

АКТОВАЯ РЕЧЬ

Л.П. Мальчикова
заведующая кафедрой хирургической стоматологии
Уральской Государственной Медицинской Академии

УЧИТЕЛЯ И ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ НА СРЕДНЕМ УРАЛЕ

Глубокоуважаемые члены Ученого совета!

7 декабря 1935 года С.П. Боткин в Военно-медицинской академии на торжественном выпуске молодых врачей произнес речь. Он сказал: "В силу старинного академического обычая конференция академии возлагает на одного из профессоров произнесение речи на этом торжественном собрании".

Сегодня, в год двадцатилетия стоматологического факультета, оказана честь кафедре хирургической стоматологии. В связи с этим я считаю своим приятным долгом поблагодарить ректорат института за предоставленную мне возможность выступить на этом высоком собрании.

Хирургическая стоматология, как одна из составных частей госпитальной хирургии лечебного факультета получила свое развитие под руководством незабвенного учителя, члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки, профессора А.Т. Лидского.

Аркадий Тимофеевич отличался многогранностью научных интересов. Его интересовали все разделы медицины: заболевания сердца, легких, желчевыводящих путей, периферических сосудов, неотложная хирургия, травматология, онкология, анестезиология, стоматология. Аркадий Тимофеевич был учителем в высоком значении этого слова. Он поддерживал преемственность поколений, возлагал большую надежду на молодых и не ошибся. Сегодня только в нашей академии большинство профессоров, заведующих хирургическими и анестезиологическими кафедрами его ученики (профессора М.Л. Шулутко, Н.П. Макарова, В.А. Козлов, В.М. Лисиенко, Э.К. Николаев, Л.П. Мальчикова). Все они бережно хранят в памяти щедрость его души, дорожат духовным, научным наследием, которое им завещано. Сегодня, передавая, как эстафету, воспоминания прошедших лет, нельзя не вспомнить профессора Л.А.Збыковскую, женщину-хирурга, всегда серьезную на вид, но с мягким, добрым сердцем, что проявлялось в отношении к начинающим хирургам. Высокая требовательность и доброта профессоров всегда сопровождала действия молодых врачей, преподавателей кафедры. Лидия Алексеевна была сильным волевым человеком, с богатым запасом внутренних побуждений, что являлось воспитательным фактором для молодого творческого коллектива кафедры. Она и Аркадий Тимофеевич были образцом для нашего подражания.

В 1957 году на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета приступила к преподаванию основ стоматологии соответственно выделенным часам по учебному плану. Для осуществления преподавания клинического раздела необходимо было иметь тематических больных. Поэтому в начале своего становления ведущим направлением хирургической стоматологии явля-

лось решение задач практического здравоохранения: оказание помощи больным с воспалительными, онкологическими заболеваниями, повреждениями костей лица. Творческая поддержка большого коллектива клиники: доцентов В.М. Лумповой, Т.П. Шеломовой, к.м.н. ассистентов В.А. Козлова, Р.М. Шевченко, Э.К. Николаева, Н.П. Макаровой, Л.Н. Ракитиной, И.А. Беллавиной и многих других сотрудников позволила приступить к освоению совершенно нового метода склеивания нижнечелюстных переломов остеопластом. Этот метод в клинике начали применять после того, как профессор Г.В. Головин и инженер-химик П.П. Новожилов в своей клинико-экспериментальной работе доказали целесообразность и полную безопасность использования фиксации остеопластом при лечении переломов костей конечностей. Экспериментальная часть работы выполнена на кафедре челюстно-лицевой хирургии и стоматологии (начальник - профессор М.В. Мухин) ВМОЛА им. С.М. Кирова.

Нами вначале в эксперименте, затем в клинике был применен метод склеивания остеопластом при переломах нижней челюсти. Было проведено изучение реакции костной и мягких тканей на остеопласт, вводимый на кость при температуре 620 С, определялась жевательная мощность, сроки консолидации перелома. Испытывая затруднения при удержании отломков нижней челюсти, мы сконструировали фиксирующий зажим, надежно удерживающий отломки в момент склеивания.

В послеоперационном периоде больные не испытывали болей в линии перелома, на вторые сутки принимали мягкую пищу обычным путем. Во всех случаях свежей травмы заживление операционной раны проходило первичным натяжением. Остеосинтез "остеопластом" был единственным способом закрепления отломков. Консолидация перелома наступала в сроки до 4 недель, что было подтверждено гистологическими исследованиями. Эти данные и дальнейшие наблюдения за больными позволили прийти к убеждению, что метод склеивания значительно упрощает оперативное вмешательство и облегчает уход. Отличительной особенностью данного метода являлось обстоятельство, что никакой дополнительной фиксации в виде дополнительных шин и внеротовых аппаратов не требовалось.

Впервые проведенное гистологическое исследование склеенных остеопластом переломов нижней челюсти у животных показало, что процесс регенерации кости и мягких тканей не только не задерживается, а наоборот протекает несколько быстрее и активнее. Этому способствовало анатомически правильное сопоставление отломков, прочная фиксация их остеопластом и ранняя функциональная нагрузка.

Эти исследования выполнялись при самом активном участии А.Т. Лидского и профессора М.В. Мухина. Полученные результаты были доложены на съезде хирургов, травматологов, анестезиологов в Баку в 1951 году, подробно приведены профессором Г.В. Головиным в монографии «Проблема склеивания костей», издательство «Медицина», 1964 г.

В разработке клинического применения метода склеивания нижней челюсти остеопластом параллельно с нами принимали участие ученые других клиник страны: М.А. Циценовецкий (Ленинград), Э.С. Тихонов (Москва), Е.А. Маркова (Харьков), Д.К. Мамедов (Баку), Г.М. Егиян (Ереван).

