роградно, до устья, вводим катетер и фиксируем 2-3 лигатурами, наложенными на стенку артерии. Катетер выводим через контрапертуру. Далее проводим пробу на проходимость и герметичность катетера. При введении в катетер раствора новокаина с гепарином больной ощущает жжение в пальцах и кисти, что говорит об адекватности катетеризации. Операция технически проста, апробирована на базе II хирургического отделения 6 городской больницы г. Симферополя.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНОЙ АНАТОМИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.В.Иванцов, Ю.М.Киселевский

Гродненский государственный медицинский университет (Беларусь)

Цель работы – изучение особенностей анатомического строения коленного сустава (КС) новорожденных детей. Методом макромикроскопического препарирования с последующей морфометрией исследовано 30 препаратов КС, взятых от плодов и новорожденных, умерших от асфиксии и родовой травмы. Отпрепарировав кожу и подкожную жировую клетчатку, вскрывали полость КС разрезом, окаймляющим надколенник сверху и с боков. Надколенник и его связка отворачивались книзу. Выделялись, по возможности, боковые (коллатеральные малоберцовая и большеберцовая) связки. При обследовании полости КС обращали внимание на строение и степень развития внутрисуставных связок, менисков и других образований КС. Поперечная связка колена иногда обнаруживалась в толще крыловидных складок, которые для этой цели приходилось пересекать. После удаления синовиальной оболочки изучались передняя и задняя крестообразные связки, а также мениско-бедренные связки. Для более детального исследования внутрисуставного связочного комплекса, а также адекватного изучения формы и развития менисков, крестообразные связки полностью пересекались у места их прикрепления к мыщелкам бедренной кости. КС обследовали в положении максимального сгибания. Установлено, что капсула КС у новорожденных сравнительно тонкая. Наружные связки не всегда отчётливо выражены, иногда отсутствуют. Большеберцовая огибающая связка практически не выделяется и является утолщением капсулы. При травмах КС в старшем возрасте кровоизлияния в полость сустава с одновременным повреждением внутреннего мениска можно объяснить анатомическими особенностями строения указанной связки, так как она тесно связана с суставной капсулой КС и глубокие волокна связки прикрепляются к периферическому краю медиального мениска. Малоберцовая огибающая связка контурируется в виде плоского тяжа. Повреждения её в старшем возрасте встречаются редко, так как она не связана с мениском, изолирована от суставной сумки и в наиболее тонком месте защищена сухожилием двуглавой мышцы бедра. Связка надколенника очень хорошо выражена, сравнительно длинная, широкая и толстая. Однако боковые растяжения связки не развиты, поэтому надколенник легко смещается, что в последующем может приводить к частым его вывихам. Сочленяющиеся в суставе дистальный эпифиз бедренной кости, проксимальный эпифиз большеберцовой кости, а также надколенник у новорожденного хрящевые, однако в эпифизах длинных трубчатых костей в большинстве случаев уже встречаются точки окостенения. Мыщелки бедра эллипсоидной формы. Наружный мыщелок более развит, чем внутренний. Из мыщелков большеберцовой кости, наоборот, в развитии превалирует внутренний мыщелок. Надколенник нормально развит с хорошо выраженными суставными фасетками. Эти данные необходимо учитывать при выполнении корригирующих операций, направленных на восстановление длины сегмента конечности. Мениски сустава имеют соединительнотканное строение, тонкие, эластичные и подвижные. Медиальный мениск относительно узкий, чаще серповидной формы. Латеральный мениск шире, округлой или овальной формы. Рога менисков прикрепляются к большеберцовой кости с помощью собственных связок. Крестообразные связки КС хорошо развиты, тонкие и короткие. При изучении сустава мы обращали внимание на наличие у новорожденных поперечной связки КС, которая играет важную роль в стабилизации менисков. Поперечная связка колена не всегда наблюдалась, однако при ее наличии была хорошо развита.

ГІСТОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН

А.Г.Іфтодій, О.В.Більцан, І.С.Давиденко, В.І.Гребенюк, І.В.Шкварковський, В.П.Польовий

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Нами розроблений спосіб лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин (ГЗЗМТ), який базується на принципах активної адсорбційно-електроелімінаційної санації гнійної порожнини (декл. пат. № 60763 А). Даний спосіб використаний при лікуванні 34 хворих на ГЗЗМТ, обумовлених вживанням саморобних ін'єкційних наркотичних препаратів опію. З метою об'єктивної оцінки ефективності запропонованого способу нами проведено гістологічне дослідження. Враховуючи характерне глибоке ураження м'яких тканин гнійним процесом, у даної категорії хворих проводили дослідження підшкірної жирової клітковини та м'язової тканини, шматочки яких забирали під час проведення оперативного втручання (1-й день). Контрольні забори тканин виконували на 8 добу лікування та зіставляли з групою хворих, які отримували традиційне лікування. Одержані до застосування місцевого лікування дані в обох групах дослідження практично не відрізня-

