

(М.Х.Узденова, 2004) или небольших, как Карачаево-Черкессия (А.О.Гюсан, Р.Х.Узденова, 2002).

Город Ростов-на-Дону является весьма неблагоприятной структурой по выбросам токсических веществ в атмосферу. Так, только в 1999 году, по данным Общественного экологического Internet-проекта EcoLife, в атмосферу было выброшено 149,150 тыс. тонн ядовитых веществ. В то время, по сведениям из официальных источников, в г.Ростове-на-Дону было около 890 тыс. жителей.

Другие упомянутые выше регионы также далеки от благоприятной экологической ситуации (А.О.Гюсан и соавт., 2000; М.Х.Узденова, 2004).

Так, в ЛОР клинике Ростовского государственного медицинского университета за период с 1976 по 2004гг проведено хирургическое лечение более чем 2000 больным только неосложненными фронтитами (А.Г.Волков, 2004). Это весьма значительные цифры!

Все это привело нас к необходимости выработать собственную **концепцию** лечения этой группы больных.

Основные принципы нашей концепции таковы: 1) в настоящее время происходит изменение спектра возбудителей воспалительных заболеваний околоносовых пазух с формированием агрессивных бактериально-бактериальных ассоциаций, основу которых составляют условно патогенные микроорганизмы. Одновременно могут образовываться вирусобактериальные и вирус-вирусные ассоциации (А.Е.Эссель и соавт., 1978; П.В.Кондрашев, 2004). Это вызывает необходимость пересмотра подходов к лечению воздействию на ткани лобной пазухи; 2) **раннее** хирургическое лечение, посредством которого воздействие будет проходить непосредственно в просвете лобной пазухи, оно должно быть максимально щадящим по отношению к тканям воспаленного органа (Л.Е.Комедантов, 1928; В.И.Воячек, 1953) и минимально инвазивным. Таким вмешательством является трепанопункция лобной пазухи, при которой не повреждается слизистая оболочка лобно-носового канала и железы в области его устья; 3) на фоне неблагоприятной экологической обстановки, бесконтрольного приема антимикробных препаратов несколькими поколениями людей, необходима минимальная, и только абсолютно необходимая лечебная нагрузка на ткани лобной пазухи. К таковым относятся: местная терапия заболевания, включающая в себя как наиболее эффективное - медикаментозное лечение (П.В.Сергиенко, 1971; С.П.Разинов, 1998) и ряд других терапевтических способов воздействия на структуры воспаленной пазухи.

На основе нашей концепции была выработана и тактика лечения больных неосложненными фронтитами в Северо-Кавказском регионе (задолго до создания ЮФО).

В течение почти трех десятилетий мы совершенствовались и оттачивали как технику щадящего хирургического вмешательства, так и модернизацию устройств для его осуществления (А.Г.Волков, 1979-2004; Б.М.Цецарский, А.О.Гюсан, 1986; А.О.Гюсан, 2004). Одновременно предпринимались попытки наиболее эффективного местного воздействия на ткани воспаленной лобной пазухи. В результате многолет-

него опыта сформировались два направления такой терапии, максимально сокращающей общетерапевтическое воздействие и системную антибиотикотерапию: 1) в клинике РостГМУ - длительный ежедневный внутривидеальный диализ «универсального» препарата для лечения (полиэтиологического) воспалительного процесса – 25% раствора куриного яичного белка (А.Г.Волков, 1986, 2000, 2004; А.Г.Волков, С.Е.Попель, 2002); 2) в клиниках СГМА - комбинированное воздействие на ткани лобной пазухи, включающее в себя: а/внутрипазушный лазерофорез антимикробных препаратов широкого спектра действия, улучшающий трофику тканей и дающий возможность использования минимальных доз лечебных препаратов, б/ сеанс низкочастотной магнитотерапии, оказывающий противовоспалительное, противоотечное и репаративное действия на ткани, в/ внутрипазушный капельный диализ лекарственных препаратов, подобранных индивидуально (А.О.Гюсан, С.А.Гюсан, 1997; А.О.Гюсан и соавт., 1997; В.А.Гюсан и соавт., 2000; А.О.Гюсан и соавт., 2001).

Ни одно из наших воздействий не подменяет другого и в то же время местная терапия, по нашему глубокому убеждению, останется основным фактором лечения неосложненных экссудативных фронтитов.

Наша концепция и выработанные на ее основе стратегия и тактика лечения больных неосложненными фронтитами приносит свои плоды – на основании доступных литературных данных, ни в одном из регионов РФ нет более эффективного лечения больных неосложненными экссудативными фронтитами, чем в наших клиниках, что подтверждается объективными показателями длительности канюленосения и пребывания больных в стационаре.

Это дает основание рекомендовать для внедрения нашу тактику и методику лечения больных неосложненными фронтитами в больницы России.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г. Паттайа (Тайланд), поступила в редакцию 26.11.04 г.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СКЕЛЕТНОЙ МЫШЦЕ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ ТРАВМЫ

Григорьева Ю.В., Ямщиков Н.В.

*Самарский государственный
медицинский университет,
Самара*

Судебно-медицинская экспертиза повреждений, причиняемых действием тупых твердых предметов, является одним из основных разделов судебно-медицинской травматологии.

