

Результаты исследования. Через 1 неделю после перевивки опухоли установлена активация ЩЖ, выражавшаяся в повышении уровня Т4 в 1,3 раза, Т3 и FT3 в 1,6 раз у самок, и FT3 и FT4 в 2,1 раза и в 1,7 раз – у самцов. Только у самок отмечено снижение гипофизарного ТТГ в 2,1 раза. Через 2 недели выявлены гендерные различия: у самок на фоне нормального уровня Т4 свободные формы гормона и общий Т3 снизились в 1,7-4 раза, уровень ТТГ оставался низким. У самцов Т4 снизился в 37 раз, Т3 в 26,7 раз, а FT3 и FT4 в 1,8 и 1,3 раза соответственно, на фоне повышения ТТГ в 1,5 раза. К 3-й – 4-й неделям эксперимента у самок содержание Т4 и Т3 было в норме, а FT4и FT3 снижались в 4,5 раза, при этом уровень ТТГ оставался в 1,4 раза ниже нормы. У самцов произошло снижение уровня как общих – в 1,5 раза, так и свободных форм – в 3,3 раза, на фоне нормального ТТГ. Важность обнаруженных особенностей патогенеза развития меланомы доказана возможностью коррекции 1,3-диэтилбензамидазолия трийодидом состояния самок, в результате которой продолжительность жизни увеличилась на 30%, а у отдельных особей установлена полная резорбция опухоли, выздоровление с сохранением репродуктивной функции. У самцов глубокая гипофункция щитовидной железы подобной коррекции не поддавалась.

Вывод: установлены гендерные различия в функционировании ЩЖ в динамике развития меланомы, выражающиеся в глубокой гипофункции с потерей контроля гипофизом у самцов и нормальной продукцией общих форм, при уменьшении свободных форм гормона у самок. Выявленные различия могут быть одной из точек приложения для персонализированной сопроводительной терапии.

О ВОЗНИКНОВЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ИНДИВИДА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Д.С. Цывьян-Шалагинова (1962) наблюдала новообразование подмышечных лимфоузлов (ЛУ) в условиях блокады аксиллярного лимфатического русла у собак. Уже через 2 сут от начала эксперимента она обнаруживала очаги лимфоидного кроветворения в жировой клетчатке, у стенки или вокруг кровеносных сосудов. Постепенно такие лимфоидные инфильтраты приобретали компактность, четкую очерченность, некоторые из них были окружены тонким слоем соединительной ткани – будущая капсула ЛУ. Подобные образования Д.С. Цывьян-Шалагинова квалифицировала как «лимфоидный периваскулярный фолликул». К 11-14 дню он становился еще более обособленным. Намечалась тенденция к группировке нескольких фол-

ликулов, пронизанных сосудами, кровеносными и лимфатическими (ЛС). В конце 4-й нед происходила дифференциация коркового и мозгового вещества, хорошо различались афферентные и эфферентные ЛС. Полное формирование ЛУ заканчивалось к 2,5-3 мес. Д.С. Цывьян-Шалагинова (1962) и Л.В. Чернышенко (1966,1994) сопоставили периваскулярные лимфоидные узелки (ПВЛУ) с ЛУ на начальных этапах их развития и нашли сходство в их строении. Но я не увидел на фотографиях Д.С. Цывьян-Шалагиновой не только полностью сформированного ЛУ, но и разделения лимфоидной ткани на корковое и мозговое вещество. С моей точки зрения, фотографии демонстрируют морфогенез ПВЛУ и их конгломератов разной сложности строения. Подобное я наблюдал в брыжейке тонкой кишки собаки. Границы ПВЛУ неровные, нечеткие, лимфоидная ткань концентрируется в толще сплетения ЛС. Но именно такой препарат демонстрирует, что ПВЛУ устроен как скопление лимфоидной ткани, в которую погружено сплетение ЛС или, иначе говоря, сплетения ЛС окружены лимфоидной тканью – один (более сложный) из вариантов закладки ЛУ у плодов человека и крысы. ПВЛУ может рассматриваться как: 1) предшественник ЛУ на путях лимфооттока из дренируемого органа, в составе микрорайона ГЛМЦР, в связи с микрососудами, 2) гомолог лимфоидной закладки ЛУ на начальных этапах онтогенеза человека и млекопитающих животных и 3) возможная компенсация ЛУ, причем неполная, при его экстирпации или блокаде в дефинитивном состоянии, но вряд ли возможно полное восстановление (замена) ЛУ, как и любого другого дефинитивного органа человека и млекопитающих животных.

ВИДОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ У ДЕГУ

Петренко Е.В.

