

Гайстера — в 1,44 раза меньше, по сравнению с таковым в железах, расположенных в области сфинктера Одди. В 1-м детском возрасте рассматриваемый показатель в зоне сфинктера Люткенса в 1,7, сфинктера Гайстера — в 1,67, сфинктера Мириззи — в 1,56 раза меньше, чем в железах, находящихся в области сфинктера Одди. У людей I периода зрелого возраста площадь СО желез, расположенных в области сфинктера Люткенса в 1,10, в зоне сфинктера Гайстера — в 1,23, сфинктера Мириззи — в 1,25 раза меньше, чем в железах, локализованных в области сфинктера Одди. В пожилом возрасте этот показатель в зоне сфинктера Люткенса в 1,40, сфинктера Гайстера — в 1,24, сфинктера Мириззи — в 1,19 раза меньше, чем в железах, расположенных в области сфинктера Одди. Минимальные и максимальные индивидуальные значения площади СО отдела желез, расположенных в области сфинктера Одди, как правило, больше, чем в железах остальных сфинктерных зон внепеченочных желчевыводящих путей человека.

Алмабаева А.Ы., Алмабаев Ы.А., Аубакиров А.Б., Адайбаев Т.А., Серикпаев Ж.Ж., Жаналиева М.К.
(г. Астана, Казахстан)

**МЕЖОРГАНЫЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ
ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ЛЕГКИХ
И ПЕЧЕНИ**

*Almabayeva A.Y., Almabayev Y.A., Aubakirov A.B.,
Adaibayev T.A., Serikpayev Zh.Zh., Zhanaliyeva M.K.*
(Astana, Kazakhstan)

**INTERORGAN STRUCTURAL AND FUNCTIONAL CORRELATIONS
AFTER LARGE LUNG AND LIVER RESECTIONS**

Экспериментальные исследования, проведенные на 180 беспородных взрослых собаках, показали, что предварительный и постепенный ателектаз удаляемого легкого улучшает морфометрические показатели артериальной части гемомикроциркуляторного русла оставшегося легкого. Диаметр терминальных легочных артериол (ТЛА) уменьшался в 1-е сутки после операции на 37,6%, прекапилляров (ПК) — на 29,4%; на 7-е сутки диаметр ТЛА снижался на 13,9%, ПК — на 39,2%; на 30-е сутки диаметр ТЛА уменьшен на 15%, ПК — на 8,3% по сравнению с показателями после пульмонэктомии без предварительного ателектаза. При резекции печени происходило резкое расширение всех ветвей воротной вены, синусоидов и центральных вен. На 7–15-е сутки диаметр терминальных артериол увеличивался на 33–38%. В почках максимальное нарастание диаметра венул наступало на 7-е сутки (21,2%); диаметр клубочковых капилляров увеличивался на 46,7% через 30 сут после операции. Показатели легочного и почечного кровотока возвращались к контрольным значениям на 30-е сутки после резекции печени, а показатели печеночного кровотока оставались сниженными на 27,5%. При проведении обширных резекций печени необходимо учитывать ее последствия на гемодинамические и гемомикроцирку-

ляторные нарушения, возникающие в легких, печени и почках.

Алфёрова В.В., Никифорова Е.М. (г. Волгоград, Россия)

**ИНФЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ВЫЗВАННЫЕ HELICOBACTER PYLORI, И МИКОЗЫ У ДЕТЕЙ**

Alfyorova V., Nikiforova Ye.M. (Volograd, Russia)

