группы больных. Продолжительность пребывания в ней достигает 3 часов. Противовоспалительные и иммунопротективные свойства спилеолечения доказали свою эффективность в нашем санатории в течение 4 лет.

Оценка проводится на основании нормализации общего самочувствия, восстановлению биомеханики дыхания, тенденции к стабилизации показателей внешнего дыхания - спирограмма и пикфлоуметрия. Но самый эффективный способ убедиться в правильности выбранного пути - проанализировать клиническую динамику у пролеченных пациентов по этой схеме в течение нескольких лет. Можем смело утверждать, что эффект от терапии в той или иной степени, мы отмечаем у всех пациентов без исключения. Тут многое зависит от степени тяжести заболевания, её давности, наличия сопутствующей патологии и способности к восстановлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения //СПб. 1999. 252с.
2. Коротков К. Г. *О*сновы ГРВ биоэлектрографии. СПб: Из-во СПбГИТМО, 2001.
3. Туманова А.Л. Новые технологии в сфере санаторно-курортного лечения для обеспечения круглогодичной курортной отрасли города Сочи. Материалы НПС: Из-во «Академия Естествознания», М.- 2005.

ОСОБЕННОСТИ ЭНХОНДРАЛЬНОЙ ОССИФИКАЦИИ СКЕЛЕТА БЕЛЫХ КРЫС

Шубина О.С., Грызлова Л.В.
Мордовский государственный педагогический университет, Саранск

Процесс энхондральной оссификации лежит в основе развития большинства костей скелета человека и животных.

Целью работы явилось изучение строения скелета белых крыс только что достигших половозрелого возраста. Материалом исследования служили плечевая, бедренная и большеберцовая кости самцов и самок весом 200-300 грамма (возраст 2-3 месяца).

На срезах окрашенных гематоксилином-эозином выявлены синего цвета трабекулы, состоящие из хрящевой ткани и остеобласты, покрывающие их. Костное вещество окрашивалось в розовый цвет.

Исследование продольных срезов растущих длинных трубчатых костей показало, чо к половозрелому возрасту белых крыс в эпифизе трубчатых костей хрящевыми остались лишь суставный хрящ и эпифизарная пластинка. На поперечных срезах эпифиза в трабекулах центральной губчатой сердцевины видны остеобласты, новообразованное костное вещество, остатки кальцинированного хряща. В эпифихзарной пластинке встречаются хондроциты среднего размера, которые можно отнести к зоне покоящегося хряща. Отмечены мелкие пролиферирующие хондробласты, хрящевые клетки на различных стадиях созревания, а также зона кальцинированного хряща. На диафизарной стороне метафизарной пластинки трабекулы метафиза распространяются вниз, в сторону диафиза. Центральная зона трабекул метафиза состоит из кальцинированного хряща, на котором отлагается костная ткань. Стенка диафиза снаружи покрыта периостом, располагающееся под ним костное вещество состоит из формирующихся гаверсовых систем. На этой стадии хорошо видны полости резорбции округлой или удлиненной цилиндрической формы, содержащие капилляры в которых различимы клетки крови. На внутренней поверхности полости встречаются участки остеогенных островков. Вокруг каналов концентрическими слоями располагается костная ткань.

РАЗЛИЧНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОГЕННЫХ ЯЗВ

Юсупов И.А., Борщигов М.М., Плеханов В.И.
Астраханская государственная медицинская академия. Кафедра общей хирургии, Астрахань

Цель исследования: экспериментально обосновать наиболее оптимальные методы хирургического лечения гастродуоденальных язв, возникших на фоне портальной гипертензии. Нами в эксперименте было изучено давление и скорость кровотока в воротной вене, регенерация в зоне гастроэентероанастомоза и пилоропластики после различных вариантов резекции желудка, поддиафрагмальной стволовой и селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу. Операции выполнялись на фоне смоделированной портальной гипертензии. В этой связи было проведено 6 серий опытов на 85 собаках со сроком наблюдения от 3-х до 180-и дней. Давление в воротной вене измерялось с помощью аппарата Вальдмана, скорость кровотока в воротной вене изучалась с помощью электромагнитного флуометра РКЭ 2-2. Через 10 минут после создания модели портальной гипертензии портальное давление увеличивалось в 3,5 раза и в среднем составляло 263,46 ± 2,14 мм вод ст, скорость кровотока снижалась в 1,8 раза и в среднем составляла 670,82 ± 13,22 мл/мин**.** Сравнивая полученные флуометрические данные выявлено что, после селективной проксимальной ваготомии и резекции желудка с сохранением желудочно-сальниковых сосудов, выполненных на фоне портальной гипертензии происходит снижение портального давления, что является положительным результатом, так как ведет к ликвидации одного из факторов образования гепатогенных язв (портальной гипертензии). Таким образом, на основании полученных результатов эксперментального исследования считаем, что наиболее оптимальными способами хирургического лечения гастродуоденальных язв, образовавшихся на фоне портальной гипертензии, являются операции: селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, резекция желудка с сохранением целостности желудочно-сальниковых сосудов. Оменторенопексия существенно не влияет на показатели портального давления и скорость кровотока и является вспомогательным и временным компонентом для снижения портального давления.