

травм на фоне алкогольного опьянения, а также важная патогенетическая роль алкогольного фона в развитии рецидивов носовых кровотечений, обусловленных кранио-фациальными травмами.

За последние 10-15 лет во всех развитых странах отмечается тенденция к увеличению числа травм, одно из ведущих мест в которых отводится повреждениям лицевого скелета и черепно-мозговым травмам.

В последние годы актуальность кранио-фациального травматизма стала еще более значимой. К сожалению, одними из ведущими видами травм являются умышленные повреждения (73,2%), ДТП (12,4%), нередко полученные в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. В силу анатомо-топографических особенностей нередко, по данным литературы в 65-92% случаев, лицевые и черепно-мозговые травмы носят характер сочетанных повреждений.

Статистические данные свидетельствуют о преобладании (84,7%) данных видов травм у лиц из социально неблагополучных слоев населения. В этой же группе у 92,1% отмечен отягощенный алкогольный анамнез. По данным статистических исследований Россия за последние 5 лет является одним из лидеров по количеству употребляемого алкоголя на душу населения. Не редкость тот факт, что у пациентов с отягощенным алкогольным анамнезом отмечается повышенный травматизм. По нашим данным за последние 5 лет в среднем из общего количества госпитализированных пациентов (n= 6583) с черепно-лицевыми травмами в состоянии алкогольного опьянения находились 4794 пострадавших (72,8%)! Систематическое употребление алкоголя в этой группе больных отмечено на основании анамнестических данных у 3621 (75,5%). При кранио-церебральных и фациальных травмах одним из грозных симптомов являются носовые кровотечения, которые нередко носят профузный характер, угрожая жизни пациента, и имеют склонность к рецидивированию. Последние данные проведенных нами клинических наблюдений и морфологических исследований биоптатов слизистой оболочки полости носа показали значимость алкогольного воздействия на регенеративные процессы при травмах мукоперихондрия носа, систему гемостаза (даже без функциональных нарушений функции печени), реологию крови, изменения ангиогенеза микрососудистого русла слизистой оболочки носа.

Таким образом, результаты статистических, клинико-лабораторных и морфологических исследований подтверждают значимость алкогольного фактора в возникновении черепно-фациального травматизма, а также доказывают важную патогенетическую значимость «алкогольного фона» в развитии рецидивов травматических носовых кровотечений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОСОСУДИСТЫХ СТРУКТУР ПОЛОСТИ НОСА

Петров В.В., Молдавская А.А.
*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

В статье представлены важнейшие аспекты клинической и топографической анатомии микрососудистого русла слизистой оболочки полости носа. Подробно описаны морфометрические особенности артериальной и венозной системы различных отделов носовой полости. Представлены данные о зональной специфике морфометрических критериев носовых раковин и перегородки носа.

Выявлено, что для микрососудистого русла носовой полости характерна билатеральная и ростокаудальная диссимметрия составляющих его структур.

Полученные данные могут служить основой для морфологического обоснования и разработки оптимальных методов эндоскопической эндоназальной хирургии.

Появление и развитие новых областей в практической медицине закономерно обусловлено прогрессом в диагностических и лечебных технологиях, повышением уровня точности и дифференцированности изучения различных органных структур. К разряду таких областей относится РИНОЛОГИЯ, выделившаяся как самостоятельная часть оториноларингологии благодаря накоплению знаний об анатомии и физиологии такого сложного образования как полость носа. Несмотря на полноту исследований, многие аспекты анатомических особенностей полости носа остаются до конца не изученными, что побудило нас провести собственные исследования.

При изучении структурных особенностей слизистой оболочки по отдельным зонам (передние и задние отделы) и разным половинам полости носа выяснилось, что описанная выше усредненная картина включает в себя значительное число разнообразия всех исследованных структур, поддающихся клинической и функциональной интерпретации.

В строении слизистой оболочки нижней носовой раковины разных половин полости носа выявляется правосторонняя диссимметрия (большие величины морфометрических параметров) как эпителиально-соединительных структур, так и, в большей степени, кровеносных сосудов. В клиническом отношении нас интересовали преимущественно особенности микрососудистого русла.

Диссимметрия морфологических параметров кровеносных сосудов выявлена как в целом, без подразделения их на поверхностные и глубокие, так и по отдельности. Удельная площадь артерий и вен на 1/3 больше в правой нижней носовой раковине, чем в левой. Однако это преобладание является пропорциональным, о чем свидетельствует равнозначность веноартериального индекса справа и слева. При разделении артерий на поверхностные и глубокие определяется как билатеральная, так и ростокаудальная диссимметрия их морфологических показателей. Справа достоверно больше как наружный, так и внутренние

диаметры глубоких артерий. Поверхностные артерии также отличаются большими диаметрами справа. Вместе с тем, у глубоких артерий это преобладание непропорциональное за счет большей толщины стенок в правой нижней носовой раковине, больше в ее задних отделах, что отражает достоверно меньший индекс Керногана. У поверхностных артерий данный индекс равнозначен с обеих сторон.