**HELICOBACTER PYLORI INFECTION OF STOMACH
AND DUODENUM AND MYCOSES IN CHILDREN**

Проведено клинико-лабораторное обследование 43 детей, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении, с использованием цитохимических и инструментальных методов исследования. Материал биоптатов желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) фиксировали в 10% нейтральном формалине, парафиновые срезы толщиной 5–7 мкм окрашивали по Романовскому–Гимзе или ШИК-реакцией. При эндоскопическом исследовании микотические поражения визуально не определялись. Слизистая оболочка (СО) имела различные цвет и вид, в 1 случае она была не изменена, что свидетельствовало о легкой форме поражения. При микроскопическом исследовании кандидоз желудка и ДПК выявлен у 30% обследованных детей (13 человек из 43). В СО желудка и ДПК наблюдали следующие изменения: фиброз (очаговый или диффузный), выраженную мононуклеарную инфильтрацию, очаговые кровоизлияния, разрушение, атрофию или гипертрофию желез, явления метаплазии, полнокровие, отёк интерстиция, стаз в капиллярах, очаговый гиалиноз, формирование макрофагальных гранулём. Указанные изменения чаще всего (в 38%, у 5 больных), отмечались в ДПК, в антральном отделе желудка — в 31% (у 4 больных), в теле желудка — в 8% (у 1 больного), а также в антральном отделе желудка и в ДПК — в 23% (3 случая). В каждом случае в СО тела и антрального отдела желудка и ДПК, где выявлялись колонии грибов, при окрашивании по Романовскому–Гимзе обнаружен *Helicobacter pylori*, причём степень обсемененности была выраженной в 69% и умеренно выраженной — в 31% случаев.

*Альхимович В.Л., Петров Е.С., Буторина И.С.,
Гаранина М.П., Мalykhina Т.В.* (г. Самара, Россия)

РОЛЬ ЭНДОТЕЛИЯ В РЕАЛИЗАЦИИ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW»

*Alkhimovich V.L., Petrov Ye.S., Butorina I.S.,
Garanina M.P., Malykhina T.V.* (Samara, Russia)

ROLE OF ENDOTHELIUM IN «NO-REFLOW» PHENOMENON

По данным А. Ames et al. (1968), впервые описавших феномен невосстановленного кровотока, или феномен «no-reflow», он может быть связан с изменениями: 1) реологических свойств и вязкости крови и 2) структуры микрососудистого русла. Цель работы — экспериментальное обоснование роли эндотелиоцитов (ЭЦ) в развитии феномена «no-reflow». Работа выполнена на кошках (n=7) с ишемией тонкой кишки, созданной путем 30-минутной острой окклюзии

краниальной брыжеечной артерии. Стабилизацию мембран ЭЦ производили перфузией кровеносного русла 0,5% раствором хромовокислого магния, фиксацию эндотелиоцитов — 2% раствором параформальдегида, импрегнацию — тиосульфитным комплексом карбоната серебра по В.И.Кошеву. Снижение функциональной активности $\text{Na}^+ - \text{K}^+$ -насоса при ишемии ранее всего проявляется в ЭЦ — наиболее осмоллабильных клетках. Они теряли способность поддерживать свой минимальный объем и уплощенную форму. Происходил постишемический отек ЭЦ, увеличивая их объем и закрывая просвет кровеносных и лимфатических микрососудов. Отек ЭЦ сохранялся на протяжении 5–6 ч после восстановления кровотока в краниальной брыжеечной артерии. Затем происходила десквамация ЭЦ и их циркуляция в кровотоке. Гемо- и лимфоциркуляция в стенке тонкой кишки не восстанавливалась в связи с развитием ДВС-синдрома. Таким образом, причиной развития феномена «no-reflow» может быть универсальный механизм выключения из кровотока микрососудов за счет острого набухания ЭЦ.

Амарантов Д.Г., Бриток В.А. (г. Пермь, Россия)

СТРОЕНИЕ РЕБЕРНО-ДИАФРАГМАЛЬНОГО СИНУСА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

Amarantov D.G., Britok V.A. (Perm', Russia)

