

диафрагмальной поверхности в задней межжелудочковой борозде. От передней межжелудочковой ветви к левому желудочку отходят 2-5, а к правому - 1-3 сравнительно крупные ветви. Огибающая ветвь левой венечной артерии отходит от главного ствола под прямым углом, поворачивает на заднебоковую поверхность сердца и ложится в поперечную борозду. Наиболее часто (57,2%) она продолжается в левую краевую ветвь. Но может заканчиваться между левым краем сердца и задней межжелудочковой бороздой (21,4%). Иногда она достигает задней межжелудочковой борозды и либо продолжается в ней, либо делится на заднюю межжелудочковую ветвь и заднюю ветвь правого желудочка (17,1%).

В подавляющем большинстве случаев (79,3%) левая венечная артерия на протяжении эмбрионального периода ветвится по рассыпному типу. Ее наиболее крупные ветви на своем пути довольно часто погружаются в мышцу и вновь появляются на поверхности из под перехватившего их мышечного пучка наружного слоя миокарда. Данный факт подтверждает высказывание А.С. Христуло-Финити (1957) о сосудах, имеющих «ныряющий» ход.

Резюмируя вышеизложенное, можно констатировать, что проведенное нами исследование позволяет уточнить характерные особенности тополокации левой венечной артерии и ее ветвей в плодном периоде эмбриогенеза человека.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ РЕЙТЕРА

Саляева Л.А.

*Окружной кардиологический диспансер
Центр сосудистой хирургии,
Сургут*

Острые и хронические урогенитальные инфекции у человека могут протекать с поражением различных органов и систем, в том числе и суставов (болезнь Рейтера).

Было обследовано 207 больных болезнью Рейтера, вызванной урогенитальной хламидийной, уреоплазменной и смешанной (хламидия + уреоплазма) инфекциями. Контролем служили 40 практически здоровых человек.

Изучено содержание в крови общего холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП-ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП-ХС), триглицеридов (ТГ). Кроме того, рассчитывали холестериновый коэффициент атерогенности (КАТ).

Обнаружено незначительное, но достоверное снижение на 13% уровня общего холестерина в крови больных со смешанной инфекцией по сравнению с контрольной группой. Уровень содержания липопротеидов высокой плотности в крови больных болезнью Рейтера практически не отличался от результатов данного параметра в контрольной группе. Наблюдалось увеличение на 12% коэффициента атерогенности в группе больных с урогенитальной хламидийной инфекцией по сравнению с контрольной группой. Однако, это, скорее всего, связано с сопутствующими заболеваниями у обследуемых нами больных, в част-

ности с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Отмечено снижение на 23% содержания ЛПНП-ХС в крови больных со смешанной инфекцией по сравнению с тем же показателем у здоровых людей. Не выявлено существенных изменений в содержании триглицеридов в сыворотке крови больных болезнью Рейтера по сравнению с контрольной группой.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕН-ГИДРОКСИАПАТИТОВОГО МАТЕРИАЛА «ЛИТАР» В УСЛОВИЯХ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ

Селякин С.П., Чучков В.М.,

Марков А.И., Назаров С.Б.

Ижевск, Самара

Известно, что не все ткани обладают одинаковыми возможностями к полному восстановлению. Но, иногда, этого и не требуется. В некоторых случаях для санации очагов хронической инфекции, благоприятным является их полное замещение соединительной тканью.

На протяжении многих лет Самарскими учеными ведется разработка материала стимулирующего репаративные процессы в костной ткани. Конечно, костная ткань обладает более высокими репаративными способностями, чем легочная, тем не менее, изучение морфологических изменений в области внедрения биокомпозита в ткань легкого представляет определенный интерес в плане лечения ряда тяжелых заболеваний дыхательной системы.

Выбор коллаген-апатитового материала «Литар», разработанного учеными г. Самары обусловлен рядом причин. Данный биокомпозит отвечает основным требованиям, предъявляемым к имплантатам: отсутствие токсичности, аллергизирующего влияния, наличие биодegradуемости и необходимых механических свойств. По своим характеристикам он превосходит используемые в настоящее время в клинике аналогичные материалы. Из всех коллаген-апатитовых имплантатов в РФ, только «ЛитАр» официально разрешен Министерством Здравоохранения для использования в медицинской практике (ТУ 9398 – 001 – 518911443 – 00). Имеются сообщения об успешном применении этого биокомпозита в травматологии, ортопедии, стоматологии и парадонтологии [1, 2].

Имплантация материала «ЛитАр» в паренхиму легких производилась 15 интактным кроликам под внутривенным наркозом. Контрольную группу составляли 3 кролика.

После торакотомии слева, осуществляли продольную пневмотомию язычковых сегментов.

У животных опытной группы в легкое помещали фрагмент композита «ЛитАр», предварительно обработанный порошком ампициллина. Рану легкого ушивали непрерывным обвивным швом с погружением коллаген-апатитового комплекса в ткань легкого. В контрольной группе ушивание раны легкого производили без имплантации композита.

Через дренажный катетер из плевральной полости шприцом эвакуировали воздух и на разряжении дренаж удаляли. На кожу накладывали танталовые скобки.

На 3, 7, 14 и 25 сутки под внутривенным наркозом производили реторокотомию и резекцию левого легкого. После фиксации в формалине и глутаральдегиде препараты отправляли на гистологическое и электронно-микроскопическое исследование.

