

каватида туғма тузилма ўзгаришлар ётади, шу сабабли бир хил типдаги реконструктив-пластик операция бажариш лозимлигини англатади, яъни сийдик найининг дистал кисмидаги морфологик ўзгарган соҳани максимал резекция қилиш лозимлигини кўрсатади.

Summary

Morphological researches are lead to 34 supervision for deeper studying a microstructure of a muscular layer of a wall ureter and its comparisons to stages of disease, prepared полутонкие cuts from a muscular layer моче-точника from a zone of obstruction and various supra stenosis the changed sites. Results of morphological researches unequivocally testified about structures the infringements underlying congenital supravescical obstruction ureter's. Fibrosis transformation leiomyocytes, reduction of their quantity and the deep sclerous changes occurring in a wall ureter, testified to functional inferiority of this segment. Differently, morphofunctional essence supravescical obstructions were congenital structural changes of a muscular layer ureter, that demanded performance of the same reconstructive-plastic operations - a resection is vicious the generated department ureter as much as possible within the limits of "healthy" sites with its replacement high-grade in morphofunctional the attitude a segment.

Алиев М.М.,
Нарбаев Т.Т.,
Юлдашев А.Ю.,
Гришаев В.В.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ Ташкентский педиатрический медицинский институт

Аноректальные мальформации составляют одну из наиболее многочисленных групп проктологических заболеваний детского возраста, с частотой встречаемости от 1:500 до 1:5000 живорожденных независимо от пола (Churchill B. et al., 1978; Ленюшкин А.И. 1990). Лечение этих пороков, при относительной несложности хирургической техники сопровождается довольно высокой частотой осложнений. Осложнения как раннего, так и различных сроков отдаленного послеоперационного периодов определяют необходимость проведения повторных операций на толстой кишке, промежности и прилегающих органах (Чепурной Г.И. и Орловский В.В. 2001).

Гистоструктуру порочно развитого конечного отдела толстой кишки изучали многие авторы, однако данные этих исследований разноречивы (Щитинин В.Е. и соавт. 2001, D.Kirks et al. 1984). Также мы не встретили работ, в которых была бы изучена гистоструктура кожи промежности при аноректальных аномалиях. В частности, по-разному трактуют морфологическую картину при соустьях атрезированной кишки с соседними органами, имеются разногласия о распространенности морфологических изменений в атрезированной кишке (Ленюшкин А.И. 1990., G.Curtarino 1991). Между тем эти вопросы имеют практическое значение, ибо только с учетом патоморфологической картины можно строить рациональную схему хирургической коррекции, оценивать результаты лечения, определять прогноз.

Цель исследования. Изучение особенностей морфологической структуры дистальных отделов атрезированной стенки прямой кишки и свищевого отверстия при аноректальной мальформации у детей.

Материал и методы. Проанализирована морфологическая картина дистальных участков прямой кишки и кожи промежности у 37 детей оперированных по поводу аноректальной мальформации.

Проведены изучение особенностей строения стенки прямой кишки и кожи промежности при разных аноректальных аномалиях. Срезы для гистологического исследования брали на различном уровне от слепого конца кишки, в месте перехода кишки в свищ и из стенки свища.

Результаты и обсуждение.

У 11 пациентов с атрезией анального отверстия и прямой кишки морфологически стенка слепого отрезка прямой кишки в целом идентична по строению стенке толстой кишки, однако мышечные слои не разделены на циркулярный и продольный, а представляют собой хаотически расположенные мышечные волокна. В ряде случаев продольный и циркулярный мышечные слои представлены отдельными мышечными волокнами или небольшими их группами, которые не составляют целостных мышечных пластов. Интрамуральные нервные узлы не обнаруживаются, а видны только отдельные тонкие волокна. Указанные изменения наиболее отчетливы в самом конце слепого кармана. В то же время их выраженность пропорциональна степени атрезии, то есть величине отсутствующего сегмента кишки: при атрезии только анального ка-

нала резкие изменения наблюдаются на протяжении 1-1,5 см., а при атрезии анального канала и прямой кишки – 3 – 3,5 см. На участках, непосредственно примыкающих к порочно развитым, строение слизистой оболочки нормальное, но отмечаются ангиоматоз и избыточный рост подслизистого слоя, гипертрофия продольного и поперечного мышечных слоев, возникающие по-видимому, вследствие гиперфункции кишечной стенки. (Рис. 1).

У 2 пациентов с атрезией заднего прохода и ректо-уретральном свище стенка последнего местами выстлана слабодифференцированным неороговевающим многослойным плоским эпителием, пронизанным множеством сосудов с коллагенизированной утолщенной стенкой. В участках, ближе расположенных к уретре, эпителий более зрелый, поверхностный слой его представлен уплощенными клетками. Под эпителием стенка свищевого хода состоит из рыхлой соединительной ткани с отдельными мышечными волокнами, идущими в разных направлениях. Интрамуральные нервные узлы отсутствуют. Снаружи канал покрыт тонкой адвентициальной оболочкой. Слизистая оболочка прямой кишки непосредственно переходит в плоский эпителий ректо-уретрального свища. (Рис. 2)

У 14 девочек при атрезии со свищом в половые органы стенка соустья выстлана многослойным плоским эпителием, а прилежащие к нему участки представлены волокнисто-соединительной тканью, которая в стенке канала пронизана множеством сосудов и лимфатических ходов.