Наиболее актуальными задачами, требующими теоретического и практического решения, являются установления орудия травмы, механизма его воздействия, определения прижизненности и давности травмы, а при множественных повреждениях - последовательности их причинения.

Научными исследованиями установлено, что в основе механизма воздействия тупых предметов на тело ведущим в момент причинения повреждения является сдавливающий компонент. Поэтому для решения вышеописанных задач проведено исследование скелетной мышечной ткани с причинением такого вида повреждений, как размозжение.

Под размозжением понимают повреждения с полным разрушением структуры, возникающее при непосредственном воздействии большой силы. Такой вид повреждения может образоваться в результате ударного воздействия, сдавливания, трения и их сочетаний. Размозжение может быть закрытым, когда кожа остается целой, а глубже лежащие ткани и органы оказываются размятыми, и открытым, с нарушением целостности кожи и глубже расположенных органов и тканей.

Для установления давности причинения повреждений необходимо знать динамику раневого процесса, которая имеет отличительные особенности в зависимости от вида повреждений, структурных характеристик поврежденной части тела, органа или ткани.

Материалом для исследования служили скелетные мышцы (икроножная) белых беспородных крыс.

Изучение полученного материала показало, что через 1 час после нанесения повреждения мышечная ткань отличается неоднородностью структуры, наблюдаются участки с реактивными и деструктивными изменениями, отмечается отек. Отдельные сохраненные мышечные волокна находятся в состоянии пересокращения, в них встречаются ядра в состоянии слабой сегментации. В непосредственной близости с наружной мембраной ядер выявляются миелоноподобные тельца и мелкие зерна гликогена. Наряду с неизменными митохондриями имеются митохондрии с начальными признаками гибели, проявляющиеся в падении относительной плотности матрикса и разрушении крист. Отдельные митохондрии имеют конденсированный матрикс. Базальная мембрана сосудов, расположенных в зоне повреждения, сохранена. Эндотелий их просветлен.

Через 3 часа после нанесения вышеописанных повреждений вырисовывается четкая граница между зоной разрушения и интактной мышцей. Зона некроза представлена гомогенизацией всех структур. Также встречаются отдельные крупные фрагменты мышечных волокон, в которых имеет место кариопикноз. Отмечается выраженный отек.

Через 6 часов после нанесенной травмы появляются клетки моноцитарного и лейкоцитарного рядов. Встречаются единичные макрофаги, локализующиеся в зоне некроза и находящиеся в состоянии гибели. Увеличивается количество миелоноподобных образований. Мышечные волокна, прилежащие к зоне повреждения имеют сохраненные ядра с резко расширенным перинуклеарным пространством. Встречаются митохондрии с конденсированным матриксом, и отдельные умеренно набухшие за счет вакуолизации, с нарушением структуры крист.

Через 12 часов после травмы происходит увеличение количества макрофагов, часть из них находится в плотном контакте с поврежденным мышечным во-

локом. Мембрана мышечных волокон местами практически отсутствует.

Через 24 часа после повреждения наблюдается дальнейшее увеличение количества макрофагов, в цитоплазме которых имеются фаголизосомы. Кристы митохондрий разрушены, некоторые имеют трубчатый вид, расположены в ряд. Саркоплазматический ретикулум гипертрофирован и вакуолизирован. Появляются единичные клетки похожие на миосателлитоциты, выделяющиеся из разрушенного мышечного волокна.

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводам, что в первые сутки после травмы (размозжения) наблюдаются следующие явления: пересокращение мышечных волокон с их дальнейшим некротическим распадом, который включает в себя процесс гомогенизации и фрагментации мышечных волокон. Данные явления, возможно, являются стадиями одного процесса, где изначально определяется пересокращение миофибрилл. Последнее может быть обратимым или перейти в некроз.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», 11-22 января 2005г., г. Паттайа (Тайланд). Поступила в редакцию 29,11,04 г.

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПАРОДОНТИТА ПРИ НАЛИЧИИ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Кобзева Ю.А.

*Кафедра терапевтической стоматологии,
Саратов*

Современная концепция этиопатогенеза заболеваний пародонта придает решающее значение агрессивной бактериальной инвазии в его ткани и иммобилизации защитных сил организма, препятствующих этому процессу. В соответствии с указанной концепцией, прочие этиопатогенетические факторы оказывают модулирующее влияние на этот процесс. Условно их можно подразделить на усиливающие и ослабляющие бактериальную агрессию, а также повышающие или ослабляющие защитные силы против этой агрессии.

Особое значение среди факторов, способствующих повышению бактериальной агрессии, уделяют наличию хронических соматических заболеваний, что способствует снижению общей резистентности организма. В последние годы интерес к данной проблеме значительно усилился. В первую очередь, это обусловлено тем, что распространенность соматической патологии крайне высока и, по данным ВОЗ, имеет тенденцию к постоянному росту, что, в свою очередь, неизбежно приводит к увеличению пародонтальных болезней и, в частности, пародонтита. Однако в большинстве исследований, посвященных данной проблеме, анализировались эпидемиологические аспекты распространенности пародонтита на фоне соматических заболеваний, в то время как динамика формирования пародонтита при их совместном сосуществовании остается малоизученной.