

тип иммунного статуса реже появлялся у носителей антигена АЗ ($X^2=4,70$; $p<0,05$), который был редким при крупозной пневмонии. Равномерно активированный тип, напротив, чаще имел место у носителей этого антигена ($X^2=7,49$; $p<0,01$). При активированном профиле гуморального иммунитета, характерном о большей степени для больных очаговой пневмонией с острым течением, повышена частота встречаемости антигеном В14 ($X^2=5,49$; $p <0,05$), В18 ($X^2=4,82$; $p<0,05$) и снижена - В15 ($X^2=4,88$; $p<0,05$), характерного для затяжного заболевания.

Таким образом, у больных с различными клиническими формами пневмонии выявлены множественные ассоциации с антигенами системы HLA, которые наряду с клиническими и иммунологическими показателями могут быть использованы для прогнозирования риска затяжного течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева О.В. Оптимизация этапного лечения больных острой пневмонией и диспансеризации реконвалесценто́в: Автореф. дис. канд.мед.наук. М.,1991. 19 с.
2. Зиновьев А.Г. Интенсивная терапия больных острыми пневмониями: Автореф. дис. канд.мед.наук. М.,1990. 25 с.
3. Марчук Г.И., Бербенцова Э.П. Острые пневмонии. Иммунологич. оценка тяжести, клиника, лечение. М.: Наука,1990. 304 с.
4. Проблемы наследственности при болезнях легких / Под редакцией А.Г.Хокенко. М.:Мед., 1990.240 с.
5. Сидорова Л.Д., Логвиненко А.С., Короленко Л.П., Минаева Т.В. и др. Актуальные вопросы острых пневмоний в Западной Сибири // Терапевт.архив. 1991.№3.С.22-27.
6. Сильвестров В.П., Федотов П.И. Пневмония. М.:Мед., 1987. 248 с.
7. Чучалин А.Г. Основные научные направления в изучении патологии органов дыхания //Терапевт, архив. 1987. №3. С.3-9.
8. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммуногенатология. Л.: Мед., 1988.312 с.

УДК 616.715.1-006:615.28

Л.П.Мальчикова, В.А.Виссарионов, В.П.Саколич,
И.И.Томилов, С.И.Блохина

НОВЫЕ НАУЧНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра хирургической стоматологии

Кафедра хирургической стоматологии организована в 1978 году. С момента ее организации значительное внимание уделялось учебной, лечебной и научной деятельности. Основным направлением в работе клиники было оказание помощи больным с различными повреждениями костей лица при воспалительных, опухолевых заболеваниях, проведение восстановительных операций при приобретенных дефектах лица, челюстей у взрослых. Большое место в научных исследованиях занимали вопросы диагностики, лечения, профилактики переломов верхней, нижней челюсти, скуловой кости (кандидатская диссертация Стучилова В.А., Дацко А.А., Петренко В.А.). Эти исследования проводились совместно с коллективом кафедры глазных болезней (зав. проф. Михеева Е.Г.), институтом физики металлов УрОАН, Московским

НИИ туберкулеза. При злокачественных опухолях околоушной слюнной железы использовались комбинированные методы лечения (предоперационная лучевая терапия, кротидная регионарная перфузия), расширение, с одномоментным наложением перинеурального анастомоза периферических ветвей лицевого нерва с добавочным или с нисходящей ветвью подъязычного нервов, хирургические вмешательства (докторская диссертация Мальчиковой Л.П.). При злокачественных опухолях верхней челюсти (кандидатская диссертация Герасимовой Л.Д.) разрабатывались показания к различным методам лечения с применением химиотерапии и без нее. Эта работа проводилась на базе клиники и Всесоюзного онкологического центра (Москва). Совместно с лабораторией гомеостаза ОКБ N1 (зав. Суханов В.А.) в течение 15 лет проводится химиотерапия больным в послеоперационном периоде под прикрытием антикоагулянтов, что позволило уменьшить число рецидивов злокачественных опухолей околоушной слюнной железы и верхней челюсти, снизить летальность. У больных с остро развивающимися воспалительными заболеваниями в глубоких, поверхностных клетчатых пространствах лица, шеи, средостения использовали методы сорбционной детоксикации в лаборатории гравитационной хирургии крови (зав. Трофимов И.М.). Наряду с этим уделялось должное внимание вопросам диагностики и хирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва (канд. дисс. Журавлева В.П.).

