

планируемой беременности в угледобывающем районе // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. - №4. – С.66-70.

4. Планирование семьи и репродуктивное здоровье девочек-подростков и молодых женщин / Краснопольский В.И., Савельева И.С., Белохвостова Ю.Б., Соколова И.И., Ерофеева Л.В. // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. - №1. – С.87-89.

5. Результаты клинико-эпидемиологического исследования репродуктивного здоровья насе-

ления по методологии ВОЗ / О.С.Филиппова, А.А.Радионченко, Н.И.Вороновская, В.П.Болотова // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. - №1. – С.60-63.

6. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996. – 255с.

7. The Epidemiology of Infertility // WHO Technical Report. 1975. -№582. – P.48-123.

8. WHO: Special Programme. Human Reproduction //Fertil. Steril. – 1987. - №47. – P.964-968.

Шелигін О.С., Луб'яна С.С., Шелигіна Л.О. Клініко-епідеміологічна оцінка запальних захворювань придатків матки// Український медичний альманах. – 2001. – Том 4, №4. – С.182-186.

Наведені результати одномоментного епідеміологічного дослідження, метою якого була оцінка репродуктивного здоров'я жінок з запальними захворюваннями придатків матки. Проаналізовано 824 випадки запальних захворювань органів малого тазу за 3-річний період з 1998 по 2000 роки. Розглянуті епідеміологічні, клінічні, соціальні аспекти, можливі фактори ризику розвитку запальних захворювань придатків матки. Встановлено, що хронічний сальпінгоофорит у стадії загострення є переважною патологією у структурі запальної захворюваності (67,7%). У 26,3% випадків сальпінгоофориту виявлене порушення репродуктивної функції, безплідність мала місце у 13,3%, репродуктивні втрати – у 13%. Це підтверджує необхідність профілактики та оптимізації лікування запальних захворювань придатків матки.

Ключові слова: запальні захворювання придатків матки, епідеміологічні дослідження, репродуктивне здоров'я.

Shelygin A.S., Lubyana S.S., Shelygina L.A. Clinical and epidemiological evaluation of uterus adnexal diseases // Український медичний альманах. – 2001. – Том 4, №4. – С.182-186.

There are presented results of at-once epidemiological research, purpose of which is evaluation of reproductive health of women with inflammatory diseases of adnexa. During the period of 3 years, from 1998 up to 2000 there were analyzed 824 cases of inflammatory diseases of organs of small pelvic. Epidemiological, clinical, social aspects as well as probable risk factors of development of inflammatory diseases of adnexa were considered. It was found that chronic salpingo-oophoritis in stage of acute condition is a dominating pathology in structure of inflammatory diseases (67,7 %).

In 26,3% of salpingo-oophoritis cases there were found distortion of reproductive function, sterility had taken place in 13,3%, reproductive losses – in 13%. It confirms necessity of preventive measures and optimization of treatment of the inflammatory diseases of uterus adnexa.

Key words: inflammatory diseases of adnexa, epidemiological researches, reproductive health.

УДК 611.75.334.

© Шерстюк О.А., Костиленко Ю.П., Дейнега Т.Ф., Колонтай Л.Г., 2001

СТРУКТУРА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ФОРМАЦИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА Шерстюк О.А., Костиленко Ю.П., Дейнега Т.Ф., Колонтай Л.Г.

Полтавская медицинская стоматологическая академия

Ключевые слова: слизистая оболочка желудка, эпителиальные формации, желудочные железы.

Согласно данным литературы [3,5] слизистую оболочку желудка рассматривают в качестве сложной полифункциональной системы, состоящей из интегративно взаимодействующих тканевых структур, среди которых, в качестве наиболее важных эффекторных элементов выступают эпителиальные ассоциации. Имея общий источник происхождения, они дифференцированы в две взаимосвязанные между собой секретирующие формации, одна из которых представлена покровным

однослойным высоким (цилиндрическим) эпителием, а другая - в виде многочисленных желез.

