

связана с заболеваниями внутренних органов и нервной системы.

После фиксации в 10% нейтральном формалине узлы были подвергнуты гистологическому исследованию. Применялись гистологические методы окраски гематоксилином-эозином, по Нисслю, по Бильшовскому-Грос-Лаврентьеву, по Куприянову. Проведена морфометрическая и статистическая обработка.

Результаты. Симпатический ствол закладывается на ранних этапах эмбриогенеза в виде единого тяжа, который затем разделяется на отдельные узлы.

Количество нейронов в поле зрения в верхнем полюсе звездчатого узла достоверно больше по сравнению с нижним. С возрастом происходит увеличение размеров нейронов. Как показали наши исследования, в течение постэмбриональной жизни ядра по сравнению с цитоплазмой увеличиваются незначительно. Отмечено, что количество крупных нейронов в верхнем полюсе больше, чем в нижнем. Имеется также разность структур левого и правого узлов. Закономерным является увеличение числа нейронов с эксцентрически расположенным ядром в звездчатых узлах пожилых людей.

Нервные клетки морфологически тесно связаны с глиальной капсулой. Количество перинеурональных глиоцитов различно и зависит от величины тела нейрона. Рассчитанный глиальный показатель выше для верхнего полюса, чем для нижнего. Средняя суммарная площадь глиоцитов достигает наивысших цифр в молодом возрасте.

При исследовании характера капиллярно-нейроклеточных взаимоотношений в ганглии обнаружено, что нервная клетка может располагаться вдоль отрезка капилляра, иногда последний огибает тело нейрона по его периметру. Наиболее часто нейроны располагаются на расстоянии 20 – 30 мкм от капилляров.

Различие в строении полюсов ганглия прослеживается и в плотности капилляров: для краниального полюса эта величина достоверно превышает показатель для каудального полюса. Кроме того, в левых ганглиях данный показатель несколько выше, чем в правых. Сопоставляя показатели плотности капилляров, можно заключить, что для верхнего полюса характерна более густая кровеносная сеть. Эту закономерность мы наблюдали в шейно-грудных узлах представителей всех возрастных групп.

Заключение. Выявлены закономерности структурной организации шейно-грудного узла человека в процессе онтогенетического развития: возрастных различий группового соотношения нейронов, разности цитоструктурной организации и капиллярно-глио-нейроцитных отношений краниального и каудального полюсов звездчатого ганглия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Костюченко К.В., Колобанов А.А., Храбров Д.Н.
*Кафедра госпитальной хирургии ЯГМА,
МКУЗ МСЧ ОАО «Автомобиль»,
Ярославль*

Применение интестинальной декомпрессии (ИД) наиболее оправдано при хирургическом лечении распространённого гнойного перитонита (РГП) в сочетании с необходимым комплексом интраоперационных мероприятий, среди которых важнейшими являются перитонеальный лаваж и энтеральный лаваж. Перитонеальный лаваж с использованием больших объёмов растворов в ряде случаев приводит к дисэлектролитемии, диспротеинемии, ухудшению местных и общих иммунных реакций, поэтому, увеличение кратности лаважа более 3 должно быть правильно аргументировано и ограничивается ситуациями, когда проведение качественной санации невозможно по причине существования кишечных свищей. Среди вариантов интестинальной декомпрессии наиболее эффективными считаются проксимальная и тотальная назогастроинтестинальная интубация, ограничением для которых являются выраженный спаечный процесс в брюшной полости, быстро развивающийся синдром повреждённого желудка, патология лёгких с дыхательной недостаточностью.

В ходе обследования и лечения 315 пациентов проведён анализ эффективности различных видов интестинальной декомпрессии, которые были применены у 298 пациентов с РГП (95%). При анализе групп пациентов, разделённых по наличию показаний к интестинальной декомпрессии, этот метод, как единственный фактор, приводил к уменьшению летальности на 12-13%. Интестинальная декомпрессия в сочетании и 2-3-кратным перитонеально-энтеральным лаважом приводила к снижению летальности до 25%. При решении вопроса о профилактическом действии интубации тонкой кишки в отношении деструкции в зоне анастомоза не установлено существенного предупредительного эффекта. Предупреждение пролонгации распространённого перитонита, не связанного с деструкцией кишечной стенки отмечено более отчётливо, как и уменьшение уровня токсикоза, органной дисфункции. Эффективный дренаж тонкой кишки с 3-4-кратным в течение суток энтеральным лаважом 5% раствором глюкозы или физиологическим раствором, проводимым в течение 3 хирургических суток, способствует более быстрому купированию токсикоза (динамика шкалы SOFA). Проксимальная декомпрессия не обеспечивает достаточного уровня дренирования кишечника, особенно в тех случаях, когда ИД проводится более 5 суток, что влияет на скорость восстановления функции кишечника. Более эффективна тотальная (субтотальная) ИД, применение которой приводит к наилучшим результатам (летальность, частота тактически значимых осложнений, койко-день). Прогностическая интерпретация фактора интестинальной декомпрессии достаточно сложна, но корреляция применения ИД в самых тяжёлых случаях