*НГУФК имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Анатомия восходящей ободочной кишки у дегу (ВОК-Д) в литературе до последних лет не была описана. В.М. Петренко (2014) впервые подробно описал ее форму и топографию, их видовые особенности, но количественные показатели представил недостаточно, что ограничивает возможности анатомического сопоставления с ВОК других животных, в т.ч. крысы и морской свинки (К, МС). С этой целью я выполнила работу на 10 Д обоого пола в возрасте 3 мес, фиксированных в 10% растворе нейтрального формалина, путем послойного препарирования и фотографирования органов брюшной полости. Д, К и МС, их органы отличаются разными абсолютными размерами. В.М. Петренко рекомендует использовать в подобных случаях относительные по-

казатели. Я сравнила ВОК изученных животных, прежде всего основную форму органа, количество, форму и положение его петель.

В целом ВОК грызунов напоминает спираль, растянутую весьма неравномерно на своем протяжении, что соответствует данным В.М. Петренко. Спирализация ВОК у данных грызунов нарастает по мере уменьшения плотности ее окружения (в результате прежде всего уменьшения печени). Видовые особенности формы ВОК я выразила такими формулами:

1) у К – проксимальная петля как поперечное полукольцо или дуга + прямой или слабо искривленный промежуточный сегмент + дистальная петля как фронтальное полукольцо или дуга; обе петли правосторонние;

2) у МС – проксимальная, левая петля как неполное кольцо вокруг слепой кишки + сла-

бо искривленный промежуточный сегмент + 2 дистальных петли как кольца, занимающие косоагиттальное (I вариант) или кософронтальное положение (II вариант – крупнее левая доля печени);

3) у Д – проксимальная петля как вентральное, косопоперечное неполное кольцо или широкая и низкая подкова, или дуга (около слепой кишки) + клубок 2 средних петель (на месте слабо искривленного промежуточного сегмента, правее остальных петель) + дистальная петля как дорсальное, поперечное неполное кольцо или узкая и высокая подкова; все петли (первая – главным образом) правосторонние.

Итак, в ряду (К → МС → Д) ВОК прогрессивно удлиняется и в плотном окружении искривляется, образует петли растущей крутизны: у К – 2 (неполные), у МС – 3, у Д – 4.

Медицинские науки

ЭФФЕКТИВНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОДПЕЧЕНОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

^{1,2}Абдулжалилов А.М., ^{1,2}Иманалиев М.Р.,

^{1,2}Абдулжалилов М.К., ^{1,2}Магомедова С.М.,

^{1,2}Магомедов М.А., ^{1,2}Гусейнов А.-К.Г.

¹ГБУ «РБ№2-ЦСЭМП»;

²ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет», Махачкала, e-mail: saadat_leon@mail.ru

Послеоперационные осложнения при ЛХЭ чаще всего бывают связаны не только с дефектами оперативного вмешательства, но и с неэффективностью дренирования подпеченочного пространства, связанной миграцией дренажа, с его дисфункцией, ретенцией выпота или желчи в подпеченочном пространстве с последующим инфицированием, развитием спаечного процесса [1, 2]. Цель исследования – повысить эффективность дренирования подпеченочного пространства путем разработки устройства для дренирования. Материал и методы исследования. Проведен анализ 105 случаев лапароскопической холецистэктомии по поводу деструктивного холецистита. При этом послеоперационные осложнения диагностированы у 14 пациентов, что составляет 13,3%, т.е. у каждого шестого-седьмого оперированного. Осложнения распределились следующим образом: дисфункция дренажа – 6, биллома – 2, подпеченочный абсцесс – 3, желчный перитонит – 1. Всех пациентов пришлось оперировать повторно с исходом выздоровление. Главной причиной оказалось неадекватное дренирование подпеченочного пространства. Для улучшения результатов ЛХЭ при деструктивном холецистите нами использован дренаж с надувной

манжетой в дистальной его части. Конструкция дренажа позволяет фиксировать дренаж в области ложа желчного пузыря и предупредить его миграцию в свободную брюшную полость, оказать компрессию ложа желчного пузыря с целью профилактики крово- и желчеистечения из его поверхности, а также предупреждения спаивания окружающих органов с ложем желчного пузыря для профилактики послеоперационной спаечной непроходимости. Предлагаемый способ дренирования использован при лечении 21 пациента с деструктивным холециститом и с высоким риском развития послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде. Дренаж вводили в брюшную полость через правый латеральный 5 мм порт, а дренаж большего диаметра – через прокол брюшной стенки после удаления порта. Дистальную часть дренажа вводили в Винслово отверстие на глубину 3-4 см, затем раздували надувную манжету до необходимого диаметра, позволяющего оказывать компрессию на поверхность ложа желчного пузыря. Раздутая манжета отодвигает вниз двенадцатиперстную и поперечноободочную кишки, а также большой сальник, что позволяет предупредить образование спаек этих органов с ложем желчного пузыря, в проксимальной части дренажа вмонтирован клапан, позволяющий создавать в дренаже аспирационное отрицательное давление и обеспечить постоянную эвакуацию экссудата наружу, предупреждая его возврат в брюшную полость, что снижает риск вероятности инфицирования брюшной полости. Выводы. В послеоперационном периоде изучали наличие остаточной жидкости в подпеченочной области, дебит дренажа, УЗИ тканей в области ложа желчного пузыря, частоту послеоперационных осложнений. Разработанный