

полняли иссечение этого участка. После удаления опухоли осуществляли имплантацию эндопротеза. Использовали текстурированные эндопротезы фирмы MENTOR, объемом от 200 до 450 см³. Корректирующие операции на второй молочной железе не выполнялись, в связи с отсутствием у пациенток такой необходимости. В раннем послеоперационном периоде инфекционных осложнений и гематом не наблюдалось. После 15 дня проводили адьювантную полихимиотерапию по схемам: AC, CAF, AP. Дистанционную гамма-терапию на молочную железу до СОД 42 Гр получили 10 больных. Длительная лимфорея (более 30 дней) была у трех пациенток. У одной больной развилась ишемия и некроз кожи, что потребовало удаление эндопротеза. За время наблюдения признаков местного возврата заболевания не отмечено.

Полученные результаты свидетельствуют о возможном одновременном выполнении модифицированной подкожной мастэктомии с сохранением кожи и сосково-ареолярного комплекса с эндопротезированием. Такой объем операции обеспечивает достижение наилучшего эстетического результата лечения, не снижает радикальность хирургического вмешательства и значительно расширяет возможности социальной и психологической реабилитации пациенток, занимающей ключевую позицию при выборе тактики лечения рака молочной железы.

УСТРОЙСТВО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЧЕЛОВЕКА И МЕСТО ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В НЕЙ

Петренко В.М.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Россия

Сердечно-сосудистая система устроена как замкнутая круговая система кровеносных сосудов с анастомозами и коллатеральными различной конструкции, в т.ч. лимфатическими. Анастомозов, прямых и не прямых, и коллатералей (параллельных сосудов) особенно много в периферическом сосудистом русле. Непрямые анастомозы (полушунты) «подключены» к тканям: вместе они организуют гистогематический метаболизм. Разветвления сосудов создают структурные предпосылки для уменьшения (редукции): 1) **кровяного давления и скорости кровотока** до уровней, необходимых для гистогематического метаболизма; 2) **градиента локальных давлений**, их выравнивания, демпфирования толчков кровотока путем формирования сосудистых анастомозов. Периферическое сосудистое русло, прежде всего микроциркуляторное (МЦР), функционально может быть представлено как редуктор — устройство для редуцирования жидкости (лимфатическое русло как дополнительный к венам дренаж органов начинается именно в пределах микрорайонов МЦР!). Редуктор в технике используется для понижения давления жидкости, отбираемой из емкости с более высоким давлением (артерии), до давления, при котором ведется расход жидкости (в тканях — гистогематический метаболизм), и для поддержания рабочего давления на постоянном уровне независимо от его колебаний в емкости, из которой жидкость поступает. С этих позиций сердечно-сосудистая система может быть представлена как система насоса (сердце) и редуктора (МЦР в связи с тканями), между которыми протягиваются трубопроводы — напорный (аорта и ее ветви, полые вены и их корни — замкнутая система кровообращения вместе с сердцем и МЦР) и ненапорный (лимфатическое русло). Лимфатическое русло, начиная от корней в микрорайонах МЦР, играет роль коллатералей вен и развивается из венозных коллатералей в фило- и онтогенезе путем редуцирования их связей с венозными магистральями (напорным трубопроводом): по градиенту кровяного давления происходит разъединение утолщающегося венозного эндотелия, приобретающего базальную мембрану, и тонкого лимфатического эндотелия без нее, через который клеткам и крупнодисперсным частицам легче проникать в полость сосудистого русла (мембрана «отсекает» коллатераль).

матического метаболизма; 2) **градиента локальных давлений**, их выравнивания, демпфирования толчков кровотока путем формирования сосудистых анастомозов. Периферическое сосудистое русло, прежде всего микроциркуляторное (МЦР), функционально может быть представлено как редуктор — устройство для редуцирования жидкости (лимфатическое русло как дополнительный к венам дренаж органов начинается именно в пределах микрорайонов МЦР!). Редуктор в технике используется для понижения давления жидкости, отбираемой из емкости с более высоким давлением (артерии), до давления, при котором ведется расход жидкости (в тканях — гистогематический метаболизм), и для поддержания рабочего давления на постоянном уровне независимо от его колебаний в емкости, из которой жидкость поступает. С этих позиций сердечно-сосудистая система может быть представлена как система насоса (сердце) и редуктора (МЦР в связи с тканями), между которыми протягиваются трубопроводы — напорный (аорта и ее ветви, полые вены и их корни — замкнутая система кровообращения вместе с сердцем и МЦР) и ненапорный (лимфатическое русло). Лимфатическое русло, начиная от корней в микрорайонах МЦР, играет роль коллатералей вен и развивается из венозных коллатералей в фило- и онтогенезе путем редуцирования их связей с венозными магистральями (напорным трубопроводом): по градиенту кровяного давления происходит разъединение утолщающегося венозного эндотелия, приобретающего базальную мембрану, и тонкого лимфатического эндотелия без нее, через который клеткам и крупнодисперсным частицам легче проникать в полость сосудистого русла (мембрана «отсекает» коллатераль).

НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ МОРФОГЕНЕЗА ПОЯСНИЧНЫХ СТВОЛОВ У БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Развитие поясничных стволов (ПС) у белой крысы до рождения впервые изучено мной на сериях сагиттальных, фронтальных и поперечных срезов 30 зародышей (КЗ) 12-21 сут толщиной 5-7 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван Гизон.

У КЗ первичные почки небольшие в диаметре, поэтому, по сравнению с человеком, слабее выражены интерсубкардинальный анасто-