

УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ АЛЬМАНАХ

Том 3, № 4, 2000

Адреса редакції:

91045, м. Луганськ, 50 років
Оборони Луганська, 1

Телефон/факс:

(0642) 53-20-36

rector@lsmu.lg.ua

Телефон:

(0642) 54-85-86

*Літературні редактори
і коректори:*

І.І.Філатова
О.Ф.Власова

*Художній редактор і
комп'ютерний дизайн,
оригінал-макет:*

Каширін В.Г.
Приземіна І.Н.

Засновники:

Міністерство охорони здоров'я
України,
Луганський державний медичний
університет

Журнал зареєстрований в
Міністерстві інформації України
Свідоцтво про реєстрацію
КВ № 3006

Журнал зареєстрований
ВАК України:
"Бюлетень ВАК України"
№3, 1998 р.

Рекомендовано до друку Вченою
радою Луганського державного
медичного університету (протокол
№9 від 07.09.2000 р.)

Підписано до друку 08.09.2000 р.
Формат 60x84,8. Папір писчий.

Тираж 350 прим.
Видавництво ЛДМУ
м. Луганськ

ЗАСНОВАНИЙ У 1998 РОЦІ

Головний редактор :

В.Г.Ковешніков (Луганськ)

Редакційна колегія:

А.А.Бабанін (Сімферопіль), **І.Р.Баріляк** (Київ), **Ю.М.Вовк** (Луганськ) – заступник головного редактора, **Ю.М.Вороненко** (Київ), **Л.Я.Ковальчук** (Тернопіль), **В.І.Лузін** (Луганськ) – відповідальний секретар, **В.М.Мороз** (Вінниця), **В.Я.Плоткін** (Луганськ), **В.В.Поворознюк** (Київ), **М.С.Скрипніков** (Полтава), **В.М.Фролов** (Луганськ)

Редакційна рада:

М.Л.Аряев (Одеса), **Г.Д.Бабенков** (Луганськ), **В.Т.Германов** (Луганськ), **В.К.Івченко** (Луганськ), **С.Є.Казакова** (Луганськ), **І.О.Комаревцева** (Луганськ), **В.Д.Лук'янчук** (Луганськ), **М.П.Павловський** (Львів), **А.М.Петруня** (Луганськ), **В.П.Пішак** (Чернівці), **О.С.Решетнікова** (Луганськ), **Л.Д.Савенко** (Луганськ), **З.М.Трет'якевич** (Луганськ)



Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Постанова Президії ВАК України від 9 червня 1999 р. №1-05/7)