На 3-и сутки, после имплантации материала «ЛитАр» в интактную легочную ткань кроликов, наблюдалась интенсивная его биотрансформация. В ячейках коллагеновых волокон определялось большое количество гранулоцитов с преобладанием эозинофилов. Значительная часть клеток фиксировалась к набухшим коллагеновым волокнам. При этом в зоне контакта последние истончались, разрыхлялись, фрагментировались и лизировались. На 7-е сутки клеточные популяции были представлены скоплением многоядерных гигантских клеток, лимфоцитов и макрофагов. Лишь в отдельных участках зоны имплантации обнаруживались микроочаги тканевого детрита с включением в него нейтрофильных гранулоцитов. По периферии клеточного вала определялось разрастание грануляционной ткани содержащей полости, свободных от форменных элементов крови. Их стенки, были представлены светлыми клетками, с базофильным, центрально расположенным, крупным ядром. На 14-е сутки вокруг остатков биокомпозита наблюдалась активная моноклеарная реакция. Также определялась область молодой и зрелой грануляционной ткани, сосуды которой имели типичные уплотненные эндотелиоциты и были заполнены форменными элементами крови. Отмечалась трансформация грануляций в волокнистую ткань. На 25-е сутки «ЛитАр» был представлен отдельными островками со скоплением вокруг фагоцитирующих имплантат макрофагов, гигантских клеток, а так же лимфоцитов, грануляциями, созревающей и зрелой волокнистой тканью.

В контрольной группе животных морфологические изменения в легких соответствовали традиционным представлениям о заживлении ран. На третьи сутки преобладала экссудативная реакция, на 7-е сутки определялась грануляционная и волокнистая ткань. На 25-е сутки – формировался линейный рубец.

Таким образом, материал «ЛитАр» при его введении в легочную ткань не вызывал реакции отторжения. На 25-е сутки эксперимента подвергался практически полной биодеградации. Морфологические изменения в области имплантации биокомпозита соответствовали пролиферативной реакции с замещением коллаген-аппатитового комплекса волокнистой соединительной тканью. По сравнению с контрольной группой, у экспериментальных животных клеточные и тканевые реакции были более ярко выраженными, что свидетельствует о стимулирующем влиянии «ЛитАр» на репаративные процессы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Литвинов С.Д. Особенности регенерации костной ткани после замещения её дефектов синтетическим имплантатом /С.Д. Литвинов, А.Ф. Краснов,

Ю.А. Ершов //Бюллетень экспериментальной биологии.- 1995.- Т. 119.- №4.- С.435-438.

2. Буланов С.И. Разработка коллаген-аппатитовых имплантатов и их применение в стоматологии /С.И. Буланов, С.Д. Литвинов, Д.В. Баженов. - Ульяновск: Ульяновский государственный университет, 2002.- 159 с.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ МИКОБАКТЕРИОЗАХ

Слепова С.Б., Аюпова А.К.,

Ющенко А.А., Урляпова Н.Г.

ФГУ «НИИ по изучению лепры Росздрава»,
Астрахань

Ротовая жидкость – это сложная водная среда организма, содержащая компоненты как слюнного (муцины, секреторные иммуноглобулины, липиды, мочевины, глюкоза, амилаза, электролиты и др.), так и «неслюнного» происхождения (слущенный эпителий, лимфоциты, сывороточные компоненты, бактерии, вирусы, грибы и продукты их жизнедеятельности и др.). На состав ротовой жидкости существенное влияние оказывают состояние полости рта, внутренних органов, интоксикации, прием лекарственных препаратов. В настоящее время на основе биохимических и иммунологических показателей слюны разработаны неинвазивные методы диагностики ряда заболеваний. Известны работы, свидетельствующие об информативности методов структурного анализа ротовой жидкости в оценке состояния процесса при хронических пневмониях, холестеатоме среднего уха, хроническом пародонтите, сиалостазе, сахарном диабете (Карташова О.А., Гильмияров Э.М., 2001; Кукилия И.С., Шатохина С.Н., 2004; Селифанова Е.И. с соавт., 2005 и др.).

Цель настоящего исследования – определить особенности морфологической картины ротовой жидкости при хронических микобактериозах.

Обследовано 30 больных лепрой и 30 больных туберкулезом. Группу сравнения составили 30 больных псориазом и 90 лиц пожилого и старческого возраста с патологией органов кровообращения. В качестве контроля использовали ротовую жидкость от 30 доноров. Для структурного анализа биожидкости применяли метод клиновидной дегидратации. Ротовую жидкость в форме капли объемом 0,01 мл наносили на предметное стекло и высушивали при 18-25 °С. Образовавшаяся в результате дегидратации тонкая полупрозрачная пленка (фация) исследовалась с помощью стереомикроскопа фирмы «Leika», оснащенного цифровой фотокамерой «Pixera».

Изучение фаций ротовой жидкости всех обследованных лиц позволило нам выделить 5 морфологических типов: кристаллический, крупноглыбчатый, мелкоглыбчатый, смешанный и аморфный.

Кристаллический тип характеризовался наличием по всей поверхности фации крупных дендритных структур. Крупноглыбчатый тип имел бугристую поверхность фации, обусловленную содержанием крупных полиморфных текстур. Мелкоглыбчатый тип отличался наличием диффузно расположенных мелких