Местами видны отдельные мышечные волокна. Эпителиальная выстилка на некоторых участках резко утолщена за счет пролиферации эпителия и образования выступов, вдающихся в подлежащую ткань. В толще эпителия имеются сосуды. На стыке стенки кишки с соустьем виден резкий переход железистого эпителия кишки в многослойный плоский эпителий канала, причем и ту и другую слизистую оболочку можно видеть только на небольшом, микроскопически различимом протяжении, в то время как мышечный слой прямой кишки на некотором расстоянии прослеживается в стенке свищевого хода. Гистоморфологическое исследование показало, что в свище развитых нервных узлов нет, а выявляются только отдельные нервные стволы с выраженной извитостью и очаговыми утолщениями, свидетельствующими об их дистрофии. В то же время на 2-3 см. выше устья свища, мышечные слои кишечной стенки гипертрофированы, интрамуральные ганглии нормально развиты и нервные узлы содержат разной зрелости нервные клетки вплоть до зрелых двигательных. (Рис. 3).

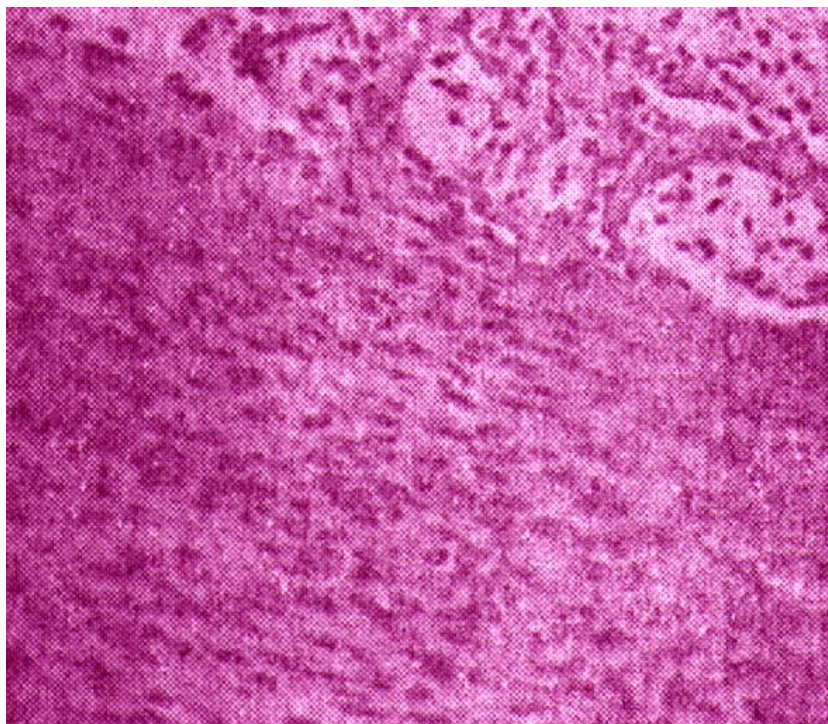


Рис. 1. Ангиоматоз и избыточный рост подслизистого слоя, гипертрофия продольного и поперечного мышечных слоев (окраска по Ниссля ув×70).



Рис. 2. Рыхлая соединительная ткань с отдельными мышечными волокнами, идущими в разных направлениях. Интрамуральные нервные узлы отсутствуют и определяются склеротические изменения. (окраска по Ван Гизону ув. $\times 140$).