- Николаев Д.А. Комплексная профилактика осложнений раннего послеоперационного периода после абдоминального родоразрешения 157 Nikolaev D.A. Complex preventive of complications of the early postoperative period after cesarian section
- Николайчук В.В., Григурко І.О. Ускладнення після вакцинації та ревакцинації БЦЖ у дітей віницької області. 159 Nikolaichuk V.V., Grygurko I.O. Complications after vaccination and revaccination BCG in children of Vinnitsa region diseases.
- Осипова Т.Ф. Клинические особенности и иммунные сдвиги при гнойном менингите у новорожденных детей. 160 Osipova T. Clinical peculiarities and immune displacements attached to festering meningitis in new-born children
- Падалка І.О., Амосова Л.І., Старіщина Н.Г. Обґрунтування диференційованого підходу до проведення екзогенної фторпрофілактики карієсу у школярів, які мешкають в зоні ендемічного флюорозу. 162 Padalka I.O., Amosova L.I., Staritsina N.G. Substantiation of differential approach to the realization of exogenous fluorine prophylaxis among the schoolchildren who live in the zone of endemic fluorosis.
- Петруня А.М., Петренко Н.О., Степаненко Г.В. Клиническая эффективность амизона в комплексной терапии больных герпетическими кератитами. 164 Petrunya A.M., Petrenko N.O., Stepanenko G.V. Clinical efficiency amizone in complex therapy of the patients by herpetic keratitis
- Пикалюк В.С., Лавринюк В.Є. Особливості впливу продуктів термодеструкції поліетилену на організм робітниць виробничої сфери. 166 Пикалюк В.С., Лавринюк В.Є. Особливості впливання продуктів термодеструкції поліетилену на організм робітниць производственной сфери.
- Писаренко О.А., Король М.Д. Фізико-механічні властивості базисного полімеру «Фторакс» в залежності від типу полімеризації та армуючих елементів. 169 Pisarenko O.A., Korol M.D. Physics-mechanical peculiarities of basis polymer «Фторакс» in dependence on polymerization type of reinforcing elements
- Пішак В.П., Ушенко О.Г., Пішак О.В. Дослідження динаміки патологічних змін дисперсії та контрасту когерентних зображень кісткової тканини. 170 Pishak V.P., Ushenko A.I., Pishak O.V. Investigations of the dynamics of pathologic changes of dispersion and contrast of coherent images of the osseous tissue.
- Пловецька І.А. Захворюваність з тимчасовою непрацездатністю робочих фарфорової промисловості 173 Plovetskaya I. Morbidity with temporal disablement work porcelain industry
- Поворознюк В.В., Шеремет О.Б. Сравнительная оценка влияния изометрической гимнастики и гимнастики бадуаньзин на тонус вегетативной нервной системы больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника старших возрастных групп. 175 Povoroznjuk V.V., Sheremet O.B. Comparative evaluation of influence isometric gymnastics and baduantzin on the tonus of the autonomic nervous system elderly patients with neck osteochondrosis.
- Разумный Р.В. Методика эндобронхиальной пристеночной компьютерной рН-метрии 177 Rasumnyy R.V. Technique of endobronchial computers walling pH-measuring.
- Родин С.С. Релаксирующие ретиномии в хирургическом лечении пролиферативной витреоретинопатии 179 Rodin S. S. Relaxing retinotomies in surgical treatment of proliferative vitreoretinopathy
- Рябуч Н.М. Виртуальная модель некроза мышцы сердца (прогнозирование исходов) 181 Ryabuch N.M. Virtual for necrosis model of cardiac muscle (prognostication of ends).
- Сарвир И.Н. Об исследовании тревожных состояний с помощью анкеты выраженности страха 182 Sarvir I.N. About research of anxiety states with the questionnaire of an expressiveness of fear.
- Семенова О.А., Авдусенко Л.А. Изменение микрофлоры полости рта у протезоносителей. 183 Semenova O.A., Avdusenko L.A. The state of oral cavity microflora when using dentures of various construction.
- Семисалов С.Я., Семенова Т.В. Краткосрочный прогноз развития острой черепно-мозговой травмы у взрослого населения г.Донецка. 184 Semisalov S.Y., Semyonova T.V. Short-term prognosis of acute skull injury development of adult population in Donetsk.
- Слабкий Г.А. Здоровье населения городов как важнейшее условие реорганизации системы городского здравоохранения. 187 Slabky G.A. Health of urban population as the most important prerequisite for reorganization of health service in cities.
- Слабухина В.А. Иммунологична реактивність організму у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, хворих на генералізований пародонтит. 189 Slabuhina V.A. Immunologic reactivity of the organism in liquidators of Chernobyl APS catastrophe consequences who suffer from generalized parodontitis.
- Сливка Ю.І. Зміни систолічної і діастолічної функції серця у хворих на іше в процесі розвантажувально-дієтичної терапії. 191 Slyvka Yu.I. Changes of systolic and dyastolic heart functions in ischemic heart disease patients during long term fasting.
- Смирнов С.Н. Тканеспецифическое ингибирование процессов пролиферации гепатоцитов крыс первого месяца жизни 193 Smirnoff S.N. Tissue specific inhibition of processes rat's hepatocytes proliferation in first moun live
- Сорохан В.Д., Ахтемійчук Ю.Т. Особливості хірургічної анатомії внутрішньої клубової артерії та їх практичне значення 195 Sorokhan V.D., Akhtemijchuk Yu.T. Peculiarities of Surgical Anatomy of the Internal Iliac Artery and their Practical Importance

5. Романов Ю.А., Торшина И.Г. Хронобиология пролиферативной и кейлонной систем в эпителии пищевода // Биология репродукции клеток. - Москва, 1994. - С. 5-32.
6. Смирнов С.М. Роль кейлонів у регуляції поділу гепатоцитів у ранньому постнатальному онтогенезі // Український медичний альманах. - 1999. - т. 2, № 1. - С. 133 - 137.
7. Шабалин И.П., Захаров В.Б., Крицкий А.М., Мамонтов С.Г. Соотношение количества ДНК и гистонов в интактной и регенерирующей печени крысы после введения тканеспецифических ингибиторов пролиферации // Биология репродукции клеток. - Москва, 1994. - С. 123-126.
8. Bullough W.S. Mitotic and Functional homeostasis: A speculative review // Cancer Res. - 1965. - V.25, № 10. - P. 1683-1727.
9. Drevinko B., Mars W., Stragand J. et al. Growth kinetics, clonogenic capacity, chalone production, xenogenic transplantation and response to melphalan // Cancer. - 1984. - V. 54. - P. 1893-1903.