Все указанные работы отличались новизной, оригинальностью, поэтому неслучайно этот метод с интересом был принят стоматологами Среднего Урала.

Аркадий Тимофеевич оказал большое влияние на развитие других научных исследований по хирургической стоматологии, прежде всего на изучение одонтогенного сепсиса. В 50 годы в связи с появлением и широким внедрением в клиническую практику антибиотиков течение гнойных заболеваний стало протекать благоприятно и, как правило, заканчивалось выздоровлением. Но, к сожалению, период такого благополучия длился недолго и в 70-е годы появились публикации об увеличении не только числа больных с сепсисом, но и летальных исходов. Эта беда не прошла стороной и клинику госпитальной хирургии лечебного факультета. Нами, тогда кандидатами медицинских наук Л.П. Мальчиковой, Г.А. Красовской, К.И. Ларионовой, врачом

З.Н. Точинской, было проведено комплексное исследование, посвященное данной проблеме. Аркадий Тимофеевич всегда был сторонником проведения комплексных исследований с участием различных специалистов, что позволяло более глубоко познать изучаемую патологию.

Как ни странно, несмотря на достижения современной медицины, сепсис был и остается одной из наиболее сложных и недостаточно изученных общеклинических проблем. Так как сепсис является полиэтиологическим заболеванием, то Аркадий Тимофеевич в те годы поручил нам изучить причины развития одонтогенного сепсиса, его возбудителей, состояние кровообращения в очаге, пути внедрения инфекции, протеолитическую активность крови.

В результате проведенных исследований было установлено, что септический процесс, развивающийся в челюстно-лицевой области может быть одонтогенного, стоматогенного происхождения. Обнаруженные культуры микроорганизмов были резистентными к наиболее часто применяемым в те времена антибиотикам. Уже тогда в начале 70-х годов удалось выявить, что с ростом устойчивости микробной флоры усиливались их патогенные свойства. Соответственно этому изменялись и клинические проявления сепсиса, что затрудняло его диагностику. Была выявлена склонность одонтогенного сепсиса к метастазированию в легкие с развитием абсцедирующей пневмонии, пиопневмоторакса.

На электрокардиограммах были диагностированы значительные нарушения системы кровообращения, сопровождавшиеся диффузными изменениями в миокарде желудочков и предсердии, мерцательной аритмией, синусовой тахикардией. Увеличение печени сочеталось с гипопроотеинемией.

При исследовании протеолитической активности крови отмечено резкое увеличение ее в ранней стадии развития сепсиса, что позволило предположить, что увеличение альфа₂-глобулиновой фракции могло влиять на повышение протеолитической активности крови, так как белок, защищающий протеолитические ферменты от действия ингибитора, находится в основном в альфа₂-глобулиновой фракции.

Изучение коагуляционного потенциала по данным развернутой тромбоэластограммы и электрокоагулограммы уже тогда позволило выявить общую направленность процесса свертывания в сторону гиперкоагуляции.

Глубина гиперкоагуляции и возможность диссеминированного внутрисосудистого свертывания усугублялась и резкой депрессией процесса фибринолиза. Большое практическое значение приобретал характер агрегации тромбоцитов, склонность их к микротромбозам.

Исследование активности свертывающих и фибринолитических свойств крови больных одонтогенным сепсисом позволило выявить глубокие изменения в системе гемокоагуляции, что учитывалось нами при лечении этой тяжелой категории больных. Для достижения быстрого лечебного эффекта проводили комплексное лечение, заключающееся в широком дренировании гнойного очага, применении антибиотиков, биопрепаратов с готовым содержанием антитоксина, препаратов дезагрегирующего действия и антикоагулянтов. Эти данные были доложены на Всесоюзном съезде стоматологов в г. Ташкенте, 1981 г.

Почти одновременно с изучением особенностей течения одонтогенного сепсиса по поручению Аркадия Тимофеевича мы приступили к изучению вопроса о проведении регионарной перфузии у больных с злокачественными образованиями различной локализации.

В 60-70-е годы в нашей и иностранной литературе появились сообщения о внутриартериальных способах введения химиопрепаратов с использованием аппаратов искусственного кровообращения. Такая методика введения лечебного препарата имела большое значение для достижения максимально возможных результатов, так как используемые лекарственные вещества не имели высокой избирательности противоопухолевого действия при обычном приеме.

Несмотря на перспективность рекомендуемого метода, были факторы, которые в известной степени ограничивали его применение - факторами являлись: высокая концентрация препарата в крови в зоне введения, так как использовались дозы в несколько раз превышающие допустимые, и утечка препарата через коллатерали в общее сосудистое русло.

После ознакомления с результатами лечения с применением указанного метода в руководимой профессором П.А. Куприяновым клинике (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Ленинград) и в онкологическом научном центре АН СССР (г. Москва) мы приступили к его освоению. В клинике госпитальной хирургии лечебного факультета была создана творческая группа в составе: доцент В.М. Лумпова, ассистенты кандидаты медицинских наук Э.К. Николаев, Л.П. Мальчикова, Л.Н. Ракитина, В.Г. Васильков, Г.А. Красовская и врач Т.А. Петрова. Нами была начата экспериментальная разработка метода регионарной перфузии легких, конечностей, головы собак с использованием отечественного аппарата искусственного кровообращения (АИК РП-64).

В опытах на животных мы стремились выяснить насколько возможно создание изолированного кровообращения в перфузируемой области, каков оптимальный режим перфузии и определить величину гемолиза крови в аппарате и дозы применяемых противоопухолевых препаратов.