С функциональной точки зрения это свидетельствует о неодинаковой гемодинамической нагрузке артерий носовых раковин справа и слева в их передних и задних отделах. Наибольших степеней она достигает (по индексу Керногана) в глубоких артериях левой нижней носовой раковины, а также в поверхностных артериях передних отделов обеих раковин.

Билатеральная диссимметрия свойственна только глубоким артериям, ростокаудальная-поверхностным сосудам обеих раковин и глубоким сосудам правой. В целом, показатели артерий правой носовой раковины в большей степени диссимметричны, чем в левой.

Средняя носовая раковина также обладает билатеральной диссимметрией структур, выраженной не так отчетливо, как в нижней носовой раковине.

Поверхностные и глубокие артерии более крупнее справа. Однако, с обеих сторон преобладание наружного и внутреннего диаметров равномерное, что отражает отсутствие достоверных отличий по индексу Керногана. Последний несколько ниже, чем для артерий нижней носовой раковины.

В наибольшей степени правосторонняя диссимметрия артерий средней носовой раковины проявляется в их суммарной удельной площади, которая выше, чем в нижней носовой раковине, и относительно в большей степени преобладает в правой средней носовой раковине в сравнении как с левой, так и в сопоставлении с показателями в нижней носовой раковине.

Удельная площадь вен в обеих средних носовых раковин выше, чем в нижней носовой раковине. В отличие от последних, наблюдается левосторонняя диссимметрия- слева вено-артериальный индекс выше на 25%.

Морфометрические параметры по отдельным зонам (передние и задние отделы) средней носовой раковины с обеих сторон указывают на больший вклад в диссимметрию структур задних отделов. Правосторонняя диссимметрия артерий сохраняется и при этом наблюдается как в передних, так и в задних отделах. Передние отделы средней носовой раковины слева характеризуются значительной величиной вено-артериального коэффициента, справа выше индекс Керногана. При анализе морфометрических параметров кровеносных сосудов слизистой оболочки перегородки носа полной билатеральной диссимметрии не выявлено.

Данная особенность объяснима с учетом роли перегородки в обеспечении функциональной равнозначности обеих половин носа в норме. Достоверно отличается только индекс Керногана, преобладающий слева.

Морфометрические показатели артериальных сосудов свидетельствуют, что в задних отделах полости носа по абсолютным и относительным параметрам преобладают глубокие артерии, а в передних- поверх-

ностные артерии и венозные структуры. Индекс Керногана демонстрирует наибольшую гемодинамическую нагрузку глубоких артерий передних отделов, чем поверхностных. В задних отделах поверхностные и глубокие артерии симметричны по данному показателю.

Превалирование относительных показателей вен в передних отделах носа можно интерпретировать с точки зрения представлений о «носовом сосудистом клапане». С учетом того, что венозные структуры слизистой оболочки полости носа обеспечивают изменение ее объема за счет изменений кровенаполнения, вероятно, именно на передние отделы полости носа приходится наибольшая нагрузка в выполнении данной функции.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У МАТЕРЕЙ И РОЖДЕНИЕ ПЛОДА С БОЛЕЗНЬЮ ДАУНА

Соколова Т.А.

*Красноярская государственная
медицинская академия,
Красноярск*

Синдром Дауна или синдром трисомии 21 хромосомы был описан в 1866 году J.Down. Синдром характеризуется умственной отсталостью, мышечной гипотонией, плоским лицом, врожденными пороками сердца, желудочно-кишечного тракта, наличием трисомии 21 пары хромосом. Наблюдается регулярная, транслокационная и мозаичная формы трисомии-21. Популяционная частота 1:700; 1:750.

В структуре перинатальной заболеваемости и смертности важное место принадлежит внутриутробным инфекциям. Удельный вес разных инфекций в возникновении внутриутробной патологии плода различен, при этом, частота инфекционных заболеваний матери не находится в прямой связи с частотой поражения плода. Инфекции относятся к биологическим факторам индуцированного мутагенеза в зародышевых клетках. Влияние биологических факторов прослеживается через цитогенетические эффекты на хромосомные и геномные мутации. Существует 2 подхода к прямому изучению цитогенетических эффектов инфицирования в зародышевых клетках человека: Цитологическое исследование зародышевых клеток (хромосомные aberrации, нерасхождение хромосом); установление взаимосвязи между инфицированием родителей и частотой рождения детей с хромосомными болезнями.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты инфицированности генетически здоровых матерей цитомегаловирусным антигеном, беременность которых закончилась рождением ребенка с болезнью Дауна. Исследования проводились на базе Краевой клинической больницы №1 и носили ретроспективный характер. Использовались материалы генетических карт пациентов, анализов кариотипа лимфоцитов периферической крови, анализов лаборатории инфекционных скрининговых программ. Использовались методы: 1) Иммуноферментный на твердой фазе "Elisa", модифицированный, для опре-