Приоритетными разработками коллективов кафедр хирургической стоматологии и пропедевтики внутренних болезней являлись методы дифференциальной диагностики, лечения при синдроме Шегрена, при заболевании слюнных желез (канд., докт. дисс. Ронь Г.И., канд. дисс. Васильевой Е.С.). По этой проблеме в институте была создана межкафедральная программа совместно с ЦНИЛ и Центральным научно-исследовательским институтом стоматологии (Москва). Полученные разработки позволили внедрить в практику современные технологии, направленные на улучшение состояния больных.

Совместно с кафедрой ЛОР-болезней (доцент Томилов И.И.) разработана и применяется в практике методика лечения больных с ринофарингеальными ангиофибромами. Метод подхода и объем хирургического вмешательства избирались индивидуально для каждого больного. При птеригомаксиллярной локализации использовали новый транс-верхнечелюстной подход. При этом верхняя челюсть разъединялась в местах соединения по костным швам с обязательным сохранением мягкотканного лоскута окружающего ее и отводилась кнаружи. По окончании операции верхняя челюсть возвращалась на место и фиксировалась к краям костной раны погружными методами фиксации. Использование указанного доступа позволило улучшить результаты лечения. Метод является перспективным, позволяет проводить радикальное вмешательство при опухолях, имеющих локализацию в трудно доступных местах основания черепа.

Сотрудниками нашей кафедры совместно с коллективом кафедры и клиники нервных болезней (проф. Сакович В.П., Шамов А.Ю.) разработаны новые технологии лечения при экстракраниальных хемодектомах. При своем росте опухоль каротидной железы вызывает изменения внутренней сонной артерии, аномалию ее положения, перегиб, стеноз сосуда, тромбоз. В результате этого развиваются каротидная недостаточность, гемипарез, моторная или частичная сенсорная афазия, эпилептиформные припадки. В результате сдавливания блуждающего, подъязычного, симпатического, парасимпатического нервов наблюдаются замедление частоты пульса, сиплость голоса, синдром Горнера, дисфагия. Риск хирургического вмешательства зависит от величины погружения каротидных сосудов в ткань опухоли, от распространения опухолевой ткани вдоль сосудов к основанию черепа. Оперативное

вмешательство при хемодектомах всегда сопряжено с техническими трудностями и опасностью для жизни больного. Послеоперационная летальность до 50%. В основу разработанного нами метода положен принцип изучения толерантности мозга к ишемии с помощью баллон-катетера, вводимого во внутреннюю сонную артерию (ВСА) для предотвращения кровотока через ее просвет. При адекватном коллатеральном кровотоке проводилось эндокраниальное клипирование ВСА или эндовазальное введение баллона в ее сифон. Второе хирургическое вмешательство на шее проводилось через 7-14 дней, удаляли опухоль с тремя каротидани в едином блоке. Успех операции был обусловлен выявленными заранее коллатеральными виллизиева круга, возможностью проведения интракраниального клипирования ВСА или эндовазального закрытия ее просвета. С внедрением новых технологий появилась возможность оказывать высокоспециализированную помощь ранее обреченным больным.

К новым проблемам, разрабатываемым на кафедре в настоящее время, следует отнести удаление распространенных злокачественных опухолей решетчатой кости в едином блоке с верхней челюстью, с содержимым орбиты, с закрытием костного дефекта основания черепа кожно-подкожным лоскутом, взятым с лобно-височной области и фиксацией его к твердой мозговой оболочке. Эти операции разрабатываются группой специалистов кафедры хирургической стоматологии (проф. Мальчикова Л.П.), кафедрой нервных болезней и нейрохирургии (проф. Сакович В.П.), клиникой эстетической и восстановительной хирургии НПО "Бонум" (проф. Виссарионов В.А.). В этом же составе указанными специалистами проводятся исследования по улучшению диагностики, лечению носо-орбито-лобно-этмоидальных переломов, так как за последние годы увеличилось число множественных переломов костей лица, черепа и утяжеление их характера. В связи с использованием компьютерной томографии (КТ) диагностика указанных повреждений значительно улучшилась. Переломы указанной локализации трудны и для лечения. Это объясняется сложностью анатомических взаимоотношений, различной плотностью костных тканей, смещением их во всех направлениях, отрывом угловых связок круговой мышцы глаза, приводящих к уменьшению глазной щели, ликвореи. Разрабатываются различные доступы к данной зоне повреждения. Наиболее часто используется бифронтальный разрез по венечному шву. При повреждении медиальной стенки орбиты, передней стенки лобной пазухи, реконструкция их осуществляется свободным костным трансплантатом из свода черепа, ребра. Для формирования нижней стенки орбиты используется фасциально-мышечный височный лоскут. Фиксация костных фрагментов осуществляется мини-пластинками. При изучении указанной проблемы остаются нерешенными вопросы реабилитационных мероприятий у больных в послеоперационном периоде, что будет областью наших дальнейших исследований.