В результате проведенных экспериментальных исследований было установлено отсутствие гемолиза крови в аппарате, а появление излишка свободного гепарина в крови животного позволяло выявить относительную разобщенность кровеносного русла с системой АИК. Прохождение небольших количеств антикоагулянта и перфузируемого химиопрепарата не вызывало заметного отрицательного влияния на свертывающую систему и клеточные элементы крови животного. Об этом свидетельствовало то, что замедление свертываемости крови, снижение протромбинового индекса через сутки после регионарной перфузии приходило к норме.

После освоения указанного метода в эксперименте регионарная перфузия стала применяться в клинике у больных со злокачественными опухолями в области головы и шеи, при раке легкого, злокачественных опухолях конечностей. Для каждой локализации опухоли были разработаны методы оперативного вмешательства, при этом общим являлось выделение основных сосудов (артерии, вены), участвовавших в кровоснабжении пораженного органа. Кровь из вены поступала в аппарат с перфузатом (донорская кровь с гепарином из расчета 5 тыс. ед. на 200.0 мл крови), где она насыщалась кислородом и по артерии возвращалась обратно. Объем перфузии не превышал 100-150 мл/мин., время перфузии от 40 до 90 минут. Для перфузии использовали в основном сарколизин, обладающий двумя компонентами цитологического действия: ядерным и мембранным в количестве 100-250 мг. В расчетах дозы препарата мы исходили из данных веса и общего состояния больного.

При проведении перфузионной каротидной химиотерапии у больных кроме обычных гематологических и биохимических исследований (величины гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, общего времени свертывания крови, протромбинового индекса, свободного гепарина) были исследованы площадь, скорость, плотность агрегации тромбоцитов, ОЦК, ЦВД, а также и кислотно-щелочное равновесие. У всех больных во время проведения изолированной каротидной перфузии (через 30, 60 минут) было отмечено умеренное влияние ее на показатели красной крови. При изучении статистически достоверных данных выявлено незначительное снижение содержания гемоглобина, эритроцитов как во время перфузии, так и после ее проведения. В результате исследования лейкоцитов статистически достоверно установлено уменьшение их числа в период проведения перфузии и восстановления исходных цифр к 5 дню. Количество эритроцитов во время искусственного кровообращения несколько снижалось. Однако, очень умеренное снижение их числа объяснялось частичным разрушением при перфузии, но ни в коей мере побочным действием химиопрепарата, так как этот показатель к 1-5 дню полностью восстанавливался.

Показанием для проведения перфузионной химиотерапии являлось наличие инвазивного роста опухоли далеко за пределы первичной локализации, недостаточность подавления ее активности предшествующей лучевой терапией, распада, необходимость более четкого отграничения опухолевого процесса от основания черепа. Химиопрепараты, введенные в зону регионарной перфузии, циркулировали в крови, отрицательно влияли на жизнедеятельность злокачественных клеток вплоть до полной их гибели не только в опухоли, но и на путях регионарного метастазирования (Г.А. Жданов, Л.Ф. Ларионов). Подтверждением этого было уменьшение в первые сутки после операции размеров опухоли, болей. Особенно отчетливо влияние перфузионной химиотерапии выявлялось в момент удаления верхней челюсти, которое проводилось через 10-14 дней после введения химиопрепарата. Опухоль была покрыта соединительнотканым футляром, имела четкие границы, что способствовало проведению операции с соблюдением правил абластики.

Благодаря использованию указанного метода удалось продлить жизнь почти у 40% больных до 3 и более лет несмотря на распространенность опухолевого процесса.

В 1971 году на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета, был организован курс онкологии, возглавляемый

профессором Н.П. Макаровой. Поэтому не случайно, что все новое апробировалось и внедрялось в клинику, возникали разные проблемы, которые нужно было решать. Так, одной из проблем онкостоматологии являлись вопросы классификации опухолей слюнных желез. Было время, когда многими специалистами характер патологического процесса в слюнных железах определялся по-разному. В одних классификациях одна и та же опухоль относилась в группу доброкачественных, в других - в группу злокачественных. Соответственно, не было и общепринятых методов лечения. В онкологическом научном центре Академии медицинских наук СССР профессором А.И. Пачес был создан комитет по изучению опухолей головы и шеи (одним из членов которого я являюсь). Членами комитета был разработан проект классификации опухолей слюнных желез, который был использован в нашей дальнейшей научной работе. Использование клинко-морфологической классификации позволило верифицировать новообразования слюнных желез не только по симптомам, но и по морфологической структуре. В этой связи больным проводилось цитологическое, гистологическое, рентгенографическое (сиалография, томосиалография) исследования, радиоизотопная диагностика с использованием радиоактивного фосфора, определение метастазов, изучение состояния белкового обмена, коагуляционных свойств крови.

Нами проверено изучение клинко-морфологических данных у 238 больных с опухолями слюнных желез и околоушной области, находившихся под наблюдением в период с 1964 по 1971.ГОДЫ в клинике. Работа выполнялась под руководством профессора

А.Т. Лидского, профессора А.И. Пачес (зав. отделением опухолей головы и шеи ОНЦ АМН СССР), профессора В.В. Паниковорского (заведующего патоморфологической лабораторией Центрального научно-исследовательского института стоматологии, г. Москва). Параллельно изучались разные аспекты этой проблемы и многими нашими сотрудниками: доцентами Ф.А. Абрамовой, Е.С. Беликовым,

А.Д. Тарасенко, к.м.н. Г.А. Красовской, рентгенологом А.Б. Палей.

В вопросах диагностики опухолей слюнных желез мнения авторов были настолько различны, что трудно было сделать выбор между ними для использования наиболее эффективного.

Большое значение в выборе метода лечения имело раннее цитологическое распознавание природы опухоли. Но в то время цитологический метод не получил широкого применения в практическом здравоохранении. Он стал использоваться в клинике, когда заведующим кафедрой стал профессор В.Н. Климов. Василий Николаевич был ректором Свердловского государственного Ордена Трудового Красного Знамени медицинского института, заслуженным деятелем науки РСФСР и являлся достойным учеником своего учителя А.Т. Лидского, он продолжил и совершенствовал научные традиции клиники.