При анализе данных литературы обращает на себя внимание то, что общепринятая в настоящее время схема строения желудочной железы практически мало чем отличается от таковой конца XIX века. Согласно этим представлениям в желудочной железе выделяется 3 сегмента. Самая глубокая часть железы - дно, средняя часть - шейка и поверхностная,

открывающаяся в желудочную ямку - перешеек. Железы являются источниками образования сложного по составу желудочного сока за счет секреторной деятельности четырех типов клеток. В перешейке имеется два типа - покровные эпителиальные (мукоциты) и париетальные (обкладочные) клетки. Установлено что популяция покровных эпителиальных клеток слизистой желудка поддерживается за счет деления незрелых и частично зрелых клеток перешейка железы [5]. Шейка железы образована слизистыми клетками, чередующимися с париетальными клетками. В области дна железы располагаются преимущественно главные (зимогенные) клетки.

Естественно возникает вопрос, в какой мере данные представления соответствуют истинному строению желудочных желез? Ответ на него может быть получен только в результате визуализации их объемных трехмерных характеристик, однако, судя по данным литературы, соответствующие исследования до сих пор не предпринимались, что и послужило основанием нашего исследования.

Материал и методы. В работе использованы биоптаты слизистых оболочек пилорического отдела желудка, полученные методом шприцевой биопсии при гастрофиброскопических исследованиях.

После извлечения щипцов, кусочки ткани тотчас пропитывали в физиологическом растворе, после чего их помещали в 4% раствор глутарового альдегида на фосфатном буфере при pH 7,4.

Дальнейшая процедура состояла в отмывке, дегидратации, фиксации в четырехокиси осмия и заключении в эпон - 812 согласно требованиям, предъявленным в электронной микроскопии.

Из полученных блоков готовили серии полутонких срезов, которые окрашивали 0,1% раствором толуидинового синего на фосфатном буфере при pH 7,4.

Объемные модели желудочной железы в ее единстве с желудочной ямкой изготовлены методом многослойной пластической реконструкции по наиболее удачной серийной выборке полутонких срезов [4].

Результаты и их обсуждение. Полученные нами данные, в общем подтверждают существующие в литературе представления о гистологическом строении слизистой оболочки пилорического отдела желудка. Толщина ее варьирует, колеблясь от 0,7 до 1 мм, что зависит от функциональной изменчивости и неровностей рельефа внешней поверхности. Сканирующая электронная микроскопия дает наглядное представление о микрорельефе ее покровного эпителия, который по внешнему виду, в допустимом приближении, сравним с пчелиными сотами, где каждая ячейка имеет полигональную форму [2]. Центральную

часть такой ячейки занимает одна желудочная ямка, окаймленная по окружности, несколько приподнятыми над поверхностью, валикообразными ворсинчатыми складками. Очевидно, что границы этих складок соответствуют так называемым желудочным зонам, которые, как отмечается в некоторых источниках литературы [3], определяются при биомикроскопических исследованиях по наполненным кровью венозным микрососудам, расположенным поверхностно, непосредственно под эпителием.

Широкое использование серийных полутонких срезов позволило внести в это описание дополнительные подробности и, кроме того, выявить существенные детали взаимоотношений между тканевыми структурами, дающие возможность представить все множество разнохарактерных тканевых элементов в их функциональном взаимодействии.

При окраске толуидиновым синим полутонких срезов покровный эпителий слизистой оболочки желудка отчетливо проявляет свои специфические свойства. Он состоит из одного слоя однородных секреторных клеток, среди которых в редких случаях встречаются отличные по тинкториальным свойствам эпителиоциты. Типичные покровные клетки привратникового отдела желудка по форме относятся к высокому призматическому эпителию. В связи с выраженной полярностью ориентации, в каждой клетке отчетливо выделяется базальный и апикальный отделы. В первом из них, относительно узком, расположено ядро. Апикальный отдел выглядит более широким. Он содержит чрезвычайно плотно упакованные секреторные гранулы, которые в массе своей в реакции с толуидиновым синим проявляют интенсивную бета-форму метакромазии, указывающую на то, что покровные эпителиальные клетки пилорического отдела желудка синтезируют протеогликаны. Следовательно, покровные эпителиоциты пилорического отдела желудка обладают ярко выраженной секреторной функцией, продуктом которой является муцин, физикохимические свойства которого, по-видимому, зависят от типа белкового компонента, ковалентно связанного с углеводной группой [1].

Как уже было отмечено выше, среди этих типичных покровных мукоцитов изредка встречаются отличные от них эпителиальные клетки, для которых характерна светлая цитоплазма и отсутствие секреторных гранул.

От подлежащей соединительной ткани собственной пластинки слизистой оболочки покровный эпителий отделен базальной мембраной, которая отчетливо выделяется при окраске толуидиновым синим в виде интенсивно окрашенной тонкой полоски.

