

УДК 616.71-018.46-002:612.017.1+616.89-008.441.13
© Лукьянов В.Г., Сенченко А.М., Копельян Е.В., 2010

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОМИЕЛИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С ИММУНОДЕФИЦИТОМ И НАРКОМАНОВ **Лукьянов В.Г., Сенченко А.М., Копельян Е.В.**

Луганский государственный медицинский университет

За период с 2000 по 2009 год в Луганской области увеличилось число ВИЧ-инфицированных больных с 153 до 4459, а больных со СПИДом с 5 до 812 пациентов. Этот факт объясняет появление в отделении челюстно-лицевой хирургии Луганской областной клинической больницы группы пациентов с «атипично» протекающими остеомиелитами верхней и нижней челюстей.

В течение последних 3-х лет (2007-2009 гг.) в клинике проходили лечение 21 ВИЧ-инфицированный и 11 больных СПИДом по поводу остеомиелитов верхней и нижней челюстей. У этих пациентов имел место диффузный остеомиелит нижней челюсти или обеих челюстей, разлитые флегмоны нескольких анатомических областей. Верификация вирусносительства и СПИДа проводилась в Областном СПИД центре.

Для принятия решения об объеме хирургиче-

ского лечения больным назначали компьютерную томографию. Остеомиелиты, как правило, не имели линии демаркации, определялись в виде ярко выраженной секвестрации. Операции проводились под общей анестезией с широким удалением пораженной кости в пределах здоровых тканей с последующей экзартикуляцией нижней челюсти по показаниям. Послеоперационные раны велись под йодоформными тампонами или с наложением глухих швов с дренированием.

Широко применялись лекарственные повязки с мембраноперфораторами (диметилсульфоксид) и антисептиками, а также обезболивающими препаратами: кеталонг, кетанов и др. Больные в послеоперационном периоде и в отдаленные сроки наблюдались хирургами-стоматологами и проходили назначенное лечение в Областном СПИД центре.

УДК 611.216.013
© Макар Б.Г., Бамбуляк А.В., Дячук І.І., 2010

ВАРІАНТНА АНАТОМІЯ ПЕРЕГОРОДКИ КЛИНОПОДІБНОЇ ТА ЛОБОВИХ ПАЗУХ У ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ **Макар Б.Г., Бамбуляк А.В., Дячук І.І.**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Морфологічними методами дослідження 18 препаратів ділянки голови людини визначено, що внутрішня стінка лобових пазух утворена перегородкою, яка розташована в передньозадньому напрямку. На 5 препаратах вона займала середнє положення. На 5 препаратах перегородка була відхилена в лівий бік, а на 8 препаратах - в правий бік. На 2 препаратах виявлені додаткові перегородки в правій лобовій пазусі, а на 3 препаратах - у лівій пазусі. Вони розділяли пазухи на невеликі порожнини, які сполучалися між собою отворами. Поблизу перегородки лобових пазух починається лобово-носовий канал, який прямус донизу і закінчується в передньому відділі півмісяцевого розтвору. Його довжина дорівнює $16,0 \pm 0,62$ мм, а діаметр - $3,8 \pm 0,26$ мм. Перегородка клиноподібної пазухи розділяє пазуху на дві половини. На 10 препаратах перегородка в сагітальній пло-

щині рівномірно розділяла порожнину. На 3 препаратах перегородка була відхилена в правий бік, а на 5 препаратах вона була відхилена в лівий бік. Внаслідок цього значно збільшувалася та чи інша половина клиноподібної пазухи. На 2 препаратах із 10, коли перегородка клиноподібної пазухи рівномірно розділяла пазуху, її задній кінець був відхилений вліво, а на одному препараті - вправо. Відсутності перегородки ні на одному препараті не виявлено. Слід зазначити, що при відхиленні перегородки пазухи і збільшенні порожнини з одного боку, виявлено збільшення діаметра її вихідного отвору на відповідному боці і зменшення його діаметра на протилежному. На одному препараті виявлено невелику поперечну перегородку між переднім і заднім відділами клиноподібної пазухи на правому боці.

