями, очень важно провести психологическую подготовку родителей уже в первые дни жизни ребенка. Если имеется врожденная расщелина твердого неба, то лечение начинается с ортодонтических методов – изготовления обтураторов, обеспечивающих условия для грудного вскармливания.

По мере развития зубочелюстной системы, для нормализации ее формирования, ортодонтические методы усложняются – проводится устранение зубочелюстных аномалий, аномалий зубов, зубных рядов, прикуса.

Ортодонтическое лечение в ранние сроки (в первые месяцы жизни, во временном и сменном прикусах), по мнению ряда авторов, более эффективно и создает благоприятные условия для последующего хирургического, ортопедического, логопедического лечения. Устранение деформаций, возникших в результате врожденной патологии, процесс трудоемкий, требующий многолетнего лечения и постоянного контрольного наблюдения.

Особенно надо подчеркнуть, что нельзя прекращать лечение и контрольное наблюдение после хирургического устранения врожденного дефекта. Отсутствие адекватных лечебных воздействий приводит к тяжелым постоперационным деформациям, с нарушением формы зубного ряда, сужением верхней челюсти, изменением прикуса и т.д. Устранение постоперационных деформаций требует сложных методов ортодонтического лечения в течение длительного времени.

Еще труднее проводить лечение взрослых, когда деформации становятся более стойкими и присоединяются осложнения.

Правда, с появлением новых материалов, сплавов TiNi, TiNiMo стало возможным эффективность лечения деформаций повысить, а сроки лечения – уменьшить. Но, несмотря на появившиеся возможности устранения постоперационных деформаций, лучше не допускать их появления.

Общеизвестное тормозящее влияние на развитие верхней челюсти оперативных вмешательств подтверждается и нашими клиническими наблюдениями. В тех случаях, когда по каким-либо причинам не проводилось хирургическое лечение больных с врожденными расщелинами твердого неба, то развитие верхней челюсти происходило без дополнительных деформаций.

До сих пор оказание комплексной стоматологической помощи больных с врожденной патологией является актуальной проблемой, в которой важное место принадлежит ортодонтическому лечению, позволяющему предотвратить постоперационные осложнения и добиться полноценной реабилитации.

Влияние иммобилизационного стресса на строение миокарда и иннервирующих его структур в постнатальном онтогенезе

Смирнов А.В., Степкина Е.В., Смирнова Т.Ф., Коробейников С.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоградский государственный педагогический университет, Волгоград

Изучение структурных преобразований сердечной мышечной ткани и иннервирующих её структур парасимпатической нервной системы в постнатальном онтогенезе под воздействием антропогенных факторов окружающей среды, в частности под влиянием стресса, остается актуальным.

В нашем исследовании использовались растущие крысы в исходном возрасте 21 суток, которых подвергали воздействию иммобилизационного стресса в течение 30 суток. Эутаназию производили под эфирным наркозом. Исследуемый материал фиксировали 10% нейтральным формалином. С парафиновых блоков готовили срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилином и эозином, тионином по методу Ниссля, а также импрегнировали азотнокислым серебром по методу Шабадаша в модификации Ландау.

Установлено, что под влиянием резкого ограничения двигательной активности обнаруживаются выраженные гемодинамические и гистохимические изменения в сердечной мышечной ткани. Отмечается изменение паренхиматозно-стромальных взаимоотношений в пользу увеличения соединительнотканного компонента, увеличение числа поврежденных кардиомиоцитов.

Нейроны внутрисердечных автономных ганглиев демонстрируют различной выраженности дистрофические изменения. Происходит уменьшение значимое среднего объема ядер нейронов и их цитоплазмы по сравнению с контролем соответствующего возраста.

В дорсальном моторном ядре блуждающего нерва, нейроны которого по данным некоторых исследователей (Reed S.F. et al., 1999) дают начало безмиелиновым эфферентным волокнам, вызывающим клинически значимую брадикардию, обнаруживаются средних размеров нейроны, преимущественно мультиполярной формы в состоянии гиперхроматоза. Их ядра крупные, светлые, содержат, как правило, одно или два ядрышка. Морфометрически определяется снижение среднего объема тел нейронов, однако различия с контролем статистически не достоверны. Отмечаются более плотное расположение глиальных элементов.

Таким образом, возникающие структурные изменения в моторных ядрах блуждающего нерва и автономных внутрисердечных ганглиях свидетельствуют, по-видимому, о нарушении процессов развития различных отделов парасимпатической нервной системы в постнатальном онтогенезе под воздействием стресса и, как следствие, об изменении регуляции сердечной деятельности. По нашему мнению, степень выраженности морфологических изменений в миокарде и иннервирующих его структурах обусловлена тканевоспецифической детерминацией.