Целесообразность использования цитологического метода для дифференциальной диагностики заболевания околоушной слюнной железы обосновывалась отсутствием характерных клинических признаков у большинства больных и трудностью проведения биопсии хирургическим путем из-за опасности повреждения лицевого нерва. Проведенное исследование пунктатов из образований в области слюнных желез позволило выявить варианты цитогрaмм при смешанных опухолях и диагностировать злокачественный процесс.

Так, в пунктах, полученных из смешанных опухолей околоушной слюнной железы, как правило, на фоне элементов периферической крови встречались эпителиальные клетки небольшой величины с овальными, эксцентрично расположенными ядрами, каждое ядро содержало 1-2 небольших ядрышка с базофильной цитоплазмой. В некоторых препаратах эпителиальные клетки располагались в виде балок или сплошными тяжами, образуя вокруг слизевидных шаров базофильный венчик.

При злокачественных новообразованиях в цитологических препаратах пункционного материала определялся полиморфизм и атипия групп клеток разной степени с гиперхромными ядрами, границы которых были нечеткими. Обычно размеры раковых клеток были большие, они располагались в виде концентрических наслоений. Применяя цито-морфологическое исследование нам удалось выявить малигнизацию смешанных опухолей, рак околоушной слюнной железы, метастазы. Определение опухолевой природы заболевания совместно с сиалографией раньше и сейчас позволяет применять рациональные методы лечения.

В это же время нами (Л.П. Мальчикова, В.Д. Тарасенко, Л.Ю.Троицкий) начата апробация метода радиоизотопной диагностики опухолей и воспалительных заболеваний головы и шеи, доступных для контактной радиометрии. Основой для использования указанного метода радиоиндикации послужила способность опухолевой ткани накапливать определенные, меченные радиоактивными изотопами соединения в таком количестве, которое отличало их от здоровых тканей в связи с повышенным или с пониженным содержанием в них активности. В качестве индикатора применяли радиоактивный фосфор, диагностическая ценность которого определялась активным участием в метаболических процессах нуклеиновых кислот и способностью избирательно поглощаться быстро растущими тканями.

Результаты, проведенного анализа динамики накопления фосфор-32 в исследуемом очаге показали, что в злокачественных опухолях величина относительного накопления фосфора на 2-3 сутки исследования нарастала, при доброкачественных процессах отмечалось существенное снижение концентрации изотопа к третьему дню. Проведенное исследование позволило выявить свойство **P-32** концентрироваться в опухолевой ткани, что явилось ценным при дифференциальной диагностике поверхностно расположенных опухолей головы и шеи. Этот метод в дальнейшем получил применение в клинике.

Наряду с указанными методами диагностики стали использовать раствор коллоидного золота для изучения состояния глубоких лимфатических узлов в области головы и шеи. Нас (Л.П. Мальчикова, В.Д. Тарасенко) интересовала возможность определения поражения лимфатических узлов раковыми метастазами, реакция их на излучение и выявление обходных лимфопутей после операций второго этапа (Крайла, Ванаха) .

При наличии метастазов злокачественных опухолей околоушной слюнной железы в подчелюстных и шейных лимфатических узлах на скенограммах определялось выпадение активности над пораженными раковым процессом лимфоузлами и перераспределение радиоактивного вещества на здоровую сторону, где определялись резко увеличенные лимфатические узлы яремной цепи.

Прошли годы, появились новые аппараты, методы исследования по выявлению регионарных метастазов. Приятно сознавать, что идея определения распространения опухолевого процесса за пределы первичной локализации воплотилась в практику другими авторами в новом варианте при магнитно-резонансной томографии.

Проведенное изучение состояния белкового обмена позволило выявить наличие гипоальбуминемии и увеличение гаммаглобулина у больных со злокачественными опухолями околоушной слюнной железы. Статистическая достоверность этих положений позволила считать, что указанные показатели должны использоваться при оценке опухолевого процесса в данном органе. Проведенное изучение коагуляционных свойств крови статистически достоверно выявило выраженное состояние гиперкоагуляции у больных со злокачественными опухолями. Уже тогда мы пришли к заключению, что они должны быть использованы в качестве дополнительного теста, при дифференциальной диагностике опухолей разбираемой локализации. Эти данные цитированы в монографии А.И. Пачеса "Опухоли головы и шеи", (Москва, Медицина, 1983 г.).

Теоретическое осмысление полученных результатов позволило определить методы обязательного обследования больных с опухолями слюнных желез: цитологический, гистологический, рентгенологический. Мы пришли к заключению считать обязательным верифицировать заболевания до операции, обосновывать методы лечения.

Было время, когда методы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез большинством хирургов осуществлялось по-разному. Одни отстаивали хирургическое вмешательство, другие – лучевое. Некоторые исследователи были сторонниками комбинированного лечения.

При доброкачественных опухолях проводилась энуклеация, при злокачественных – удаление околоушной слюнной железы с выделением или без выделения лицевого нерва. На первом плане было сохранение общего вида больного, возможности пребывания его в обществе. Некоторые больные предпочитали уход из жизни предстоящему обезображиванию лица после проведения оперативного вмешательства, при котором повреждался лицевой нерв. С позиции наших дней это кажется странным. Но чтобы не происходило обезображивания лица при оперативных вмешательствах, необходимо было провести большой объем научных исследований, разработать сохраняющие лицевой нерв операции, изучить отда-

ленные результаты.