THE STRUCTURE OF PHRENICOCOSTAL SINUS IN VARIOUS TYPES OF A CONSTITUTION

Для разработки оптимального торакоскопического доступа у больных эмпиемой плевры на трупах 75 мужчин брахи-, мезо- и долихоморфного типов телосложения изучали конституциональные особенности реберно-диафрагмального синуса. Для определения возможности введения стандартного троакара диаметром 10 мм в плевральную полость исследовали ширину межреберий в проекции синуса. Наибольшую ширину межреберий (МР) наблюдали по средней ключичной линии (более 20 мм при всех типах телосложения), наименьшую — по лопаточной линии (менее 10 мм). Определили, что поскольку кнутри от лопаточной линии МР уже 10 мм, торакоцентезы следует выполнять кнаружи от нее. Кроме того, выявили место, из которого обеспечивается наилучший хирургический доступ при проведении эндоскопической санации синуса. Наилучшей являлась точка, расстояние от которой до наиболее удаленных участков синуса приближалось к оптимальному операционному расстоянию, которым в эндоскопии является половина длины дистанционного манипулятора (17,5 см при длине манипулятора 35 см). При таком расстоянии уравнивается воздействие рук хирурга с воздействием на ткани инструмента. Наилучшими местами доступа были определены: при долихоморфном типе телосложения справа — V МР по средней и VI МР по задней подмышечной линии (ЗПЛ), слева — V МР по ЗПЛ; при мезоморфном типе телосложения справа — VI МР по средней и ЗПЛ, слева — V и VI межреберье по ЗПЛ; при брахиморфном типе

телосложения справа: VI МР по средней подмышечной линии, слева — V и VI межреберье по ЗПЛ.

Амарантов Д.Г., Косарева П.В., Забирова Э.Г., Бриток В.А., Еловикина Е.А. (г. Пермь, Россия)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ СТАДИИ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Amarantov D.G., Kosareva P.V., Zabirowa E.G., Britok V.A., Yelovikova Ye.A. (Perm', Russia)

IMPROVEMENT OF THE METHODS OF THE DIAGNOSTICS OF PLEURAL EMPYEMA STAGES

Методика лечения больных с эмпиемой плевры (ЭП) зависит от стадии заболевания. Особенно важно дифференцировать 3-ю стадию ЭП, требующую обширных операций. Биопсия с гистологической верификацией позволяет установить стадию ЭП, но требует взятия большого биоптата, что может вызвать формирование бронхиального свища и ухудшить прогноз. Целью настоящего исследования стала разработка критериев значимой диагностики стадии ЭП при исследовании небольшого биоптата. Работа выполнена по результатам аутопсии 34 больных с ЭП на различных стадиях заболевания. Проведено иммуногистохимическое исследование выраженности пролиферации клеток в новообразованной соединительной ткани путем анализа выраженности экспрессии ядерного маркера Ki-67. Индекс пролиферации (ИП) определяли, учитывая число позитивных ядер на 100 учтенных ядер. Разработан критерий стадий ЭП, основанный на учете в исследуемом образце ИП. При ИП не более 1% диагностируют I стадию ЭП; при ИП в зоне воспалительных изменений более 17% и в зоне легкого с визуальной не измененной структурой от 5 до 12% диагностируют II стадию ЭП; при ИП в зоне воспалительных изменений более 17% и в зоне легкого с визуальной неизменной структурой более 12% — III стадию ЭП (патент на изобретение № 2400752 «Способ диагностики стадии эмпиемы плевры»). Методика успешно внедрена в клиническую практику лечения 68 больных с ЭП.

Андреева Г.Ф., Сырова О.В., Неганова А.Ю. (г. Саратов, Россия)

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ

Andreyeva G.F., Syrova O.V., Neganova A.Yu. (Saratov, Russia)

ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF THE YOUTH

Проведено обследование 223 девушек 17–19 лет и 87 юношей 20 лет. Результаты показали, что у 55,6% девушек имеется таз узкой формы и только у 44,4% — таз нормальной формы. Форма и размеры таза у девушек юношеского возраста сопоставимы с длинно-толстотными показателями матки и яичников, исследованных ультразвуковым методом. У юношей антропометрические данные костей таза сопоставимы с линейными размерами и массой простаты. Данные антропометрического исследования, прове-