лися. У ділянці підшкірної жирової клітковини відмічалися поширені некрози з накопиченням чорного пігменту або без нього. Навколо некрозів та серед некротичних мас спостерігали значні накопичення поліморфно-ядерних лейкоцитів (ПЯЛ). У ділянках м'язової тканини спостерігали м'язові клітини з ознаками некрозу (каріолізис) або зі збереженими ядрами, але з явищами альтерації цитоплазми, про що свідчила зернистість саркоплазми та втрата поперечної посмугованості. В інтерстиції м'язової тканини відмічалися ознаки гострого гнійного запалення. Навколо гнійних та некротичних мас часто спостерігали елементи молодої грануляційної тканини з новоствореними кровоносними судинами, фібробластами, лімфоїдними клітинами. Даний факт вказує на тривалий перебіг гнійно-некротичного запалення до початку лікування. На 8-й день післяопераційного періоду у хворих, які отримували традиційне лікування, в ділянках підшкірної жирової клітковини спостерігалися дрібні вогнища некрозів, інколи з накопиченням чорного пігменту. Навколо некрозу відмічалися накопичення ПЯЛ, подекуди – з розпадом тканини. У хворих, яким у комплексне хірургічне лікування включали запропонований спосіб лікування, в ділянках підшкірної жирової клітковини спостерігалися широкі поля грануляційної тканини з великою кількістю кровоносних судин, фібробластів, лімфоїдних клітин. У ділянках м'язової тканини спостерігали м'язові клітини, здебільшого з ознаками пошкодження цитоплазми, про що свідчила зернистість саркоплазми та втрата поперечної посмугованості. Частина м'язових клітин знаходилася у стані некрозу. В інтерстиції відмічалися дрібні розсипні вогнища гнійного запалення без явищ деструкції сполучної тканини. У хворих, пролікованих за нашою методикою, в ділянках м'язової тканини на 8-й день післяопераційного періоду запалення інтерстицію не відмічалося. Однак мав місце виражений набряк проміжної тканини. М'язові клітини виглядали атрофічними, що можна пояснити механічним впливом набряклого інтерстицію на міоцити. Проведені гістопатологічні дослідження свідчать про ефективність запропонованого нами способу лікування ГЗЗМТ, впровадження якого в клінічну практику дало змогу знизити середні терміни очищення гнійної порожнини на 5,39±0,01 днів, розвитку грануляційної тканини – 4,65±0,05 дня, початку крайової епітелізації – на 5,99±0,89 дня та покращити результати лікування хворих із гнійними процесами м'яких тканин.

ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ВАГІТНИХ

І.В.Каліновська

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проведено визначення рівня імунологічного статусу організму вагітних з початковими проявами фетоплацентарної недостатності (ФПН). У вагітних досліджували в плазмі крові рівень IL-2, IL-4 за допомогою реагентів "Pro Con IL-2, IL-4", методом твердофазного імуноферментного аналізу. Спостережено 30 вагітних у терміні 18-27 тиж. вагітності, віком від 20 до 36 років. В анамнезі у 27% вагітних було невиношування вагітності, у 13% – відмерлі вагітності, в 43% – загроза переривання вагітності. Повторнородячих було 46%, першородячих – 64%. У всіх вагітних досліджуваної групи, за даними УЗД, діагностовано первинні ознаки ФПН. При дослідженні імунологічних показників виявлено збільшення рівня IL-2 та зниження рівня IL-4 , що свідчить про активацію Т-хелперів I типу, що веде до порушення проникності та функції капілярів ендотелію, в тому числі і судин плаценти. Це призводить до хронічної гіпоксії плода і затримки його розвитку.

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАСТРУКТУРЫ СОМАТОТРОПОЦИТОВ АДЕНОГИПОФИЗА

Н.К.Каширина, О.В.Рогозина

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

Изучены соматотропоциты аденогипофиза (СА) 12 мышей-самцов линии BALB/C в возрасте 2-х и 3-х месяцев с целью выявления возрастных особенностей их ультраструктуры, что является важным аспектом для интерпретации экспериментальных данных при исследовании влияния различных экзо- и эндогенных факторов на структуры аденогипофиза. У мышей-самцов СА составляют значительную популяцию хромофильных клеток, находящихся вблизи гемокапилляров. Они образуют значительные скопления в различных отделах аденогипофиза, легко определяются ультраструктурно и представлены крупными округло-полигональными клетками с крупными округлыми ядрами, расположенными эксцентрично. Кариолемма имеет довольно равномерную ширину перинуклеарного пространства, содержит много ядерных пор, значительное число рибосом на наружной мембране у мышей в возрасте около 2-х мес. К 3-му месяцу перинуклеарное пространство умеренно расширяется, местами – значительно, варьирует по ширине, возрастает число ядерных пор и содержание рибосом, которые густо покрывают наружную мембрану. Как правило, ядро содержит в 2 мес. 1-2 ядрышек; они крупные, нередко прилежат к ядерной мембране. Площадь поперечного сечения их составляет 6,02±0,47% от площади сечения ядра. К 3-му месяцу число ядрышек увеличивается, иногда до 5-6 в клетке. В ядрышках хорошо выражен гранулярный компонент, они прилежат к ядерной мембране, в отдельных клетках обнаруживаются кольцевидные ядрышки, появление которых, по данным ряда авторов (Д.С.Саркисова и др., 1981), является свидетельством резкой интенсификации белкового синтеза в клетках. Площадь, занимаемая ядрышками, достоверно увеличивается на 52,99%. Тип расположения органелл в цитоплазме СА сходен в изученных нами