Большой вклад в решение этой проблемы у нас в стране внесли профессор А.И. Пачес и его ученики. Это А.И. Пачес в ОНЦ АМН СССР организовал отделение опухолей головы и шеи, стал инициатором создания новой онкологической специальности, объединил хирургов, оториноларингологов, стоматологов, радиологов и др., доказал, что больными с опухолями в области головы и шеи должны заниматься врачи, владеющие диагностикой и лечением опухолей этой локализации. Под его руководством проделана большая работа по организации отделений опухолей головы и шеи и осуществлена подготовка специалистов. При его участии открыто отделение опухолей головы и шеи в ООД, в г. Свердловске, заведующим этим отделением стал к.м.н. Г.А. Гинзбург.

Вот уже 20 лет с момента организации указанного отделения до настоящего времени его коллектив и коллектив кафедры хирургической стоматологии работает вместе, решают вопросы диагностики, лечения этой тяжелой категории больных.

При доброкачественных опухолях слюнных желез оперативное вмешательство всегда сопряжено с риском повреждения лицевого нерва, поэтому нередко некоторыми авторами и сейчас проводится удаление только образования. С целью сохранения лицевого нерва разработаны методы его выделения. За рубежом применяется метод Редона (радикальное удаление околоушной слюнной железы с выделением основного ствола нерва и его ветвей от центра к периферии). В России используется метод Г.Г. Ковтуновича. Этот метод основан на топографо-анатомических особенностях данной области и преследует две цели: радикальное удаление опухоли с частью или всей железой с сохранением ветвей лицевого нерва, выделяемых от периферии к центру. Результаты такого оперативного лечения, как правило, удовлетворительны, функция нерва восстанавливается в течении 1-6 месяцев после операции.

Нашей задачей являлось внедрение именно этих способов выделения нерва с частью или всей слюнной железой в практику. Обоснованием этого служили проведенные нами наблюдения и тщательное изучение гистологических препаратов, которые позволили выявить в ряде случаев процессы пролиферации в отдельных участках доброкачественных опухолей с распространением опухолевых клеток за пределы новообразования. Подобные варианты опухоли трудны для диагностики и при энуклеации являются причиной рецидивов. Поэтому мы в практической деятельности предпочтение отдаем субтотальной резекции или паротидэктомии с сохранением ветвей лицевого нерва. Такой подход позволил уменьшить число послеоперационных рецидивов.

Больным со злокачественными опухолями околоушных слюнных желез нами были четко определены следующие методы лечения: предоперационная дистанционная гамма-терапия, регионарная

химиотерапия методом перфузии, комбинированная и расширенно-комбинированная операция.

Нами определены противопоказания для проведения перфузионной химиотерапии к ним относились лейко- и тромбоцитопения, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, патологии печени, почек (Б фазе декомпенсации) и общее тяжелое состояние больных. Также были определены сроки третьего этапа комбинированного лечения.

Третий этап - хирургическое лечение - осуществлялся через 10-14 дней после регионарной химиотерапии методом перфузии. Объем оперативного вмешательства решался индивидуально и зависел от распространенности первичной опухоли и наличия метастазов. Выполнялось фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи и паротидэктомия или операция Крайла и паротидэктомия. Хирургическое вмешательство на околоушной железе заключалось в паротидэктомии без сохранения ветвей лицевого нерва. Нами внедрен в практику метод замещения дефекта лицевого нерва добавочным или подъязычным нервами одновременно с проведением указанных операций второго этапа.

К сожалению, вопрос о первичной пластике лицевого нерва также оставался тогда неизученным.

Анализ результатов, полученных при химиохирургическом лечении злокачественных опухолей околоушной слюнной железы показал, что проведенная до паротидэктомии перевязка магистральных сосудов и введение алкилирующих препаратов содействовали предупреждению регионарного и отдаленного кетастазирования. При изучении отдаленных результатов лечения злокачественных опухолей нами выявлена зависимость исходов от применяемого метода. Так у больных с III стадией распространенности опухолевого процесса, которым было проведено лучевое и хирургическое лечение, возникали местные однократные и многократные рецидивы. Из этой группы больных летальный исход наступил в 47% случаев в сроки от года до двух лет. При введении "ударных" доз алкилирующих соединений по разработанной нами методике для подавления пролиферативной активности опухолевых клеток в зоне операции с помощью аппарата АИК РТ1-64 в сочетании с радикальным хирургическим вмешательством мы не наблюдали генерализации процесса. Местные рецидивы наблюдались в 11% случаев. Двухлетняя выживаемость составила 56%. Все указанные исследования были проведены на кафедре госпитальной хирургии лечебного факультета под научным руководством профессоров А.Т. Лидского и В.Н. Климова.

Говоря об Учителях, нельзя не вспомнить профессора М.В. Мухина. Это он в годы Великой Отечественной войны был ведущим хирургом челюстно-лицевого эвакогоспиталя в Свердловске, а с 1946 по 1953 годы заведовал клиникой челюстно-лицевой хирургии Свердловского института восстановительной хирургии, травматологии и ортопедии, являясь одновремен-

но и заместителем директора института по науке. Его деятельность как челюстно-лицевого хирурга, исследователя и педагога была многогранна. Под его руководством разрабатывались новые операции при анкилозе височно-нижнечелюстного сустава, проводилось использование филатовского стебля при огнестрельных дефектах, деформациях лица. Параллельно с этим осуществлялись операции при врожденных расщелинах губы и неба. Его ученики Н.И. Бутикова, В.И. Щипачева, Б.Я. Булатовская стали докторами медицинских наук, профессорами. Это они, оказывая помощь раненым в челюстно-лицевую область в специализированном госпитале под руководством Михаила Владимировича, заложили основы пластической хирургии на Среднем Урале. Приятно сознавать, что эти основы восстановительной и реконструктивной хирургии активно развиваются новой плеядой профессоров С.И. Блохиной, В.А. Виссарионовым и их учениками.

