

ются к контролю, наблюдается нормализация относительной микровязкости липидного бислоя и зон белок – липидных контактов близки мембран эритроцитов. Кроме того, установлено повышение на 38% эффективности безызлучательного переноса энергии электронного возбуждения с триптофановых остатков мембранных белков на пирен по сравнению с ГБО и приближение данного показателя к контролю. Проведение СКЭНАР–воздействия приводит к снижению полярности липидной фазы и зон белок – липидных контактов, что может способствовать стабилизации гидрофобного бислоя мембран эритроцитов крыс. Таким образом, можно заключить, что проведение курса СКЭНАР–воздействия животным, подвергнутым оксидативному стрессу, позитивно сказывается на динамике про- и антиоксидантного равновесия в организме. Наблюдается снижение уровня ДК в плазме крови и нормализация уровня ШО в мембранах эритроцитов. Повышается активность СОД у интактных животных и частично восстанавливается синергизм работы АО ферментов после ГБО. Происходит нормализация стабильности и структурного состояния эритроцитарных мембран. Следовательно, СКЭНАР–воздействие обладает выраженным антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием и является новым способом коррекции окислительного-восстановительного гомеостаза.

МЕСТО ПРОГРАММИРОВАННЫХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Мизиев И.А., Ахкубеков Р.А.
*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

Перитонит – это одно из наиболее частых и тяжелых заболеваний в брюшной хирургии.

Целью работы было оценить эффективность программированных санаций брюшной полости в лечении распространенного перитонита различной этиологии, разработать показания к наложению лапарастомии, изучить возможные осложнения ее.

Программированная лапарастомия была выполнена у 34 пациентов с разлитым перитонитом. При наложении лапарастомии для временного закрытия живота использовали рассасывающуюся синтетическую сетку, подшитую к апоневрозу, или при ее отсутствии, перфорированную перчаточную резину. Края раны при этом сближали на протекторных швах. Кроме того брюшная полость дренировалась силиконовыми трубками по общепринятой методике.

Количество санаций колебалось от 3 до 12. Интервал между санациями составлял 24-72 часа. В этот период больные находились в реанимационном отделении, где получали антибактериальную, дезинтоксикационную, инфузионную, симптоматическую терапию, белковые препараты, плазмо- и гемотрансфузии.

Летальность среди больных, которым проводились программированные санации брюшной полости, составила 48%. При этом надо учитывать, что боль-

ные, которым проводились этапные санации брюшной полости, изначально находились в тяжелом состоянии. Причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

Одним из тяжелых осложнений перитонита является абдоминальный компартмент-синдром (АКС), проявляющийся возрастающим дыхательным сопротивлением, понижением сердечного выброса, снижением диуреза на фоне повышенного внутрибрюшного давления (ВБД). Перечисленные признаки отмечались, несмотря на очевидно “нормальное” или возрастающее давление в камерах сердца (ЦВД) в сочетании с вздутием живота. Было выявлено, что АКС может существенно влиять на течения перитонита, значительно утяжеляя его. При внутрибрюшном давлении 15 мм рт.ст. возникают неблагоприятные, но легко компенсируемые сердечно-сосудистые проявления; внутрибрюшное давление 20 мм рт.ст. может вызвать нарушение функции почек и олигурию, а увеличение до 40 мм рт.ст. приводит к анурии.

ВЫВОДЫ. Лапарастомия является лечебным методом, который показан небольшому числу пациентов. Она относится к тяжелому вооружению в арсенале хирурга, поэтому необходимо четко определить показания к ее применению.

Следует предупреждать развитие АКС, не закрывая живот с усилием; при необходимости накладывая только кожные швы, либо завершая операцию лапарастомией. При уже развившемся АКС на фоне разлитого перитонита показана декомпрессия брюшной полости путем перехода на программированную лапарастомию.

Учитывая вышесказанное, показаниями к использованию программированных лапарастомий можно считать:

- Критическое состояние пациента (нестабильность гемодинамики), препятствующее установлению надежного контроля за источником инфекции при первой операции.
- Избыточный перитонеальный (висцеральный) отек, препятствующий закрытию абдоминальной раны без чрезмерного натяжения.
- Обширные дефекты брюшной стенки.
- Невозможность устранить или контролировать источник инфекции.
- Неуверенность в жизнеспособности оставленных кишечных петель
- Неостановленное кровотечение (необходимость тампонады)

МОРФОЛОГИЯ ВОСПАЛЕНИЯ В ГИПЕРПЛАЗИРОВАННОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Мизиев И.А., Князев М.Ш., Чотчаев М.А.
*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

В клинике факультетской и эндоскопической хирургии КБГУ наблюдались 235 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), которым проведено оперативное лечение.

Были проведены морфологические исследования, заключающиеся в светооптическом изучении ПЖ после операции. Изучены препараты ПЖ от 50 больных с ДГПЖ.

Наиболее часто в наших исследованиях в 66% случаев встречался смешанный вид, в 20% аденоматозный и в 14% фиброзный или фиброзно-мышечный вид ДГПЖ.

