

**СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ ПОСТКАПИЛЛЯРОВ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ НЕКОТОРЫХ
МЛЕКОПИТАЮЩИХ**

Чумаков В.Ю., Складнева Е.Ю., Медкова А.Е.,
Новицкий М.В., Кудашова Е.А., Романов В.М.,
Назарова Е.М., Красовская Р.Э., Тюдишева О.И.

Хакасский государственный университет

им. Н.Ф.Катанова,

Абакан, республика Хакасия

В ходе исследования были установлены морфо-функциональные особенности лимфатических посткапилляров некоторых органов домашних животных (сердца, мочевого пузыря, легких, глотки, шеи, пищевода, преджелудков, сычуга, подвздошной и ободочной кишок). Материалом для исследования служили трупы и органокомплексы клинически здоровых представителей отряда млекопитающих: крупного рогатого скота, свиней, овец, собак, кошек и американской норки.

В ходе исследования было установлено, что лимфатические посткапилляры образуются из сетей лимфатических капилляров, а так же на месте слияния нескольких одиночных капилляров. От лимфатических капилляров лимфатические посткапилляры отличаются наличием клапанов, в некоторых случаях большим диаметром, а также более равномерной поверхностью стенки и прямолинейным ходом.

Лимфатические посткапилляры обнаруживаются во всех оболочках и слоях изученных органов, где они лежат в непосредственной близости с кровеносными посткапиллярами и практически всегда имеют аналогичную им направленность.

Отличие от лимфатических сосудов, стенка лимфатических посткапилляров не разделена на отдельные слои и состоит из одного слоя эндотелиоцитов с ядрами округлой, овальной и палочковидной формы. Отмечалось, что эндотелиоциты в стенке посткапилляров расположены гораздо плотнее, чем в лимфатических капиллярах. Морфологически стенка до- и постклапанных участков лимфатических посткапилляров практически идентична и не содержит элементов гладкой мышечной ткани. При исследовании полутонких и ультратонких срезов лимфатических посткапилляров было обнаружено наличие в их стенке прерывистой базальной мембраны.

Клапаны лимфатических посткапилляров изученных органов, в основном одностворчатые, представляют собой дубликатуру эндотелия с прослойкой из небольшого количества соединительно-тканых элементов.

Таким образом, лимфатические посткапилляры являются составным элементом лимфомикроциркуляторного русла всех оболочек и слоев изученных органов. Формирование лимфатических посткапилляров происходит за счет слияния нескольких лимфатических капилляров между собой или они берут начало непосредственно из лакун. Во всех изученных органах лимфатические посткапилляры сплетаются в сети, особенные для каждой оболочки или слоя.

В ходе исследования было отмечено, что длина и диаметр лимфатических посткапилляров прямо про-

порциональны, а их клапанный индекс - обратно пропорционален возрасту животного.

По структуре лимфатические посткапилляры являются переходным звеном между лимфатическими капиллярами и сосудами. С лимфатическими сосудами их роднит наличие в них клапанов, с капиллярами же они похожи по строению стенки.

**ОЦЕНКА УСКОРЕННОГО МЕТОДА
УДЛИНЕНИЯ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ**

Шапошников В. И.

*Кубанская государственная медицинская академия,
Краснодар*

Важным фактором, предрасполагающим к улучшению социальной адаптации лиц с нарушениями функции костно - суставной системы, являются методы по удлинению анатомической длины той или иной трубчатой кости. Заслуга в разработке основных принципов данной операции принадлежит Г. А. Илизарову. Удлинение кости он производил путем закрытого поднадкостничного ее перелома, с последующей дистракцией образовавшихся костных фрагментов (при помощи компрессионно - дистракционного аппарата) со скоростью 1 мм в сутки, что требует длительного срока лечения. Исходя из этого нами разработан способ ускоренного удлинения трубчатой кости (патент РФ № 2049440 от 10. 12. 1995 г.).

До операции определяют: как величину необходимого удлинения кости, так и требуемый размер раны, который рассчитывают исходя из толщины мягких тканей между кожей и костью и способностью их к смещению вверх и вниз по длине сегмента конечности - обычно при вмешательствах на верхней конечности требуется нанести рану длиной 2 - 3 см, а на нижней - 4 - 5 см. После рассечения кожи и фасции осуществляют расслоение мышечной ткани по одной линии до надкостницы на требуемую величину, то есть циркулярного отслоения мягких тканей от надкостницы не производят. Затем осуществляют продольное рассечение надкостницы по всей обнаженной ее части. Перемещая крючки вверх - вниз, долотом выполняют циркулярную декортикацию. Величина декортикации соответствует длине разреза надкостницы, а та в свою очередь равна величине удлинения кости. На конечность накладывают компрессионно - дистракционный аппарат любой модели и после этого производят остеотомию в середине костного участка, где перед этим была выполнена декортикация. Несвободные кортикальные пластинки укладывают на свое место, а свободные - в промежутки между ними. Рана послойно зашивается наглухо. На 6 - 7 день после операции начинают осуществлять дробную дистракцию по рассчитанной схеме с завершением всего процесса удлинения конечности за один месяц. При выполнении данной процедуры придерживаются следующих позиций: 1) удлинение конечности до 12 см не сопровождается повреждением сосудов и нервов (доказано Илизаровым и его учениками), 2) диастаз между отломками до 4 см не влечет за собою болевой реакции, 3) дистракция должна быть дробной (4 раза в сутки), чтобы избежать западения костных пластинок

в промежуток между торцовыми концами фрагментов кости, 4) уменьшение во времени темпа distraction к концу данной манипуляции, исходя из достижения величины опасной для развития осложнений.

