

ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ ВІКОВОЇ МОРФОЛОГІЇ

ОРГАНОМЕТРИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ДЕЙСТВИИ ГИПЕРГРАВИТАЦИИ И ЗАЩИТЕ ОТ НЕЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г.Р.Аджисалиев

Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Эксперимент выполнен на 36 неполовозрелых белых крысах-самках линии Вистар. Изучены три группы животных: контрольная (1), с воздействием поперечно-направленных гравитационных перегрузок (2), с воздействием поперечно-направленных гравитационных перегрузок в условиях физической защиты (3). Моделирование гипергравитации (3-9 ед.) производили путем 10-минутного вращения животных на центрифуге в течение 10 дней – I серия (А) и 30 дней – II серия (Б). За прототип физической защиты мы взяли способ, при котором объект помещают в капсулу с системой жизнеобеспечения, окруженную двумя упругими и внешней твердой оболочками, а пространство между ними заполняют жидкостью с плотностью аналогичной спинно-мозговой жидкости – $\rho = 1,005-1,007 \text{ г/см}^3$. По истечении сроков эксперимента животных декапитировали под эфирным наркозом. Оценивали состояние органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ad oculus, а также измеряли диаметр пищевода (Дпищ), двенадцатиперстной (Ддвен), подвздошной (Дподв), восходящей кишок (Двосх), длину желудка по малой и большой кривизне (Лм и Лб), наибольшее расстояние между большой и малой кривизной (Лмб). При макроскопическом исследовании у животных 2А группы в сравнении с 1А группой имеет место выраженная атония желудка и всего кишечника, отмечали неравномерную вздутость петель тонкой и толстой кишок, что подтверждается данными морфометрии указанных органов. Показатели диаметров трубчатых органов увеличились в сравнении с контролем: Дпищ – на 24,6% ($p < 0,05$), Ддвен – на 39,2% ($p < 0,05$), Дподв – на 67,9% ($p < 0,05$), Двосх – на 44,1% ($p < 0,05$). Показатели линейных размеров желудка увеличились в сравнении с контролем: Лм – на 30,4% ($p < 0,05$), Лб –

на 15% ($p < 0,05$), Лмб – на 26,3% ($p < 0,05$). У всех животных в содержимом двенадцатиперстной кишки – желчь. Аналогичные изменения наблюдались и у животных 2Б группы, однако менее выражены. У животных при действии гипергравитации в условиях защиты реакция со стороны органов ЖКТ на воздействие гипергравитации незначительна. Так, показатели в 3А группе увеличились в сравнении с контролем на: Дпищ – 6,1% ($p > 0,05$), Ддвен – 7,6% ($p < 0,05$), Дподв – 10,7% ($p > 0,05$), Двосх – на 19,5% ($p < 0,05$). Показатели линейных размеров желудка в этой группе увеличились: Лм – на 9,4% ($p < 0,05$), Лб – на 1,3% ($p > 0,05$), Лмб – на 14,5% ($p > 0,05$). В 3Б группе показатели увеличились в сравнении с контролем на: Дпищ – 0,8% ($p > 0,05$), Ддвен – 11,2% ($p > 0,05$), Дподв – 12,5% ($p > 0,05$), Двосх – 6,8% ($p < 0,05$). Показатели линейных размеров желудка в этой группе увеличились: Лм – на 0,6% ($p > 0,05$), Лб – на 1,7% ($p > 0,05$), Лмб – на 5,3% ($p > 0,05$). Результаты свидетельствуют о зависимости адаптационно-компенсаторных процессов в органах ЖКТ животных от срока воздействия гравитационных перегрузок, а также наличия или отсутствия защиты от последних.

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ КІНЦЕВОГО ВІДДІЛУ ГРУДНОЇ ПРОТОКИ І КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ ДЕТОКСИКАЦІЇ ХВОРИХ

С.О.Акептьєв

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Успіх дренавання грудної протоки (ГП) та характер подальшої екстракорпоральної детоксикації прямо залежить від анатомо-топографічних варіантів її кінцевого відділу. За безпосередньої участі автора під керівництвом проф. В.Ф.Стащука та доцента В.І.Ротаря у період 1983-1992 рр. на базі відділення реанімації обласної клінічної лікарні здійснено 46 лімфатикостомій у хворих з тяжкими ендотоксикозами (жінок – 16, чоловіків – 30). Вік хворих коливався в межах 15-80 років. Патологія, при якій проводилася активна детоксикація лімфосорбцією, розподілилася так: цироз печінки – 6

Приклад бібліографічного опису тез:

Аджисалиев Г.Р. Органометрия желудочно-кишечного тракта при действии гипергравитации и защите от нее в эксперименте / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. пит. вікової анат. та ембріотопографії” // Клініч. анат. та опер. хірургія. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 11.