С момента организации в институте курса в 1976 году, а затем кафедры хирургической стоматологии в 1973 году научные исследования молодым ее коллективом проводились на базе ОКБ №1. Основным научным направлением кафедры стали: разработка новых методов лечения при множественных переломах костей лица, продолжение исследований по использованию антигкоагулянтов в комбинированном лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области, исследования заболеваний слюнных желез, имплантология.

Приступая к решению поставленных вопросов, мы провели анализ результатов ранее используемых методов лечения в Свердловской области при переломах челюстей. Это позволило выявить ряд недостатков лечебного и организационного плана. Отсутствие иммобилизации у пострадавших на догоспитальном этапе и единых установок по вопросам преемственности лечебной помощи, большой процент осложненных переломов. Все это потребовало от коллектива кафедры и департамента здравоохранения области разработать план мероприятий, который предусматривал открытие стационарного отделения неотложной стоматологической хирургической помощи на 60 коек в городе Свердловске и создания системы комплексного лечения больных с переломами челюстей на всех этапах реабилитации. Для решения этих вопросов на кафедре под руководством профессора Л.П. Мальчиковой была создана творческая группа из ассистентов Е.А. Вайнштейна, А.А. Дацко, В.А. Стучилова. Благодаря их усилиям были решены основные вопросы по организации 24 кабинетов реабилитации в городах области (асс. Е.Л. Вайнштейн) разработаны единые установки, определяющие преемственность при лечении указанных пострадавших, и открыто отделение неотложной хирургической стоматологии вначале на 40, затем 60 коек в ГКБ №5 г. Екатеринбурга. Заведующим отделением стала соискатель нашей кафедры к.м.н. В.А. Петренко. Отделение является второй базой кафедры хирургической стоматологии.

Усилиями коллектива кафедры совместно с сотрудниками Института физики металлов УНЦ АН СССР и НИИ туберкулеза (г.Москва) разработан аппарат внешней фиксации при лечении осложненных переломов нижней челюсти, на который получены 3 патента (А.А. Дацко). Ассистентом В.А. Петренко получен патент на способ лечения переломов мыщелкового отростка. Сотрудником кафедры В.А. Стучиловым изучено действие стереограмметрического аппарата при диагностике переломов скулоорбитального комплекса. На разработанный метод использования этого аппарата также был получен патент. Разработанные методы явились основой защищенных кандидатских диссертаций.

К сожалению стоматологам, как и врачам других специальностей, приходится иметь дело с болью, с проявлениями поражения нервной системы в области лица. Первые описания симптомов невралгии тройничного нерва относятся к далекому прошлому, к I-II столетию. Хирургические методы лечения тяжелых форм невралгии относятся к XIX веку. История развития хирургических методов и до настоящего времени иллюстрирует пересечение на разных уровнях проводящих путей тройничного нерва. Подобное исследование провел сотрудник кафедры В.П. Журавлев. Он разработал методы дислокации II-III ветвей тройничного нерва, на которые получено 2 патента. Эти методы легли в основу защищенной кандидатской диссертации.

При дальнейшем изучении действия регионарной химиотерапии на опухолевую ткань нами было выявлено значение: прямых антикоагулянтов, которые вводились в перфузат. Мы продолжили эту работу в ОКБ N1 вместе с к.м.п. В.А. Сухановым и к.м.н. Л.Д. Герасимовой. В основу работы были взяты данные иностранных авторов (J.Folkman, 1986, J.L Francis et.al., 1988), которые считали, что тромбообразование и активация свертывания крови при злокачественных новообразованиях идет через VII фактор, т.е. через путь) который может блокироваться непрямыми антикоагулянтами. Однако, механизм этого процесса пока не совсем ясен. Сведений о характере воздействия на систему гемостаза и фибринолиза злокачественных новообразований, располагающихся в области головы и шеи, недостаточно. Это послужило причиной исследования системы гемостаза у больных с опухолями челюстно-лицевой области различной локализации. Исследования проводили по 12 тестам.

Результаты исследований показали, что у 65% больных в крови циркулировали продукты паракоагуляции, что свидетельствовало о текущем процессе внутрисосудистого свертывания крови на момент исследования. Уровень этих продуктов в плазме был, однако, не очень высоким.

Подробное исследование системы гемостаза по другим параметрам не выявило данных, свидетельствующих в пользу синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Это позволило предположить, что источником продуктов парако-

агуляции у данных больных могло служить локальное внутрисосудистое свертывание крови В области расположения опухоли. Наше предположение согласуется с данными ряда авторов, обнаруживших образование фибрина и его лизис в злокачественной опухоли и вокруг нее.

Сказанное подтверждалось общеизвестными морфологическими исследованиями, обнаружившими в сосудах, прилегающих к опухолям, массивные отложения фибрина, получившие название, "фибринового вала".

На основании полученных данных мы предположили, что увеличение выброса тромбопластического материала из опухоли, например, при распаде опухолевых клеток во время проведения курса химиотерапии, приведет к интенсификации процессов внутрисосудистого свертывания крови В области расположения опухоли. Это может в значительной степени уменьшить кровоснабжение опухоли ЗА счет образования более мощного "фибринового вала" на момент проведения химиотерапии и послужит своеобразной защитой опухоли от дальнейшего действия химиопрепаратов. Поэтому нам представлялось целесообразным предотвращать процессы внутрисосудистого свертывания крови использованием антикоагулянтов во время проведения химиотерапии. Мы предположили, что это позволит добиться большего эффекта, а также исключит опасные осложнения со стороны органов кроветворения.

