

фостаза, отек соединительной ткани и прилегающей жировой клетчатки. На 10 сутки запыления в СО бронхов и трахеи обнаруживались дистрофические изменения в эпителии, воспалительная круглоклеточная инфильтрация подслизистой основы, гиперплазия желез с гиперпродукцией слизи, отек адвентиции. Частицы угольной пыли в большем количестве, чем в предыдущие сроки, обнаружены в просветах бронхиол и бронхов, в клетках альвеолярного эпителия, местами внеклеточно в стро-ме, на фоне диффузной лимфоидной инфильтрации. В легких крыс на 10 сутки после запыления нарастало расширение просвета бронхиол и повреждение СО бронхов и бронхиол, отмечалась картина бронхиолита и бронхита с десквамацией эпителия и выраженной лимфоидной инфильтрацией. Через месяц после запыления в СО главных бронхов и трахеи лимфатические капилляры резко расширены, нарастала степень воспалительной инфильтрации, особенно – очаговой, в местах расположения лимфоидных узелков, образовались новые лимфоидные скопления вокруг артериол и бронхиол. В СО трахеи крыс через месяц после запыления отмечалось обильное разрастание коллагеновых волокон. После запыления крыс в течение 2 месяцев эпителиоциты трахеи и бронхов большей частью десквамированы, базальные мембраны утолщены и уплотнены. В СО трахеи и бронхов – картина хронического воспаления с неравномерной толщиной покровного эпителия. Установлено, что при воздействии пыли на СО дыхательных путей характерные изменения возникают во всех звеньях внутриорганного лимфатического русла: нарушаются межклеточные контакты, фрагментируются и стираются межклеточные границы, эндотелий гомогенизируется, появляются глыбки распада в цитоплазме. Это приводит к нарушению проницаемости лимфатических капилляров и сосудов, обтурации их и лимфостазу и является одним из факторов развития склеротических изменений в СО дыхательных путей. Склероз СО вызывает атрофические и деструктивные изменения во внутриорганном лимфатическом русле и в иммунных структурах органов дыхания, что приводит к нарушению их барьерной и дренажной функций.

ВНУТРИОРГАННОЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЕ РУСЛО ГОРТАНИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗЕ И КОНИОТУБЕРКУЛЕЗЕ

Т.В.Семенова, И.В.Жук, Л.И.Хламанова, Д.В.Сироид
Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Внутриорганное лимфатическое русло гортани (Гр) при пневмокониозе изучено на 118, при кониотуберкулезе – на 32 трупах шахтеров. Препараты изучались комплексом методик: макроскопической, гистологической и морфометрической с математическим анализом. Лимфатические сосуды инъецировались суспензией синей масляной краски (Герота) и 1% раствором нитрата серебра для изучения эндотелия. Изме-

нения внутриорганного лимфатического русла слизистой оболочки Гр при пневмокониозе и кониотуберкулезе у шахтеров сопоставлялось со стажем работы в шахте. При продолжительности подземных работ от 5 до 10 лет выявлены пылевые бронхиты и бронхоэктазы, у части шахтеров наблюдались более глубокие поражения легких, причем антракосиликоз возникал при стаже 7-8 лет. При стаже работы 5-10 лет в верхних отделах преддверия Гр лимфатические капилляры поверхностной сети были сужены, появлялись признаки редукции, чаще встречались капилляры диаметром 0,15-0,25 мм. При пневмокониозах петли поверхностной сети лимфатических капилляров были деформированы, незамкнуты. Во всех случаях наблюдались значительные изменения и в глубокой сети слизистой оболочки Гр. Петли глубокой сети также были незамкнуты, стенки капилляров деформированы и на них имелись многочисленные слепые выросты, чаще шиповидной формы. Особенно глубокие изменения лимфатических капилляров глубокой сети наблюдались в органах, взятых от трупов людей, умерших от антракосиликоза, антракосиликотуберкулеза и кониотуберкулеза. В этих случаях разрывы петель глубокой сети наблюдались от единичных до множественных. Стенки некоторых капилляров были неровными, зубчатыми, приобретали лакунарные расширения. При гистологическом исследовании всегда обнаруживались выраженные признаки воспаления с круглоклеточной инфильтрацией в местах расположения лимфоэпителиальных лимфоидных узелков в подэпителиальном слое, либо выраженная коллагенизация. При пневмокониозе и кониотуберкулезе изменения во внутриорганном лимфатическом русле слизистой оболочки Гр находились в прямой зависимости от формы пневмокониоза, возраста шахтеров, стажа подземной работы и длительности заболевания. Во всех случаях смешанных форм пневмокониозов (антракосиликоз и, особенно, антракосиликотуберкулез) деструктивные изменения во внутриорганной поверхностной сети лимфатических капилляров развивались сравнительно рано, уже при стаже 5-8 лет работы в шахте. При стаже подземных работ свыше 20-25 лет поверхностная сеть лимфатических капилляров практически не выявлялась. Степень выраженности описанных изменений в лимфатическом русле увеличивалась от верхних отделов Гр к нижним.