10. Koburg E., Maurer W. Autoradiographische Untersuchung mit (H3) Thymidine über die Dauer der Dauer Deoxyribonukleinsäure Synthese und ihren Zeitlichen Verlauf bei den Darmepitelien und anderen Zeltypen der mous // Biochim. Biophys. Acta. - 1962. - V.62, No 2. - P.229-242.
11. Iversen O.H. The effect of epidermal G₂ chalone of the mitotic duration in nude mouse epidermis in transplanted squamous cell carcinoma // Virhow's Arch.: Abt. B: Zell Pathol. - 1978. - Bd. 28, № 3. - P.271-277.
12. Marks F. A tissue-specific factor inhibiting DNA Synthesis in mouse epidermis // Natl. Cancer. Inst. Monogr. - 1973. - V.38. - P. 79-90.
13. Thornley A.L., Laurence E.B. Chalone regulation of the epidermal cell cycle // Experient. - 1975. - V. 31., № 8. - P. 1024-1026.
14. Temin H.M. Stimulation by Serum of multiplication of stationary chicken cells // J. Cell Physiol. - 1971. - V. 77. - P. 161-170.

Смирнов С.Н. Тканеспецифическое ингибирование процессов пролиферации гепатоцитов крысы первого месяца жизни // Украинский медицинский альманах. - 2000. - Том 3, №4. - С.193-195.

Изучали влияние тканеспецифических ингибиторов клеточного деления на пролиферацию гепатоцитов крысы первого месяца жизни. Использовали радиоавтографический и статмокинетический методы оценки. Установили, что процессы деления клеток печени находятся под контролем тканеспецифических ингибиторов пролиферации. Кейлонная регуляция деления гепатоцитов имеет определенные онтогенетические особенности. С возрастом изменяются продолжительность и выраженность ингибирования ДНК-синтетической и митотической активности.

Smirnoff S.N. Tissue specific inhibition of processes rat's hepatocytes proliferation in first month live // Украинский медицинский альманах. - 2000. - Том 3, №4. - С.193-195.

Influence of tissue specific inhibitors of cell division by hepatocytes proliferation studied during of first month lives. Used autoradiographic method and method of mitotic bloc. Have placed that the processes of cells division in the liver are under the control tissue specific inhibitors. Ontogenesis singularity of chalones regulation hepatocytes division has determined. Duration and intensity inhibition DNA-synthetic and mitotic activity effects are vary with age.

УДК. 611.137.83:616-089

© Сорохан В.Д., Ахтемійчук Ю.Т., 2000

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ВНУТРІШНЬОЇ КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ ТА ЇХ ПРАКТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

Сорохан В.Д., Ахтемійчук Ю.Т.

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. - доц. Ахтемійчук Ю.Т.)

Буковинська державна медична академія

Ключові слова: внутрішня клубова артерія, анатомія.

Внутрішня клубова артерія є головною великою судиною, що живить всі органи малого таза і промежини. Вона досить варіабельна як за типом галуження, довжиною, так і за діаметром. За даними різних авторів [13,15], довжина її у дорослих коливається від 0,2 до 7,6 см і залежить від типу ділення спільної клубової артерії.

Згідно з результатами досліджень П.М.Желобцова [11], при магістральному типі ділення спільної клубової артерії на рівні крижово-клубового суглоба довжина внутрішньої клубової артерії виявилася дуже короткою (1 см) і, навпаки, при розсіпному типі галуження спільної клубової артерії на рівні V поперекового хребця довжина її становить у дорослих: справа - 3,48±0,09 см, а зліва - 3,44±0,08 см. Незважаючи на порівняно незначну довжину внутрішньої клубової артерії, її діаметр достатньо мілкий. Названий автор [11] виявив поступове збільшення діаметра артерії на трьох рівнях: від її початку і до ділення на гілки. Так, діаметр початкового сегмента внутрішньої клубової артерії дорівнює справа - 8,43±0,09 мм, зліва - 8,41±0,09 мм, середнього сегмента - справа - 8,59±0,09 мм, а зліва - 8,53±0,02 мм; в ділянці біфуркації діаметр її справа дорівнює 11,53±0,14 мм, а зліва - 11,57±0,17 мм. У 2/3 випадків внутрішня клубова артерія ділиться на дві гілки (передню і задню) - магістральний тип галуження, в решті випадків - на три гілки (розсіпний тип галуження). Кінцеві гілки внутрішньої клубової артерії широко анастомозують з гілками черевної частини