Изучение полутонких срезов при больших увеличениях светового микроскопа позволяет

визуализировать не только границы между отдельными клетками, но и имеющиеся между ними, в виде узких светлых промежутков, межклеточные щели.

Иногда среди базальных отделов типичных мукоцитов покровного эпителия приходилось встречать отдельные небольшие клетки с пахихроматическим ядром и узким ободком цитоплазмы, что дает основание отнести их к так называемым межэпителиальным лимфоцитам.

Впервые в практике морфологических исследований нами осуществлена многослойная пластическая реконструкция желудочных желез по сериям полутонких срезов. Полученные объемные модели наглядно показывают, что существующие в литературе представления о структуре желудочных желез чрезмерно упрощены.

Согласно нашим данным желудочная железа в отдельности являет собой достаточно разветвленную систему эпителиальных трубок, заканчивающихся терминальными отделами, которые, по аналогии с другими экзокринными железами, с полным основанием следует выделять под названием ацинусов. Исключая последние, остальные железистые трубки выполняют (кроме секреторной функции) роль выводных протоков, среди которых выделяется один осевой (центральный) проток, отличающийся наличием чередующихся между собой, локальных вздутий и сужений. Этот проток открывает отдельную железу в желудочную ямку, на дне которой может находиться около 3 железистых устьев.

Стенка всех железистых трубок образована одним слоем полиморфнофункциональных эпителиальных клеток. В стенке осевого

(центрального) протока в количественном отношении преобладают покровные (слизистые) эпителиоциты, среди которых, поодиночке, встречаются париетальные (обкладочные) клетки. В железистых трубках меньшего калибра, являющихся боковыми ответвлениями осевого выводного протока, стенка представлена в основном слизистыми и париетальными клетками, примерно в равном количественном соотношении.

Концевые отделы - ацинусы относятся к железистым структурам, в которых находятся преимущественно главные glanduloциты. На светомикроскопическом уровне выявлены признаки, свидетельствующие о наличии в их стенке миоэпителиальных клеток.

На пределе разрешающей способности светового микроскопа (объектив 90, иммерсия) в слое glanduloцитов всех железистых трубок и концевых отделов во всех случаях становится доступным для наблюдения межклеточное пространство в виде узких неровных по конфигурации и варьирующих по ширине, светлых промежутков.

Заключение. Благодаря многочисленности в слизистой оболочке желудка железистых трубок и наличию в их стенке межэпителиального щелевидного пространства существует возможность фильтрации из интерстиция собственной пластинки относительно больших объемов жидкости. При этом фильтрационная функция желудочных желез должна находиться в прямой зависимости от режима функционального состояния слизистой оболочки желудка в целом. Мы полагаем, что данное свойство слизистой оболочки желудка следует учитывать при изучении патогенеза различных ее поражений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бабкин Б.П., Секреторный механизм пищеварительных желез / Пер. с англ. - Л.: Медгиз, 1960. - 777с.
2. Волкова В.О., Шахламов В.А., Миронов А.А. - Атлас сканирующей электронной микроскопии клеток, тканей и органов. - М. «Медицина», 1987, С.209-210.
3. Иванов Г.Ф., Основы нормальной анатомии человека т 1., М.: Медгиз, 1949. - 795с.
4. Костиленко Ю.П. - Методы многослойной реконструкции эпителиальных комплексов слюнных желез на основе серийных полутонких срезов. - Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. - 1983, вып. 1, С.85-88.
5. Хэм А., Кормак Д., Гистология. Многоотомное рук.-во: Пер с англ. - М.: Мир, 1983. - Т IV. - С.133

Шерстюк О.О., Костиленко Ю.П., Дейнега Т.Ф., Колонтай Л.Г. Структура епітеліальних формацій слизової оболонки пілоричного відділу шлунка людини // Український медичний альманах. - 2001. - Том 4, №4. - С.186-189.

В даній роботі була досліджена інтактна слизова оболонка пілоричного відділу шлунка людини. Авторами вона розглядається в якості поліфункціональної системи, утвореної з інтегративно взаємодіючих тканинних структур, з яких найбільш важливим ефекторним елементом виступають епітеліальні асоціації. Серед них виділяють дві взаємопов'язані секретуючі формації, одна з яких утворена покривним одношаровим високим епітелієм, а інша - шлунковими залозами. Методом пластичної реконструкції показано, що залози пілоричного відділу шлунка в трьохвимірному просторовому зображенні мають більш складну будову ніж існуючі уявлення про них.

