

(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 больным 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 Шабадша 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.