аорти та зовнішньої клубової артерії, утворюючи колатеральні шляхи кровообігу [1].

Анастомози між гілками внутрішньої клубової, нижньої брижової та ниркової артерій володіють певною анатомо-фізіологічною достатністю вже до моменту народження, що забезпечує життєздатність органів і кісток таза при оклюзії даних судин [17].

Відомо [7], що основними шляхами окольного кровообігу на тулубі і кінцівках є м'язові судинні анастомози і колатералі, які при оклюзії головних джерел кровопостачання проявляють велику компенсаторну здатність до відновлення порушеної циркуляції.

В ряді досліджень [1,2,4,5,6,10] доведено, що в людини артеріальні анастомози сідничної ділянки і стегна, які беруть участь у відновленні кровообігу в судинному руслі таза, утворюються переважно гілками внутрішньої клубової артерії (верхня і нижня сідничні, затульна, соромітна артерії) і периферичними гілками глибокої артерії стегна (поверхнева і глибока гілки присередньої артерії, огинаючої стегнову кістку та пронизні артерії). Між ними виявлено 39 варіантів анастомозів, з-поміж яких спостерігаються постійні та непостійні.

Головні джерела розвитку окольних шляхів кровообігу є артерії м'язів таза, стегна, передньобочкової стінки живота і органів таза [16,22,30]. Цей анатомічний факт спонукав ряд дослідників [12,14,20] працюва-

ти над можливістю прискорення формування коллатеральних шляхів кровообігу з допомогою ультразвуку, УВЧ, електростимуляції, грязевих аплікацій, сонячних ванн тощо.

Завдяки названим особливостям будови артеріального русла стало можливим виконувати одно- та двобічне перев'язування внутрішньої клубової артерії в клінічних умовах [17]. За даними В.Н.Буценко [3], відносними показаннями до перев'язування внутрішніх клубових артерій є передопераційна підготовка хворих з приводу раку прямої кишки (перед екстирпацією прямої кишки), новоутворень сечового міхура (наявність тотальної макрогематурії до операції, при великих розмірах новоутворень і локалізації їх в ділянці сечоміхурового трикутника); аденоми і раку передміхурової залози (великі розміри аденоми, порушення згортання крові, поєднання аденоми передміхурової залози з пухлинами сечового міхура). Застосування даної маніпуляції дозволяє зменшити величину крововтрати, забезпечити сухе операційне поле та скоротити тривалість операції на органах малого таза.

Значно ширший діапазон абсолютних показань до одно- та двобічного перев'язування внутрішньої клубової артерії. Його застосовують при кровотечі, викликаній новоутвореннями сечового міхура, матки, передміхурової залози, прямої кишки [8]; масивних екстраперитонеальних кровотечах при множинних переломах кісток таза [25]; післяпологових маткових та піхвових кровотечах [26]; масивних посттравматичних уретральних кровотечах [19]; пораненнях і травматичних аневризмах сідничних артерій [18,23,32].

Одним з актуальних питань судинної хірургії є вибір матеріалу для пластики судин [9], зокрема середнього і малого діаметра [27]. З цією метою на сьогоднішній день запропоновані різні матеріали, але найчастіше використовують автовену. Однак гістологічні дослідження автовенозного трансплантата у віддалені терміни після операції показують, що він може піддаватись сполучнотканинному переродженню, що в свою чергу призводить до деформації реконструйованої судини з наступним її тромбозом [23].