С этой целью нами было изучено комбинированное использование химиопрепаратов и антикоагулянтов, вводимых перорально и парентерально. При назначении антикоагулянтов учитывали и то, что эти препараты обладают способностью активного воздействия на опухоль и опухолевые клетки (Р.Г. D'Amore, 1988). Исследование осуществляли на больных с различными злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Во всех наблюдениях диагноз злокачественной опухоли был подтвержден морфологически. Преобладали плоскоклеточные формы рака. До 90% случаев составили больные с III стадией заболевания.

В качестве антикоагулянтов мы выбрали препараты непрямого действия. Мы также учитывали, что опухолевые клетки вырабатывают прокоагулянтный фактор, на синтез которого угнетающе воздействуют именно эти антикоагулянты (M.B. Donati et.al., 1986) и возможность введения этих препаратов как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях.

Химиотерапию всем больным назначали после проведения комбинированного лечения. В план этого лечения входила предоперационная лучевая терапия в дозах 40-50 Гр, последующее оперативное вмешательство на первичном очаге и, при необходимости, на зонах регионарного метастазирования без использования регионарной каротидной перфузии. Первые больные (18 человек) получали только химиотерапию (без антикоагулянтов). Эти больные составили первую группу. Остальные (40 человек)

получали химиопрепараты в комбинации с непрямыми антикоагулянтами (вторая группа). По локализации процесса, его распространенности, морфологической характеристике, срокам и режимам проведения химиотерапии больные первой группы не отличались от больных второй группы. Использовали такие химиопрепараты как проспидин, фторурацил, винбластин, винкристин. Доза их была максимальной на курс лечения. Дозу антикоагулянтов устанавливали индивидуально по результатам протромбинового времени.

Исследования показали, что у больных первой группы (11%) имели место осложнения со стороны органов кроветворения, которые привели к преждевременной отмене химиотерапии. У 17% больных этой группы имел место рецидив заболевания (в течение 2 лет наблюдения).

Проведение курсов химиотерапии на фоне антикоагулянтов дало следующие результаты. Несмотря на введение высших допустимых доз химиопрепаратов, ни у одного из больных мы не обметили угнетения кроветворения, а также каких-либо других осложнений химиотерапии. Появилась возможность проведения курса 18 больным амбулаторно, без отрыва их от работы. На 4-8 сутки от начала лечения у больных, как правило, что очень важно, повышалось число лейкоцитов. Лишь у 5 больных к концу лечения произошло снижение числа лейкоцитов ниже исходного уровня. После окончания курса химиотерапии лечение непрямыми антикоагулянтами продолжали в течение скольких месяцев и лет (до 5 лет). Контроль дозы антикоагулянтов осуществляли в это время в основном только по величине протромбинового индекса, поддерживая его в пределах 40-50% нормы.

Отдаленные результаты лечения (сроки наблюдения за больными от 6 месяцев до 8 лет) довольно обнадеживающие. Ни у одного больного этой группы не было отмечено признаков рецидива заболевания. Лишь у одной больной с цилиндромой околоушной слюнной железы после комбинированного лечения и проведения двух курсов химиотерапии на фоне введения антикоагулянтов через 6 месяцев были обнаружены метастазы в легкие. Однако, после проведения третьего курса химиотерапии совместно с антикоагулянтами наблюдалась ремиссия опухолевого процесса в течение 1.5 лет.

Таким образом, использование предлагаемого способа предотвращает побочное угнетающее влияние химиотерапии на кроветворение, повышает эффективность лечения за счет возможности проведения полного курса химиотерапии, обеспечения большей доступности опухоли для химиопрепаратов и дополнительного противоопухолевого действия антикоагулянтов. Кроме этого, исключает использование такого дорогостоящего метода, как пересадка костного мозга. Следует отметить, что сложность контроля дозы не прямых антикоагулянтов ограничивает использование этого способа лечения.

Наряду с изучением клиники, диагностики, лечения доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез мы (профессора Л.П. Мальчикова, А.В. Иванова, Г.И. Ронь, доценты М.Ф. Безуглов, Е.С. Беликов, с.н.с. ЦНИИЛ Л.Т. Шмелева, кандидаты медицинских наук Ю.Э. Лаврентьева, Н.Д. Чернышева, Е.С. Васильева) в 1986 году приступили к изучению "сухого" синдрома. Так как оставались нерешенными вопросы поражения слюнных желез при болезни Шегрена (БШ), синдроме Шегрена (СШ) и хроническом паренхиматозном паротите (ХГО1).

Нами выявлено, что у больных БШ, СШ в одних условиях первичные нарушения связаны с изменением иммунорегулирующей функции, в других - первичные изменения происходят в слюнных железах с последующим развитием аутоиммунных реакций.

Таким образом, в нашем исследовании показана возможная роль хронических паренхиматозных паротитов при возникновении БШ к СШ. При ХПП менее выражена напряженность гуморального иммунитета, но получены данные, свидетельствующие о сходстве патогенеза БШ, СШ и ХПП.

В результате проведенных исследований удалось выявить изменения в слюнных железах по типу паренхиматозных форм у больных с системной красной волчанкой, со склеродермией, с ревматоидным артритом, хронические активным гепатитом, в малом числе случаев при муковисцидозе. Интерстициальные формы сиалозов выявлялись у больных: с гипофункцией половых желез, аутоиммунным тиреоидитом, хроническим панкреатитом, сахарным диабетом.

Наблюдения показали, что такой признак, как сухость в полости рта, может быть практически при всех хронических заболеваниях слюнных желез. Увеличение слюнных желез также не может быть дифференциально-диагностическим признаком, т.к. встречается во всех группах. Однако с уверенностью можно сказать, что двустороннее увеличение чаще встречается при сиалозах, а одностороннее - при сиаладенитах.