Ключові слова: слизова оболонка шлунка, епітеліальні формації, шлункові залози.

Sherstyuk O.A., Kostilenko Yu.P., Deynega T.Ph., Kolontay L.G. Structure of epithelial formations of the mucous membrane of the pyloric part of human stomach // Український медичний альманах. – 2001. – Том 4, №4. – С.186-189.

In this work an intact mucous membrane of the pyloric part of the human stomach was investigated. The authors research it as a polyfunctional system, made of integratively interrelated tissue structures, epithelial associations being the most important effectory element among them. Two interrelated secretory formations are singled out among them, one being formed by the covering one-layer high epithelium, the other – by stomach glands. Using the method of plastic reconstruction it is shown that the glands of the pyloric part of the stomach have a more complex construction in the three-dimensional space image than their present one.

Key words: mucous membrane of the stomach, epithelial formations, stomach glands.

УДК 616.711-089.819 – 072.1-002.-3-085-33

© Шимон В.М., 2001

ПРОФІЛАКТИКА ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНІЙ ХІРУРГІЇ ХРЕБТА

Шимон В.М.

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Ключові слова: профілактика, хірургічна інфекція, хірургія хребта.

Вступ. В літературі обговорюються питання, чи потрібний антибіотик при хірургічному лікуванні переломів хребта, який антибіотик і як варто застосовувати його з погляду максимальної клінічної і фармакологічної ефективності.[1,2,3].

Пошуки шляхів запобігань інфекції, що виникає післяопераційному періоді завжди будуть актуальними для ортопедії і травматології [3,4]. Ефективність і необхідність профілактики інфекційних ускладнень за допомогою антибіотиків, нівкого не викликає сумніву. Експериментальними і клінічними даними доказано, що раціональне використання антибіотиків знижує частоту інфекційних ускладнень з 16 – 35 % [2].

Незважаючи на те,що малоінвазивне втручання при травмі хребта з використанням гідроксилапатитної кераміки відноситься до чистих втручань,але імовірність виникнення інфекції є. Відомо, що адгезія мікроорганізмів до поверхні імплантатів і наступне формування блоку супроводиться зниженням чутливості бактерій до антибіотиків [5].

Матеріали і методи дослідження. Після операційні ускладнення при травмі грудноперекового відділу хребта змушують шукати нові, ефективні шляхи антибіотикопротекції за сучасними технологіями.

В клініці ортопедії медичного факультету, Ужгородського національного університету під наглядом знаходилися 62 травмованих з переломами грудного і поперекового відділу хребта за період 1998—2000 рік. За цей період нами прооперовано 22 хворих з пошкодженнями хребта з передньою фіксацією з кістковою пластикою і транспедікулярною

фіксацією пластинками. 40 хворим проведено малоінвазивне втручання з передньою фіксацією гранулами гідроксилапатитної кераміки і сегментарна фіксація сегмента.

В залежності від ступеня ризику шпитальної інфекції хірургічне малоінвазивне втручання можна віднести до категорії “чистих” [3].Особливу увагу приділяємо в після операційній підготовці хворим з неускладненою травмою хребта. Проводиться санація з хронічними запальними процесами внутрішніх органів і ротової порожнини, гнійні запальні процеси шкіри.

З1998 року нами в клініці проводилася антибіотико профілактика в два періода. Перший період назначали зенацеф по 850 мг внутрішньовенне ведення через кожні 6 годин, починаючи з моменту хірургічного втручання. Другий період починали з цефамандол 540 мг 1 раз на добу протягом 7 днів. В після операційному періоді проводилося загально – клінічне обстеження, що обов'язково включає в себе загальний аналіз крові, сечі, аналіз крові на цукор і аналіз крові на стерильність.

При проведенні аналізу ефективності антибактеріальної профілактики в раньому після операційному періоді всі хворі були розділені на дві групи.

Перша група були хворі яким було проведено хірургічне лікування загально прийнятими методами, і без використання антибіотиків цефалоспоринового ряду, а антибіотики лінкоміцин, ампіокс.

Друга група пацієнтів (62) звикористанням антибіотиків цефалоспоринового ряду (цефамандол, зенацеф) з надкороткою ступінчастою схемою.