ЗАДНЯ ЕВІСЦЕРАЦІЯ ТАЗА ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Р.В.Сенютович

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У 1990-2005 роках нами виконано 11 поєднаних екстирпаций матки з додатками та прямої кишки. З приводу раку шийки та тіла матки оперовано 3 осіб, раку прямої кишки – 8. У 3 пацієнтів операції поєднувалися з частковою, суцільною або резекцією м'язового шару

сечового міхура. Для вирішення питання операбельності при пухлинах таза необхідна ревізійна мобілізація з виділенням спільних і внутрішніх клубових судин та сечовода аж до його впадання в сечовий міхур. У 4-х випадках проведена “тунелізація” сечоводів з пухлини. Операцій слід уникати при ожирінні II-III ступеня. Пересікати круглу та лійко-тазову зв’язки матки обов’язково до початку ревізійної мобілізації, у 3-х випадках проведена розширена тазова лімфаденектомія. Відсікання матки від піхви до початку евісцерації утруднює подальше анатомічне орієнтування. У 2-х випадках перев’язували внутрішні клубові артерії з метою запобігання кровотечам. Маткові артерії слід пересікати вище і латеральніше сечоводів. До початку тазової евісцерації доцільно пересікати сигмоподібну ободову кишку. У малий таз після евісцерації опускаємо пасмо великого сальника. Порожнина малого таза перитонізована в 5-ти випадках. На м’язи тазового дна з боку промежини накладаємо 2 ряди швів. Таз дренуємо через куску піхви. Летальних випадків не спостерігали. У 2 хворих промежинна рана нагноїлася.

АНАТОМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИЧЕЗНИХ ЗАОЧЕРЕВИННИХ ПУХЛИН

Р.В.Сешотович, В.П.Унгурян

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Нами розроблена така послідовність технічних прийомів для видалення заочеревинних ліпосарком величезних розмірів. 1. Парактальний доступ доповнюємо косим підреберним. 2. Розсікаємо XII ребро без розтину плевральної порожнини. 3. Виділяємо дистальну частину сечовода нижче пухлини, низхідну частину дванадцятипалої кишки, нижню порожнисту вену аж до діафрагми (якщо пухлина розташована справа), ниркову вену біля нижньої порожнистої вени. 4. Мобілізуємо і зміщуємо медіально висхідну (або низхідну) ободову кишку, мобілізуємо правий (лівий) кут ободової кишки. 5. При лівобічній пухлині мобілізуємо хвіст і тіло підшлункової залози, накладаємо провізорну лігатуру на селезінкову артерію. 6. До початку видалення пухлини обов’язково перев’язуємо двома лігатурами ниркову артерію. Головним технічним прийомом є поетапне накладання на дистальну частину пухлини наскрізних гемостатичних лігатур і поетапне відсікання пухлини з опусканням її залишку в середні відділи черевної порожнини з-під діафрагмального простору. 7. Надзвичайно важливо визначити можливість видалення пухлини до пересікання сечовода та ниркової ніжки. 8. Пухлину можна видалити інтракапсулярно позаочеревинно, однак жирову клітковину забирають до м’язів задньобічної стінки живота. Критерієм «радикальності» операції є видалення клітковини правої чи лівої половини живота, мобілізація магістральних судин – аорти, нижньої порожнистої вени, клубових судин. За останні 5 років нами видалені величезні за-

очеревинні пухлини у 13 осіб, 12 – з нефректомією. В однієї хворої сечовід пересадили в кукусу прямої кишки. В однієї пацієнтки провели додаткову резекцію низхідної частини дванадцятипалої кишки з резекцією нижньої порожнистої вени. Інтраопераційні кровотечі спостерігали у двох хворих. Один хворий помер від кровотечі під час операції (видаляли рецидивну ліпосаркому методом “вичерпування” без наведених технічних прийомів). При застосуванні описаних прийомів ускладнень не було, середня тривалість операцій становила понад 5 годин.

ШЛЯХИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДІВ У СИСТЕМІ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД

Я.Я.Сікорин

Івано-Франківський державний медичний університет

Мета дослідження – вивчити шляхи поширення внутрішньоутробних інфекцій в системі мати-плацента-плід та їх співвідношення. Вивчені матеріали 27 протоколів розтинів дітей, які померли від внутрішньоутробної інфекції та індивідуальні карти вагітних матерів. У 13 випадках вагітні хворіли урогенітальними інфекціями переважно змішаної етіології, а це вказує на можливий висхідний шлях поширення інфекції. У 4 випадках внутрішньоутробної загибелі плодів у вагітних діагностувалися хронічні аднексити, сальпінгіти, що вказує на низхідний шлях розповсюдження інфекції. У 8 летальних випадках вагітні жінки хворіли екстрагенітальними інфекціями або перенесли запальні захворювання різного генезу, а це розглядається як гематогенний шлях інфікування. В окремій групі з 2 випадків інфекційний фактор з боку матері не спостерігався або не підтвердився і трактується як контактний шлях попадання збудника. Отже, при внутрішньоутробному зараженні плодів та новонароджених переважає висхідний шлях поширення збудників, а це вказує на велику кількість інфекційної урогенітальної патології. На другому місці – гематогенний шлях попадання збудника, на третьому – низхідний шлях розповсюдження, що говорить про хронічні неліковані інфекції додатків матки. Контактний шлях вказує на інтранатальне інфікування. Показники ризику вертикальної передачі інфекційного збудника в системі мати-плацента-плід слід брати до уваги при патоморфологічному підтверженні діагнозу внутрішньоутробної інфекції плодів і новонароджених.

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ СУДИННОГО РУСЛА МАТКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЯЄЧНИКАХ

Т.М.Сіліна, Н.К.Сіліна, Н.О.Скачкова

Запорізький державний медичний університет

Об’єктом дослідження були шматочки 30 маток фолікулонізованих самок щурів лінії Вістар статевозрілого віку, які зазнали однієї з оваріоектомії. Тривалість спостереження – від 10 до 180 діб. Зрізи фарбували гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за методом