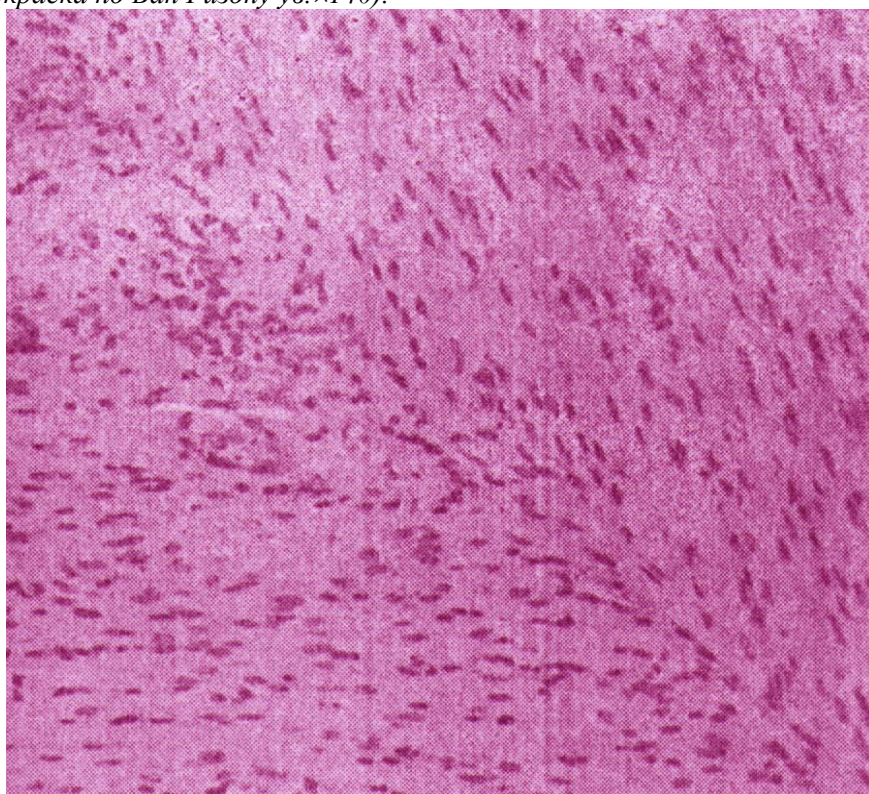


Рис. 3. Мышечные слои кишечной стенки гипертрофированы, интрамуральные ганглии нормально развиты и нервные узлы содержат разной зрелости нервные клетки вплоть до зрелых двигательных (окраска гематоксилином и эозином ув. $\times 70$).

У 10 пациентов при гистоморфологическом исследовании кожи анальной области эпидермис подвержен значительному истончению или, наоборот, имеются признаки акантоза. В местах истончения сосочки сглажены и эпителий представлен 2-3 слоями клеток и очень тонким

роговым слоем. Производных эпидермиса по сравнению с нормальной кожей очень мало. Наиболее характерно отсутствие нервных волокон и их окончаний. Лишь изредка в нижних слоях дермы или вокруг производных эпидермиса можно обнаружить нервные волокна в виде отдельных тонких нитей. Изменения обычно расположены на строго определенном участке, причем независимо от высоты атрезии.

Таким образом, морфологический анализ структуры дистальных отделов атрезированной стенки прямой кишки и свищевого отверстия определил необходимость более значительной мобилизации (не менее 3-4см.) и низведения прямой кишки с выведением структурно неполноценных стенок кишки за пределы вновь сформированного анального отверстия, что должно привести к улучшению результатов лечения детей с аноректальной мальформацией.

Литература

1. Щитинин В.Е., Хромова О.П. // Хирургия – 1986 - № 8.-с.73-77.
2. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. – М., 1990.
3. Чепурной Г.И., Орловский В.В.// Дет.хирургия -2001.-№ 3.-с.27-30
4. Kirks D.R., Merten D., Oakes W.//Pediatr – 1984 – Vol. 14-P.220-225.
5. Currarino G., Colh D., Votter T.// Amer.J.-1981.- Vol. 137-P.396-398
6. Pena A. // Pediatr Surg J.-1988.- Vol. 3. - P.94-104.

Хакимов М.Ш.,
Асатуллаев Ж.Р.

РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ НА ЭКСПЕРИМЕНТЕ У КРЫС

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Несмотря на наличие множества способов ликвидации остаточной полости печени после эхинококкэктомии во время выполнения оперативных вмешательств, проблема лечение развившихся остаточных полостей после операций остается актуальной проблемой современной хирургии [1,3,4]. Учитывая основной принцип современной медицины, основанной на доказательствах, возникает необходимость в разработки модели остаточной полости печени, на которой можно было бы изучить основные теоретические аспекты регенеративных процессов, протекающих в фиброзной капсулы при различных путях ее закрытия [2,5,6,7].

Исследователи, которые занимаются вопросами ликвидации остаточных полостей печени, сталкиваются проблемой выбора модели ОПП, которые отвечали бы критериям предъявляемые ими к ОПП [4,5]. Для каждого из методов ликвидации ОП, приходится разрабатывать свою модель ОПП. Все существующие экспериментальные печеночные полости разработаны для имитации эхинококковой кисты, т.е. они создаются путем введения эхинококковых сколексов в печень экспериментального животного. Уникальность нашей экспериментальной печеночной полости состоит в разработке ЭПП, которая полностью исключает наличие эхинококковых сколексов в ОПП, что и предполагает использование ее как модель ОПП полости остающуюся после эхинококкэктомии.

Целью исследования явилось разработка экспериментальной модели остаточной полости печени в эксперименте, наиболее близкой по клиническому течению и морфологической характеристике к остаточной полости после эхинококкэктомии.

Материал исследования: Учитывая необходимое соответствие ОП в организме, и в модели нами были разработаны требования, которым должна была отвечать модель ЭМ:

1. Формирование четкой ограниченной фиброзной капсулой полости. Граница между фиброзной капсулой и паренхимой печени должна быть отчетливо, различаться визуально и при гистологическом анализе.

2. фиброзная капсула должна быть сильно сращена с тканью печени, что при попытке отделения фиброзной капсулы от паренхимы печени, ткань печени должна отрываться вместе с капсулой.

3. фиброзная капсула должна являться каркасом для ЭП, т.е. внутри должно оставаться определенный объем полости, которая не должна спадать, так как проблема в ликвидации ОПП заключается в этом, т.е. не происходит соприкосновения краев полости и отсутствует материал, из которого происходит регенерация ткани печени.