С декабря 1993г. нами в НПО "Бонум" проводятся операции у детей и подростков при вторичном деформирующем артрозе (анкилозе) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) по методу T.Vuillemin. Операция состоит из двух одномоментных этапов. Первый этап - артротомия из предушного разреза, удаление костного конгломерата вместе с измененной головкой нижней челюсти, открывание рта до нормальных размеров. Второй этап - взятие реберного аутохряща, формирование из него определенных размеров пластин и введение их в суставную полость. Проведение указанного хирургического вмешательства позволило восстановить функцию нижней челюсти, эстетику лица, сократить продолжительность лечения.

Существенное место в научной и практической деятельности кафедры хирургической стоматологии занимает дентальная импланто-

логия (Вайнштейн Е.А., Ребров В.В., Шинова М.Е.). Разрабатываются новые инструменты, различные конструкции имплантатов. В эксперименте проведены исследования по вопросам покрытия титановых имплантатов и изучения влияния на организм имплантатов из диоксид-циркония.

Научные разработки сотрудников кафедры отображены в двух докторских, 8 кандидатских работах, одной монографии (с соавторами), 200 научных статьях, 50 докладах на различных стоматологических съездах, конференциях, симпозиумах, 10 авторских свидетельств, 45 рационализаторских предложений.

Результаты перспективного сотрудничества с кафедральными коллективами: пропедевтики внутренних болезней (зав.проф. Шалаев В.А.), глазных болезней (зав. проф. Коротких С.А.), ЛОР-болезней (зав.проф. Григорьев Г.К.), нервных болезней и нейрохирургии (зав.проф.Скрябин В.П.), ЦНИЛ (зав.проф. Липатов Г.Я.), клиникой восстановительной и эстетической хирургии НПО "Бонум" (директор проф. С.И. Блохина)-свидетельствуют о концентрации высокого научного потенциала и о возможности проведения некоторого организационного преобразования, в частности, создания реконструктивного черепно-челюстно-лицевого центра для пострадавших с острой черепно-челюстно-лицевой травмой. Такое объединение различных специалистов позволит накапливать новые научные данные, разрабатывать современные научно-обоснованные программы реабилитации больных. Сокращение сроков и этапов лечения пострадавших с черепно-челюстно-лицевой травмой возможно только при выполнении реконструктивных операций при поступлении больного. Теоретическое обоснование данного положения стало возможным благодаря накопленному опыту по проведению реконструктивных восстановительных операций в отдаленные сроки после травмы и при врожденных расщелинах лица.

ПЕДИАТРИЯ

УДК 611.9+617=089.11]= 053.31

Н.Л.Кернесюк, Е.Ю.Левчик

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ РАЗМЕРОВ ЖЕЛУДКА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Морфометрические исследования являются достаточно объективными для оценки типовых, возрастных, половых и индивидуальных форм изменчивости анатомии и топографии органов и систем [1,9]. Наряду с гистотопографическими методами они позволяют выявить ряд адаптивных закономерностей роста органов, что является важным для прикладной морфологии и методологическим основанием изучения многих аномалий развития, изменений органа при заболеваниях и оперативных вмешательствах [1,5,7,8,9]. Возрастная анатомия желудка достаточно представлена в работах [2,7,8]. Недостатком большинства работ является недостаточный учет неоднородности составляющих желудок соединительнотканной стромы и гладкомышечных элементов в его различных отделах и, как следствие, отсутствие морфологически обоснованных представлений об асимметрии их роста и адаптивных