Достаточную информацию в плане отличия паренхиматозных форм от интерстициальных, а также между паренхиматозным сиаладенитом и сиалозом можно получить при проведении ортопантомосиалогграфии. Для паренхиматозных форм характерным является наличие полостей в области паренхимы железы и расширение протоков, однако при паренхиматозном сиаладените эти полости имеют четкие контуры. Расположены они неравномерно в железе и при двусторонней локализации не симметричны в одноименных железах. При паренхиматозном сиалозе контуры полостей нечеткие, однако можно проследить признак симметричности их расположения в парных железах. При интерстициальных поражениях слюнных желез картина сходная при сиаладенитах и при сиалозах: протоки сужены, тень паренхимы увеличена.

Проведение цитологического исследования слюны позволяло отличить воспалительные и дистрофические процессы в слюнных

железах.

Таким образом, дифференциальная диагностика при хронических заболеваниях слюнных желез возможна только при комплексном использовании клинических и лабораторных методов. Применение электронной микроскопии позволило выдвинуть гипотезу об участии мембраны ацинарных клеток в патогенезе сиалозов и сиаладенитов. Разработке данной гипотезы был посвящен один из разделов докторской диссертации Г.И. Ронь.

Проведенные исследования позволили выявить ранние признаки поражения слюнных желез при общесоматических заболеваниях. По материалам исследований группой авторов написана монография. "Хронический паренхиматозный паротит и болезнь (синдром) Шегрена", Екатеринбург, изд-во Уральского университета, 1993 г.

С 1992 года коллективом кафедры (ассистентами Е.А. Вайнштейном, М.Е. Шимовой, В.В. Ребровым) проводится важное исследование по внедрению в практику нового метода лечения - дентальной имплантологии. Этот метод основан на введении в кость внутри- и чрезкостно имплантатов различных видов. В настоящее время в СП 1, являющейся поликлинической базой кафедры, при поддержке начальника Главного Управления здравоохранения г. Екатеринбурга С.А. Акулова, открыто отделение имплантологии. Внедрение этого метода требует специального дорогостоящего импортного оснащения и недоступно нашим пациентам по стоимости. В связи с этим в эксперименте и в клинике был разработан простой, эффективный, недорогостоящий метод имплантации. Совместно с Уральским электромеханическим заводом удалось изготовить саблевидные, плоские имплантаты (И) из титана марки ВТ -0 и инструменты для их внедрения в кость. Применение этих И для замощения концевых дефектов зубных рядов показало их достаточную надежность и возможность фиксации с их помощью привинчивающихся мостовидных протезов. При замещении отсутствующих одного или нескольких зубов в переднем отделе верхних челюстей хорошие результаты получены благодаря применению резбовых цилиндрических имплантатов из монокристаллического сапфира. Эти имплантаты разработаны в НПО "Монокристаллполимер" г. Харьков, а инструменты для операции - в г. Екатеринбурге. Особые трудности представляет лечение полного отсутствия зубов. Применение для этой цели разработанных внутрикостных резбовых и из титана показало невозможность их дальнейшего использования из-за высокого процента отторжения. В связи с этим был начат поиск керамики в качестве основы для последующего плазменного напыления гидроксиапатита, который является биоактивным материалом. В настоящее время нашим творческим коллективом используется керамика из диоксида циркония и поликристаллического корунда. Токсикологическое и гистологическое исследования этих материалов свидетельствуют об абсолютной их безв-

редности и возможности взаимодействовать с костью по типу анкилоза. Предварительные результаты применения в клинике внутрикостных керамических И обнадеживают. За три года проведен большой объем исследовательской, производственной и лечебной работы (закончено лечение 350 больным), что позволило в этом году перейти на изготовление И из биоактивных материалов.

В четвертом квартале текущего года планируется расширение объема работы отделения за счет оказания современных видов помощи больным с воспалительными заболеваниями пародонта.

За период с 1978 по настоящее время на кафедре выполнены одна докторская и 8 кандидатских работ. Планируется написание 1 докторской (Л.Д. Герасимова) и 5 кандидатских диссертаций (ассистенты И.Е. Шимова, В.В. Ребров, Е.В. Гольдштейн, Н.М. Шейна, врач Б.А. Третьяков).

За прошедшие 20 лет преподавательским коллективом кафедры хирургической стоматологии проведена большая работа по организации и совершенствованию учебного процесса. За это время написаны и изданы типографским способом методические разработки для студентов всех курсов стоматологического и 5 курсов общемедицинских факультетов. Для практических врачей напечатаны методические рекомендации по различным разделам специальности. Выпущено 4 сборника научных работ под редакцией профессора Л.П. Мальчиковой, сотрудниками кафедры получены 14 патентов изобретения, внедрено 38 рационализаторских предложений, опубликовано 392 печатных работы. Для практического здравоохранения подготовлено 18 клинических ординаторов, 120 интернов хирургов-стоматологов и практических врачей.

Достигнутые успехи не являются пределом. Впереди много нерешенных проблем по лечению злокачественных опухолей решетчатой кости, лечению множественных переломов лица и костей основания черепа, коррекции деформаций орбиты при телекантусе, удалению экстракраниальных хемодектом, ангиофибром. Эти исследования уже проводятся сейчас со специалистами смежных специальностей (профессор В.А. Виссарионов, профессор В.П. Сакович, доцент И.И. Томилов).

Свое выступление я начинала словами замечательного учёного, клинициста Сергея Петровича Боткина. Заканчиваю словами Николая Васильевича Склифосовского. Он сказал: "Народ, умеющий чтить память своих великих предков, имеет право спокойно смотреть в будущее...". Я позволила себе напомнить это только потому, что, к сожалению, в наших сложных условиях жизни некоторые врачи забывают об этом. Пусть всегда наши Учителя, будут духовно с нами!

Благодарю за внимание!