При смешанной форме нодулярной ДГПЖ в 77,78% случаев отмечено наличие воспалительного инфильтрата с участием лимфоцитов, макрофагов и полиморфно-ядерных лейкоцитов (ПЯЛ), что свидетельствует о наличии хронического воспаления с признаками обострения.

Проведенные гистологические исследования в группе больных аденоматозной нодулярной ДГПЖ показали наличие хронического воспаления с признаками обострения как ДГТТЖ, так и в собственной ткани ПЖ, о чем свидетельствуют выявляемые в 75% случаев перигландулярные и периваскулярные очаговые или диффузные лимфогистиоцитарные инфильтраты с присутствием нейтрофилов. Дистрофические изменения, вплоть до апоптоза отдельных клеток эпителия, эндотелия свидетельствуют о достаточно сильном цитопатическом воздействии на эти клетки, что при сохранении адаптационного контроля приводит к программированной клеточной гибели.

Полиморфно-ядерные лейкоциты в инфильтратах, быстро реагирующие на внеклеточный чужеродный агент, являются морфологическими маркерами гиперчувствительности немедленного типа и обуславливают островоспалительный характер процесса. Лимфогистиоцитарная инфильтрация оценивается как защита от внутриклеточных агентов и относится к гиперчувствительности замедленного типа, обуславливает хроническое воспаление.

Значительное количество нейтрофилов в просвете желез в составе лимфогистиоцитарных инфильтратов является морфологическим обоснованием предоперационной противовоспалительной терапии тем более у лиц старше 60 лет с возрастным снижением активности иммунной системы.

ВОЗРАСТНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ МОРФОГЕНЕЗА ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Молдавская А.А.

*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

Правомерность суждений о целесообразности изучения морфогенеза органов пищеварительной системы, в особенности на ранних этапах онтогенеза, подтверждается и тем, что в монографиях отечественных и зарубежных исследователей последних лет анализируются данные, касающиеся гистологического строения стенки тонкой и толстой кишки, в частности, лимфоидного аппарата. Ряд авторов (Борелло С.П., 1989; Ильясов А.С., 1997; Ражабов А.Б. 1997; Растегаева Л.И., 1997; Keneth J., Namara Mc, 1997;

Панфилов А.Б., 2000; Суворова Г.Н., 2000; Сапин М.Р., Никитюк Д.Б., 1998, 2002) акцентируют внимание на морфологических особенностях строения стенки отделов пищеварительной трубки при различном характере питания с учетом локализации лимфоидных образований в органах при создании экспериментальной модели у животных.

Не менее важной и актуальной проблемой в настоящее время является изучение структурных показателей и структурных сдвигов организма человека и животных в условиях мониторинга - оценки и прогнозирования окружающей среды. Несомненно, эта проблема имеет не только общебиологическое значение, но и определенный практический интерес и социальную направленность.

С целью изучения становления лимфоидного аппарата и морфологии стенки некоторых органов пищеварительного тракта (желудок, тонкая, толстая кишки, печень) в зависимости от смены питания был проведен эксперимент по искусственному вскармливанию, а именно введению прикорма в виде молочной смеси "Малютка" новорожденным крыскам. Были использованы 3 группы крысят линии "Вистар", из которых 2 группы - экспериментальные, 3-я - контрольная (в каждой группе - по 3 особи).

В I группе исследовались крысята, получающие смешанное питание; во II группе - крысята, находящиеся на искусственном вскармливании; III группа - получала естественное вскармливание.

Обобщая результаты исследования строения стенки тонкой кишки у крысят 7-30-дневного возраста при естественном характере питания, можно констатировать, что у этих особей рельефно выделяются складки и ворсинки, выстланные однослойным цилиндрическим эпителием с наличием бокаловидных клеток.

Ворсинки отличаются различными параметрами длины (154-308 мкм), высоты, ширины (77 мкм) и неодинаковой густотой расположения.

Характерным морфологическим признаком стенки тонкой кишки является наличие секреторных отделов кишечных желез, расположенных в собственной пластинке слизистой в 14-17 "этажей". Отмечается также присутствие лимфоидных скоплений диффузной формы (размерами 123,2x46,2 мкм), ориентированных по периметру тонкой кишки, наличие артериальных сосудов (капилляров) как внутри ворсинок, так и в подслизистой основе.

Суммируя данные, полученные при создании экспериментальной модели на крысках 7-21-30 дней после рождения при естественном питании, считаем возможным прийти к заключению, что в толстой кишке хорошо развиты слои стенки. Складки слизистой оболочки выстланы однослойным цилиндрическим эпителием, в котором четко выделяются бокаловидные клетки. Наружная поверхность крипт и секреторных отделов кишечных желез выполнена также однослойным цилиндрическим эпителием, содержащим бокаловидные экзокриноциты, число которых превалирует количество бокаловидных клеток в тонкой кишке. Число рядов в секреторных отделах кишечных желез составляет 6-7. Отмечается вариабельность формы секреторных отделов кишечных желез