випадків, тромбоз брижових судин – 1, рак панкреато-дуоденальної ділянки, механічна жовтяниця – 2, перитоніти різного генезу – 8, гнійні кісти підшлункової залози – 1, абсцес печінки – 2, гепатит – 1, панкреонекроз – 7, сепсис різного генезу – 4, лептоспіроз – 7, політравма – 1, гостра печінково-ниркова недостатність різного генезу – 4, хронічний калькульозний холецистит, механічна жовтяниця – 1, гостре отруєння дихлоретаном – 2. Всі оперативні втручання на ГП проводилися під кетаміновим наркозом. Мобілізуючи кінцевий відділ ГП під час оперативних втручань, виявлено: у 31 випадку (68%) – один стовбур протоки (мономагістральний тип) діаметром 2-10 мм; у 10 випадках (22%) – деревоподібна будова – 2-3 гілки діаметром 1,5-8 мм, проте перед впаданням у вену утворювали спільне устя; у 5 випадках (10%) – за 1-3 см до впадання у вену ГП ділилася на декілька рукавів (дельтоподібний варіант), діаметр яких коливався від 0,8 до 2-3 мм. Важливе значення для успіху дренування має варіант дуги впадання ГП у вену. Під час оперативних втручань виявлено: у 4 випадках (10%) – висока дуга; у 33 випадках (71%) – середня; у 9 випадках (19%) – низька дуга. Місцем впадання ГП у 27 випадках був венозний кут; у 15 випадках – змішане впадання: у венозний кут і внутрішню яремну вену, у венозний кут і підключичну вену; у 3 випадках – у внутрішню яремну вену (по задній стінці з низькою дугою); у 1 випадку – у підключичну вену. Успіх дренування ГП залежить від багатьох факторів: статури хворого, розвитку підшкірного жирового шару, глибини операційної рани, володіння навичками та знаннями топографії ділянки. Проте анатомічна будова і топографія кінцевого відділу ГП набуває визначального значення при виборі подальшої тактики екстракорпоральної детоксикації. Практичний досвід свідчить про те, що в основному (до 90%) дренування ГП було успішним. Цьому сприяли: мономагістральний тип протоки (або відповідний діаметр однієї з гілок при деревоподібному типі), середня дуга, типове впадання у венозний кут. Інші відхилення від названих параметрів (низька дуга, впадання по задній стінці вен, незначний калібр гілок при деревоподібному типі) перешкоджали дренуванню ГП. До 10% випадків (хворі віком від 17 до 73 років) дренування було невдалим, в основному із-за наявності дельтоподібного варіанту. Успішне дренування ГП дозволяло без перешкод отримувати лімфу і в повному обсязі здійснювати подальшу детоксикацію – лімфосорбцію. У випадках, коли дренування ГП неможливе проводилася термінова гемосорбція, підключалися методи інтракорпоральної детоксикації. Сучасна еферентна терапія йде шляхом впровадження в клініку простих і доступних методик (гемосорбція, плазмаферез, УФО). Лімфосорбція, не має розповсюдження в лікарській практиці. Але є підстави вважати, що цей метод дістане «друге дихання».

ЛИМФОИДНЫЕ СТРУКТУРЫ СЛЕПОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА ВО II ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТАХ

Г.Г.Аминова, Е.Б.Юдина

Институт морфологии человека РАМН, Москва (Россия)

Гистологическими методами исследовалась цитоархитектоника лимфоидных узелков (ЛУ) человека во 2-м детском и подростковом возрастах. Лимфоидная ткань в стенках слепой кишки представлена чаще всего одиночными, хорошо сформированными ЛУ, расположенными, как правило, в собственной пластинке слизистой оболочки органа. Узелки не имеют центров размножения, а лимфоидные клетки в них распределяются ближе к основанию ЛУ. В результате такого распределения верхушечная часть ЛУ содержит самое небольшое число клеток, приходящееся на стандартную площадь исследуемой площади среза: $18,07 \pm 0,47$ – во 2 детстве и $22,25 \pm 1,01$ – в подростковом возрасте. В центре ЛУ этот показатель составляет соответственно $24,85 \pm 2,48$ и $27,48 \pm 3,72$, а в области основания узелка – $33,1 \pm 2,11$ и $31,05 \pm 2,45$ (на площади среза, равной 880 мкм^2). Как видно из этих показателей, в подростковом возрасте плотность распределения клеток в верхних отделах ЛУ имеет тенденцию к увеличению, а в нижних – к уменьшению. Это может быть объяснено усилением миграционных процессов в сторону просвета кишки и окружающей узелок ткани слизистой оболочки органа у подростков. Основным клеточным элементом ЛУ являются малые лимфоциты (Лц). В пределах исследуемой структуры их распределение неравномерно. Количество малых Лц в области верхушки узелка во 2 детстве составляет $57,24 \pm 4,2\%$, а в подростковом возрасте – $51,78 \pm 4,83\%$. В центральных участках ЛУ этих клеток содержится соответственно $63,22 \pm 5,61\%$ и $63,73 \pm 6,85\%$. В области основания узелка их число становится максимальным и составляет в возрасте 2 детства $71,85 \pm 2,81\%$, у подростков – $70,12 \pm 8,22\%$. Приведенные данные свидетельствуют что, содержание малых Лц в ЛУ в исследованных возрастных группах детей практически одинаково. Количество средних Лц не изменяется в области основания ЛУ, но достоверно увеличивается у подростков в области верхушки и центральной зоны узелка. В области верхушки узелка это может быть связано с более чем 4-кратным увеличением доли плазматических клеток в подростковом возрасте. Рост числа средних Лц в центральных участках не может быть объяснен ни процессами трансформации в плазматические клетки, ни преобразованием их в “малодифференцированные” формы. В области верхушки ЛУ у подростков, наряду с увеличением числа плазматических клеток, отмечается также рост количества эозинофилов ($2,53 \pm 1,54\%$), что можно объяснить усилением антигенного воздействия со стороны просвета кишки. В области основания ЛУ эти клетки встречаются очень