Например, нужно удлинить кость на 12 см. Схема distraction в данном наблюдении будет такова: величина болезненной distraction составляет 80 мм ($120 - 40 = 80$ мм), величина опасной distraction равняется 40 мм ($80 : 2 = 40$ мм). Исходя из приведенных данных весь этап удлинения кости делится на 3 периода, а именно: первый - начинается на 6 - 7 день после операции и за один день конечность удлиняется на 40 мм (по 10 мм каждые 6 часов), второй - 10 дней (по 1 мм каждые 6 часов, то есть по 4 мм в день), третий - 20 дней (по 0,5 мм каждые 6 часов, то есть 2 мм в день).

Описанный способ удлинения конечности был выполнен у 5 больных, из которых мужчин было 4. Возраст больных - от 16 до 42 лет. У 4 пациентов дефицит в длине конечности образовался после открытого перелома, а у одного (девушка 16 лет с укорочением плеча на 12 см) - врожденного происхождения. Из 4 больных у 3 был перелом голени, а у 1 - бедра.

У всех у них перелом осложнился развитием остеомиелита, для ликвидации которого был применен аппарат Илизарова. У всех этих пострадавших осуществлено удлинение голени на 12 - 16 см. Осложнений не наблюдалось. После лечения прошло 12 - 15 лет. Все больные трудоспособные. Ходят без помощи костылей. После удлинения верхней конечности девушка вышла замуж, имеет детей.

Таким образом, предложенный способ удлинения конечности позволяет значительно ускорить образование костного регенерата.

МЕТОД РАДИОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК

Юцковская Я.А., Кусая Н.В.
ВГМУ, МУПВ «Врачебная
косметологическая лечебница»,
Владивосток

Папилломавирусная инфекция (вирусные бородавки, остроконечные кондиломы) - инфекционное заболевание, характеризующееся развитием папилло-

матозных образований, хроническим рецидивирующим течением, повсеместной распространенностью, контагиозностью. В кожных формах чаще встречается 8 тип папилломавируса человека.

Под наблюдением находились 32 пациента, в возрасте от 5 до 45 лет, с давностью инфекции от 6 месяцев до 3-х лет. Из них: у 3-х пациентов в возрасте от 7 до 13 лет, образования локализовались на коже лица, преимущественно в области носа, вокруг губ, подбородка, у 1 пациента 17 лет в преддверье носовых ходов в виде эластичных, округлых образований, цвета кожи, с шероховатой поверхностью от 0,2 до 0,5 см в диаметре. На коже кистей и пальцев рук образования были выявлены у 15 пациентов в возрасте от 5 до 35 лет; из них у 3х человек бородавки имели подногтевую и околоногтевую локализацию; представлены в виде округлых образований, бледно розового цвета, от 0,3 до 0,7 см в диаметре, с радиальными разрастаниями на поверхности. У 2-х человек бородавки локализовались на коже разгибательной поверхности коленных суставов; у 11 на коже стоп и в межпальцевых промежутках, округлой формы, серо - желтого цвета, от 0,5 до 1 см в диаметре, с явлениями гиперкератоза на поверхности, болезненные при ходьбе.

В качестве комплексного лечения применялся метод радиохирургии, аппарат «Сургитрон» фирмы "ELLMAN INTERNATIONAL Inc." (США). Под местной анестезией петлевым электродом в режиме Cut и Coagulation иссекалось образование, далее поверхность обрабатывалась шариковым электродом в режиме Fulgurate. Послеоперационная поверхность тушировалась 5% перманганатом калия, проводилось 5 - 7 сеансов HE-NE лазера. Одновременно назначался Виферон ректально в дозе 3000 млн. ЕД 1 раз в день в течение 5-10 дней. При локализации образований на коже лица дополнительно использовался Куриозин гель (Гедеон Рихтер) для профилактики рубцовых осложнений. Реабилитационный период составил от 7 до 10 дней, никаких послеоперационных осложнений не наблюдалось. У 6,25% пациентов с подногтевой и периоральной локализацией развился рецидив. Проведена повторная радиоэксцизия.

Данный метод может успешно использоваться в комплексной терапии вирусных бородавок у детей и взрослых, как высокоэффективный, безопасный и экономически рентабельный.