Використання пластмасових протезів дає найкращі результати лише при пластиці судин великого діаметра (аорта, спільні клубові артерії). Застосування їх для протезування судин меншого діаметра (підколіній, ни-

ркові артерії) невиправдане, оскільки прохідність судинних протезів малого діаметра у віддалені терміни після імплантації залишається незадовільною [23]. При низьких об'ємних швидкостях кровообігу, вони схильні до тромбоутворення і не можуть конкурувати з автовенами. Водночас автовени в 25-30% випадків не застосовуються, як через особливості їх анатомічної будови [29], так і через використання їх в попередніх операціях [27].

А.В.Покровский і др. [24] вивчили можливість використання біотрансплантатів. З цією метою вони застосовують ксеноартерії, автоартерії, вени пупкового канатика та різні комбінації цих пластичних матеріалів. Названі біотрансплантати пропонуються використовувати у випадках відсутності автовени.

В.Е.Вольгушев [21] запропонував після визначення ділянки ураженої судини виготовляти судинний авто-трансплантат необхідної конфігурації з барієвого фериту з наступним зануренням змонтованої заготовки в підшкірну клітковину пацієнта на 21-29 днів до утворення навколо неї тришарової капсули. Після видалення з підшкірної клітковини і звільнення від заготовки капсулу використовують для заміни ураженої судини. Спосіб дозволяє знизити ризик тромбоутворення, інфікування і відторгнення, а також запобігти розвитку деструктивних процесів у стінці трансплантата.

За твердженням Б.В.Петровського і др. [23], ідеальним матеріалом для пластики уражених артерій є власні артерії хворого. А.А.Шалимов, Н.Ф.Дрюк [31] вважають, що автотрансплантація артерій з точки зору біологічної сумісності і властивостей судинної стінки є оптимальним методом, але його використовують дуже рідко, що зумовлено відсутністю трансплантата потрібної довжини та діаметра.

Таким чином, особливості топографічної анатомії внутрішньої клубової артерії поряд з достатнім коллатеральним кровообігом малого таза мають важливе значення для хірургічної практики. Зважаючи на актуальність пластики артеріальних судин середнього діаметра, цілком закономірно постає питання: як часто можна використовувати внутрішню клубову артерію як авто-трансплантат в ангіохірургічній практиці? Отже, питання щодо вивчення топографо-анатомічних особливостей внутрішньої клубової артерії з метою можливої автоартеріопластики потребує подальшої розробки.

ЛІТЕРАТУРА:

- Архипович А.А. К учению о коллатеральном кровообращении. Анатомия коллатералей в системе подчревной артерии. Автореф. дис... канд. мед. наук. - К., 1958. - 16 с.
- Архипович А.А. Про обхідний кровообіг в органах малого таза // Педіатрія, акушерство і гінекологія. - 1957. - №4. - С. 55-57.
- Буценко В.Н., Завгородній Л.Г., Серняк П.С., Ярошак В.В. Двустороння перев'язка внутрішніх подвздошних артерій в хірургії органів малого таза // Клин. хірургія. - 1986. - №2. - С. 19-21.
- Гончаренко Е.И. Об участии артерий мочеочников в околном кровоснабжении таза // Морфогенез и регенерация. - К.: Здоров'я, 1973. - №5. - С. 130-134.
- Гончаренко Е. И. Об участии артерий органов таза в компенсации нарушенного кровотока в экспериментах с одномоментным выключением каудальной отдела брюшной аорты // VII Укр. респ. конф. анат., гистол. и эмбриол. - Харьков, 1976. - С. 28.
- Гончаренко Е.И. О развитии окольных путей после выключения подчревной и каудальной брыжеечной артерии у собак // Арх. анат. - 1959. - №11. - С. 103-107.
- Гончаренко Е.И. Пластические свойства артерий мышц таза // Тез. VIII Всесоюз. съезда анат., гистол. и эмбриол. - Ташкент: Медицина, 1974. - С. 103.
- Гранов А.М., Анисимов В.Н., Гринвальд В.А. и др. Рентгеноваскулярная окклюзия и перевязка внутренних подвздошных артерий при кровоизлиянии опухолей мочевого пузыря // Вестн. хирургии им И.И.Грекова. - 1985. - №8. - С. 51-55.
- Гудз І.М. Реконструкція першого сегмента підколіній артерії: шунтування чи тромбоектаріектомія? // Буковинський медичний вісник. - 2000. - Т.4, №2. - С. 54-58.
- Долго-Сабуров Б.А. Очерки функциональной анатомии кровеносных сосудов. - Л.: Медгиз, 1961. - 436 с.
- Желобцов П.М. Топография аортоподвздошного фрагмента и подвздошного конfluence у человека // Арх. анат. - 1986. - №9 - С. 45-49.
- Исупова Н.В. Влияние ультразвука на образование артериальных и лимфатических коллатералей тазовых конечностей крыс // Арх. анат. - 1975. - №10. - С. 98-105.
- Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека. - М.: Медицина, 1974. - 511 с.
- Куликов Ю.А., Ибрагимов Ф.И. Морфофункциональная оценка достаточности окольных путей и некоторые методы стимуляции восстановления нарушенного кровообращения // Тез. VIII Всесоюз. съезда анат., гистол. и эмбриол. - Ташкент: Медицина, 1974. - С. 213.
- Лубоцкий Д.Н. Основы топографической анатомии. - М.: Медгиз, 1953. - 360 с.
- Мельман Е.П. Об особенностях компенсации нарушенного кровотока в сосудистом бассейне таза // Арх. анат. - 1959. - №11. - С. 75-83.
- Минеев К.П. Клинико-морфологические аспекты перевязки сосудов таза. - Свердловск: Изд. Урал. ун-та, 1990. - 180 с.
- Мусиенко В.Д., Ярущенко Е.И. Травматическая аневризма верхней ягодичной артерии // Вестн. хирургии им И.И.Грекова. - 1976. - №11. - С. 85.
- Папазов Ф.К., Гуревич М.Н., Ткаченко С.В. Остановка кровотечения из уретры перевязкой внутренних подвздошных артерий // Клин. хірургія. - 1982. - №12. - С. 38-39.
- Пас Армандо Идальго. Развитие артериальных и лимфатических коллатералей под воздействием магнитного поля УВЧ // Арх. анат. - 1975. - №10. - С. 105-111.
- Пат. 2058122 Россия, МКИ6 А61F 2/00, А61В 17/12. Способ хирургической коррекции окклюзионных поражений сосудов /