УДК 611.134.9
© Машихина Л.А., Романьков І.А., 2010

ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР ГОЛОВЫ МЕТОДОМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ **Машихина Л.А., Романьков И.А.**

Луганский государственный медицинский университет

На сегодняшний день вертебро-базиллярная патология является ведущей в структуре внутрече-

репных сосудистых заболеваний. В частности, причиной каждого третьего инсульта является вер-

тебро-базиллярная недостаточность. Одним из современных высокоинформативных методов диагностики этой тяжелой патологии является компьютерная томография (КТ). Однако использование КТ перспективно не только в клинике. Под влиянием КТ формируется новое направление в морфологии – компьютерно-томографическая анатомия. Нами разработана методика КТ-визуализации комплекса позвоночная артерия/атланта-окипитальный синус, однако одновременно адекватной трехмерной реконструкции этих объектов пока получить не удалось. Поэтому актуальным направлением является изучение возможностей визуализации контрастированных сосудов. Одним из вариантов этого направления может послужить исследование коррозионных препаратов сосудистой системы головы.

Исследования проводили на спиральном ком-

пьютерном томографе (СКТ) "Asterion" (Toshiba, Япония). Установлено, КТ коррозионных препаратов позволяет получить томографические срезы и 3D реконструкцию сосудистой системы головы плодов. При этом одинаково хорошо визуализировались все имеющиеся на препарате отделы сосудистой системы. СКТ позволяет избежать недостатков классических методик и получить адекватное изображение сосудистой системы коррозионных препаратов, произвести томографические срезы и 3D реконструкцию. Метод является перспективным для анатомического изучения различных отделов сосудистой системы человека, что открывает новое направление в современной анатомии. Кроме того, КТ позволяет проводить более точные измерения объекта программным обеспечением компьютера, чем морфометрия нативных препаратов.

УДК 572.785+577.1756.73+616.33/.342-002.44-073.582
© Миловидова А.Э., 2010

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАТОНИН-СОДЕРЖАЩИХ КЛЕТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В НОРМЕ И ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Миловидова А.Э.

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины", г. Харьков

Введение. Вопросы своевременной диагностики и лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки сегодня очень актуальны. К настоящему времени накоплен значительный объем информации, относящийся к этой проблеме. Однако, привлекает особое внимание роль мелатонина в регуляции функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Целая серия работ последних лет убедительно свидетельствует о существовании сбалансированной системы регуляции желудочно-кишечной моторики, так называемой «серотонин-мелатониновой системы», регулируемой составляющими ее компонентами по принципу обратной связи. Присутствие мелатонина определено во всех отделах ЖКТ, с максимумом в слизистом слое и меньшим количеством в подслизистом и мышечном слоях.

Целью исследования явилось изучение морфологических особенностей мелатонин-содержащих клеток слизистой оболочки желудка в норме и при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у больных язвенной болезнью желудка (15 пациентов) и двенадцатиперстной кишки (15 пациентов) в стадии обострения и ремиссии заболевания. Контрольную группу составили 15 пациентов без каких-либо указаний на заболевания органов ЖКТ. Для морфологического исследования брали кусочки из зон наибольшего скопления энтерохромаффинных (ЕС) клеток – из пилорического и фундального отделов желудка. Проводилось гистологическое и электронно-микроскопическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка с использованием стандартных методик.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе исследований ЕС-клетки имеют веретеновидную, неправильную или треугольную форму с длинным апикальным отростком. Выявлено, что ЕС-

клетки обладают аргирофильными и аргентаффинными свойствами. При электронно-микроскопическом исследовании ЕС-клетки имеют крупное овальное ядро с хорошо выраженным хроматином и ядрышком. В их цитоплазме обнаруживаются хорошо развитый шероховатый и гладкий эндоплазматический ретикулум, митохондрии, рибосомы, пластинчатый комплекс с признаками различной функциональной активности, лизосомы, вакуоли, многочисленные нейроэндокринные секреторные гранулы.

У больных язвенной болезнью желудка в период обострения по краю язвы выявляются зоны фибриноидного некроза, выражена клеточная инфильтрация с преобладанием нейтрофилов и эозинофилов. Со стороны ЕС-клеток отмечалась гиперплазия. При обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки общее число аргирофильных клеток в антральном отделе желудка еще более увеличивается. При этом отмечается выраженная гиперплазия ЕС-клеток. При электронно-микроскопическом исследовании со стороны ЕС-клеток при язвенной болезни, как желудка, так и двенадцатиперстной кишки, отмечалось их различное функциональное состояние. Часть клеток была перенасыщена гранулами, в других клетках цитоплазма была опустошенной с резко выраженными профилями эндоплазматического ретикулума. Часть гранул сохраняла высокую электронную плотность, другая часть ее теряла. Нередко отмечался эндоцитоз гранул через клеточную мембрану.

Выводы. Функциональная морфология и количество ЕС-клеток желудка в период ремиссии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки практически не отличались от контроля. Существенные отличия были обнаружены в период обострения заболевания, что дает основание считать значимыми выявление и анализ их как прогностических маркеров течения патологического процесса.