РГП и снижения летальности позволяет утверждать удовлетворительный клинический эффект, а значит, более позитивный прогноз. Среди осложнений, возникающих вследствие выполнения ИД наиболее известно кровотечение из органов желудочно - кишечного тракта. В нашем исследовании это осложнение констатировано в 7 случаях (2,3%). Возникновение кровотечения отмечено на 4-7 хирургические сутки. Удаление интестинального зонда привело к быстрой остановке кровотечения из кишечной стенки в 6 случаях. Синдром повреждённого желудка констатирован в 9 случаях, из них 3 случая кровотечения отмечены на фоне уже имеющейся гастродуоденальной язвы (исключены случаи с перфоративной гастродуоденальной язвой).

Использование интестинальной декомпрессии привело к уменьшению числа летальных исходов у самой тяжёлой категории пациентов с распространённым гнойным перитонитом, способствовало изменению моральных аспектов релапаротомии.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ИСХОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

Костюченко К.В., Павлычев Р.Х., Рыбачков В.В.
*ЯГМА, МКУЗ МСЧ ОАО «Автомобиль»,
Ярославль*

Правильная оценка прогноза послеоперационного течения и исходов хирургического лечения распространённого перитонита позволяет уточнить лечебные алгоритмы и добиться уменьшения числа летальных исходов. Одним из новых методов оценки прогноза мы считаем использование для определения вероятности положительного (отрицательного) исхода функции ZTEST (MS Excel 2003). Применение этой функции позволяет определить статистическую вероятность попадания тестируемого значения избранного показателя в совокупность полученных ранее результатов показателя в созданной базе данных. Полученные числовые значения могут быть использованы для сравнения вероятностей вариантов исхода или вариантов послеоперационного течения. На основе периоперационного обследования возможно определение не только прогнозов исходов, но и наиболее эффективной при данном значении показателя хирургической тактики. Для увеличения ценности полученных данных возможно проведение цензурирования выборки на 5-10%. Этот метод является перспективным для определения на основе максимальной разницы значений ZTESTа в отношении положительных и отрицательных исходов наиболее ценных для прогноза симптомов. Более сложным методом определения прогнозов может стать определение значения ZTESTа для комбинаций симптомов. В настоящее время нами получены данные о предпочтительности первичного выбора метода программированных релапаротомий при трёх периоперационных симптомах системной реакции на воспаление и при трёх и более симптомах полиорганной дисфункции.

Важную информацию можно получить при определении непараметрического критерия χ^2 . Наиболее сопряжёнными с исходом оказались среднее артериальное давление, показатель шкалы комы Глазго, время развития перитонита, частота дыхательных движений, частота сердечных сокращений; в меньшей степени - гематокрит, лейкоцитоз, температура. Наиболее четко сопряжённость с исходом отмечена при распространённом гнойном перитоните. Исследование перитонита с другими видами экссудата требует увеличения числа наблюдений.

ЛАЗЕР И РЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНЯХ РАЗНОГО ГЕНЕЗА

Лазутина Г.С., Овчинникова Н.В., Жеребятьева С.Р.
*Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П.Павлова,
Рязань*

Целью настоящего исследования является гистологическое исследование регенеративных процессов в тканях разного генеза при воздействии на них низко- и высокоинтенсивным лазерным излучением.

Работа проводилась на 164 беспородных белых крысах весом 100-140 граммов.

В качестве источника высокоинтенсивного лазерного излучения использовалась аргоновая установка «Престиж» с длиной волны 440 нм и плотностью потока мощности 1,2 Вт/см². Животным плотной группы пересечение нерва производилось лучом аргонового лазера, а животным контрольной группы нерв пересекался лезвием безопасной бритвы.

Для гистологического исследования иссекался центральный участок оперированного нерва с окружающими тканями.

Плотность расположения осевых цилиндров оценивали по методу Г. С. Стремина, В. И. Евсюкова в модификации Ю. Б. Чайковского. Определение плотности расположения нервных волокон выполняли на продольных срезах нервного ствола. У животных контрольной группы плотность расположения нервных волокон к концу наблюдения увеличивалась в среднем на 54,9%. Данная динамика объясняется преобладанием восходящей дегенерации над процессами регенерации нервных волокон к концу наблюдения за животными. У опытных животных мы отметили менее выраженное нарастание плотности нервных волокон после операции на 8,2% по сравнению с начальным сроком наблюдения.

Лазерная невротомия, вызывая коагуляцию терминальных сосудов культы седалищного нерва, создает биологическую преграду для роста осевых цилиндров. Уменьшение плотности расположения нервных волокон свидетельствуют о замедлении восстановительных процессов у животных с лазерной обработкой культы нерва.

В качестве источника низкоинтенсивного лазерного излучения использовали аппарат на гелий-неоновой основе ЛГ-75 с длиной волны 0,63 мкм и мощностью на выходе световода 13мВ/см².