Вольгушев В.Е. - №5029045/14; Заявл. 24.02.92; Опубл. 20.04.96, Бюл. №11.
 22. Перфильева И.Ф. Изменение внутрикостного кровяного давления в тазовых костях при острой окклюзии артерий таза // Хирургия. - 1971. - №2. - С. 16-18.
 23. Петровский Б.В., Князев М.Д., Кротовский Г.С. Автотрансплантация глубокой артерии бедра // Хирургия. - 1971. - №2. - С. 19-23.
 24. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В., Грязнов О.Г. Применение биологических трансплантатов в бедренно-подколенно-берцовой позиции // Ангиолог. и сосуд. хирургия. - 1996. - №3. - С. 91-100.
 25. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндовазкулярная хирургия. - М.: Медицина, 1987. - 414 с.
 26. Рембез И.Н., Клинская Т.П. Перевязка магистральных артерий малого таза с целью остановки кровотечения. - Ужгород, 1964. - 134 с.

27. Сандер С.В. Прямая реваскуляризация при хроничній ішемії нижніх кінцівок // Клін. хірургія. - 1998. - №7. - С. 47-50.
 28. Седов В.М., Гусинский А.В., Андреев В.М. Перспективы использования сосудистых протезов с предварительным эндотелиальным покрытием // Вестн. хирургии им И.И.Грекова. - 1999. - №5. - С. 89-98.
 29. Тапрыбердиев М.О. Замещение инфицированной ветви сосудистого протеза участком поверхностной бедренной артерии // Вестн. хирургии им И.И.Грекова. - 1996. - №6. - С. 90.
 30. Тихонова Л.В., Новиков Ю.Г., Зарудин В.В. Роль адаптационных структур пупочных артерий в регуляции кровотока в системе внутренней подвздошной артерии // Арх. анат. - 1988. - №9. - С. 35-39.
 31. Шалимов А.А., Дрюк Н.Ф. Хирургия аорты и магистральных артерий. - К.: Здоров'я, 1979. - 382 с.
 32. Шор Н.А. Ранения ягодичных артерий в мирное время // Вестн. хирургии им И.И.Грекова. - 1981. - №9. - С. 78-82.

Сорохан В.Д., Ахтемійчук Ю.Т. Особенности хирургической анатомии подвздошной артерии и их практическое значение // Український медичний альманах. - 2000. - Том 3, №4. - С.195-197.

В обзоре приводится анатомическая характеристика внутренней подвздошной артерии и ее значение для практической медицины. Обосновывается потребность в дальнейшем изучении топографической анатомии артерии с целью возможного ее использования для пластики сосудов.

Ключевые слова: внутренняя подвздошная артерия, анатомия.

Sorokhan V.D., Akhtemijchuk Yu.T. Peculiarities of Surgical Anatomy of the Internal Iliac Artery and their Practical Importance // Український медичний альманах. - 2000. - Том 3, №4. - С.195-197.

The review deals with the anatomical characteristic of the internal iliac artery and its significance for practical medicine. The need for further research of the topographic anatomy of the artery with the aim of its possible use for angioplasty is substantiated.

Key words: internal iliac artery, anatomy.

УДК 616.36 – 0022 – 008853
 © Танько О.П., 2000

ІМУНОЛОГІЧНІ ТА ІМУНОМОРФОЛОГІЧНІ ЗІСТАВЛЕННЯ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

Танько О.П.

*Кафедра акушерства і гінекології №1 (зав. - проф. Грищенко В.І.)
 Харківський державний медичний університет*

Ключові слова: вагітність, захворювання гепатобіліарної системи, імунітет, імуноморфологія плаценти.

В організмі дорослої людини печінка не є імунокомпетентним органом, але її багатоконпонентні функції суттєво впливають на імунологічну реактивність організму. В останні часи отримані певні докази патогенетичної ролі сенсibiliзованих лімфоцитів, антитіл та імуних комплексів, що дозволило обґрунтувати аутоалергічну (імунопатологічну) концепцію патогенезу більшості гострих та хронічних захворювань печінки [1].

Відомо, що імунна система відіграє суттєву роль в регенерації патологічних змін у печінці. Таким чином, імунні механізми приймають участь як у деструктивних, так і в регенераторних процесах у печінці, одже у зниженні або відновленні її функцій [1,2,3,6].

На підставі проведених досліджень встановлено, що у вагітних з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи результатом спотвореної імунної відповіді є порушення продукції блокуючих антитіл, в відсутності яких тканини трофобласту підлягають дії цитотоксичних лімфоцитів та антитіл. Внаслідок антигенної подібності тканин базальної мембрани плаценти і печінки цитотоксичні антитіла можуть діяти при перехрестному реагуванні як антиорганні. Виникає порочне коло, в основі якого лежать імунологічні взаємовідносини між матір'ю та плодом. Порушується проникливість матково-плацентарного бар'єру, що створює, з однієї сторони, умови для вільного проходження клітинних та субклітинних елементів плода у кровотоку матері, а з другого – для посиленої міграції лімфоцитів матері, сприяючи пошкодженню плода. Цитотоксичні антитіла діють внаслідок перехрестного реагування проти гепатоцитів як

аутоантитіла, призводячи до їх деструктивних змін та посилюючи тяжкість основного захворювання [4,7].

Враховуючи вищезазване, метою дослідження стало порівняння імунологічних показників з даними імуноморфології плацент у жінок з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи.

Методи і матеріали. Обстежено 152 вагітні жінки, що були розподілені на клінічні групи. Першу групу (контрольну) склали здорові та практично здорові вагітні з фізіологічним перебігом гестаційного процесу (30 спостережень), що знаходились під наглядом жіночої консультації. У другу клінічну групу увійшли 122 вагітні жінки у термінах вагітності від 15 до 40 тижнів (II і III триместр вагітності) з хронічними захворюваннями печінки та жовчовиводячих шляхів. Спектр захворювань гепатобіліарної системи включав хронічний вірусний гепатит В, хронічний реактивний гепатит, хронічний токсичний гепатит та хронічний гепатит криптогенної етіології. За ступенем важкості перебіг захворювання характеризувався мінімальною активністю патологічного процесу. Діагноз вірусного гепатиту В був підтверджений виділенням антигенних маркерів і антитіл до вірусу гепатиту В, а також відсутністю лабораторних маркерів інших вірусних гепатитів при термінах захворювання від 6 місяців та більше.

Для вивчення імунологічних показників у сироватці крові проводили тести першого та другого порядку, характеризуючі основні показники клітинної та гуморальної ланок імунітету та стан фагоцитуючих клітин. Клітинні показники імунітету (вміст Т- та В – лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів/індукторів та Т-супресорів/кілерів)