

Все полученные в ходе исследования данные протоколировались, обрабатывались вариационно-статистическим методом Е.К.Меркурьева (1964) с помощью ЭВМ.

**НЕКОТОРЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ И
БЕСПРЕПАРОВОЧНЫЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО
РУСЛА У ОВЕЦ**

Складнева Е.Ю., Медкова А.Е., Новицкий М.В.,
Кудашова Е.А., Романов В.М., Красовская Р.Э.,
Назарова Е.А.

*Хакасский государственный университет имени
Н.Ф.Катанова, Абакан, республика Хакасия*

Нами проводилось исследование глотки, пищевода, сетки, книжки, подвздошной и ободочной кишок, легких и шеи овец красноярской тонкорунной породы в постнатальном онтогенезе.

С целью визуализации лимфатического русла использовался метод внутритканевой (интерстициальной) инъекции лимфатических сосудов видоизмененной синей массой Герота (Gerota D., 1896), 0,5% раствором метиленовой сини и 50% раствором черной и синей туши.

Массу Герота готовили по прописи, предложенной Т.Б.Бициевым (1981). Для этого брали 4-8 г эскизной масляной краски "лазурь железная" и растирали ее в ступке с 2-4 г очищенного скипидара в течение 25-30 минут. Полученную массу разводили в 100 мл хлороформа и фильтровали через несколько слоев хлопчатобумажной ткани.

Наиболее качественные препараты получались после предварительной выдержки материала перед наливкой в проточной холодной воде в течение 48-72 часов. После этого при наливке происходило наиболее полное заполнение лимфатических сосудов, посткапилляров и капиллярных сетей красителем.

Непосредственно перед наливкой лимфатического русла, препарат подогревался в теплой (38-40°С) воде в течение 30-60 мин. На протяжении всей инъекции препарат находился в кювете с постоянным доступом теплой воды для предотвращения остывания и пересыхания.

Для инъектирования лимфатического русла трубчатых органов овец, цветную массу вводили как со стороны серозной оболочки органов, так и со стороны слизистой оболочки. При этом, вкол иглы производился непосредственно в подболобочное пространство, на глубину 0,1-0,5 см под острым углом к поверхности органа. Инъекционная масса вводилась при минимальном давлении на поршень шприца, при появлении экстравазатов манипуляция прекращалась. Для наиболее качественного заполнения лимфатического русла красителем, в момент инъекции производился осторожный массаж органа влажным марлевым тампоном.

При помощи данного метода определялось формирование лимфатических сосудов, их направление, характер слияния, количество сосудов, впадающих в лимфоузлы и выходящих из них, измерялся калибр сосудов, велся подсчет их клапанов, измерялись дли-

на, ширина и толщина регионарных лимфатических узлов, изучались взаимоотношения лимфатических сосудов и узлов с магистральными кровеносными сосудами, а так же их отношение к различным анатомическим областям.

Для выявления архитектоники мелких лимфатических сосудов и капиллярного лимфатического русла, а так же выяснения взаимоотношений между лимфатическими и кровеносными капиллярами и сосудами пользовались методом просветления стенки данных органов.

Просветляли препараты по методу Д.А. Жданова (1956). Для этого отбирались кусочки органов с наиболее налитыми красителем капиллярными сетями размером 4x4 см и фиксировались в 10% растворе формалина в течение 24 часов. Для обезвоживания препараты проводили через батарею этиловых спиртов в возрастающих концентрациях. Затем препараты помещались в 3% раствор перекиси водорода на 30-60 мин для отбеливания, а после этого в 50-75% раствор глицерина на 5-6 дней. Далее, препараты расслаивали под бинокулярной лупой МБС-2 и помещали в чистый глицерин для полного просветления и хранения.

Кроме того, нами применялась упрощенная методика просветления препаратов по В.Ю.Чумакову (2003). Для этого, после фиксации в 10%-ном растворе формалина, промывки и обезвоживания в спиртах возрастающей концентрации, препараты помещались в чистый глицерин и они хранились там до полного просветления.

Так же нами использовалась ускоренная методика просветления препаратов по методу Т.С. Сеткова, С.А. Абдыкеримова и Р.К. Садырова (1988). Для этого налитые препараты фиксировались в 10% растворе формалина в течение 24 часов, а затем, обезвоживались в закрытом стеклянном бюксе в термостате при температуре 55°С в течение 8-11 часов. При этом происходило испарение воды в виде капель, что приводило к высушиванию препаратов и, в то же время, вода, скопившаяся на стенках бюкса, предохраняла препараты от чрезмерного высушивания, делая их более эластичными. После этого, высушенные препараты помещали в чистый глицерин и в термостат с температурой 55°С. Просветление препаратов наступало через 10-20 дней.

**БИОРЕЦЕПТИВНЫЕ ВЛИЯНИЯ КЛЕТОК И
ТКАНЕЙ НА МОРФОГЕНЕЗ ЖИВЫХ СИСТЕМ**

Стариков В.В., Лионенко И.Г., Смирнов А.В.,
Морозова З.Ч., Ряднова Т.А.

*Волгоградская государственная
сельскохозяйственная академия, Волгоград*

Влиянию различных факторов внешней среды на морфогенез живых систем посвящено огромное количество работ. Однако, действие биотических компонентов на биологические системы стали придавать не меньшее значение в последнее десятилетие прошлого столетия. Особенно бурно эта проблема, тесно связанная с гомеостазом и микроциркуляцией, стала развиваться после открытия биоэкологических или реци-

прокных биорецептивных рефлексов (Зозуля Г.Г., 1982).

Материалом для наших исследований служили ларвоцисты эхинококка, полученные на мясокомбинатах г. Волгограда и области, от больных оперированных по поводу эхинококкоза в клиниках города, от экспериментальных в состоянии иммобилизационного и эмоционального шока и животных из дикой природы во время экспедиции на БАМ (1979) в составе Гельминтологической Лаборатории АН под руководством Ю.К. Богдавленского. Концепция биорецепции была установлена (Зозуля Г.Г., 1982) после многолетнего изучения морфофизиологии интероцепторов кровеносных сосудов и тканей (с 1956 по 1982 годы), а также после 1965 года при изучении свойств тканей, когда объектом наших исследований становится ларвоциста эхинококка и прилежащие ткани промежуточного хозяина.

Биорецепция характеризовалась нами как генетически детерминированный интегративный рефлекторный процесс, направленный на гомеостаз биологической системы. Эта концепция не только объединяла биологию и медицину, стала ведущей и в ветеринарии (ветеринарной медицине), так как эхинококкоз встречается не только у человека, но и у многих сельскохозяйственных животных.

Рассматривая зиготу человека и домашних животных как взаимодействие анизотропных гамет или межклеточные взаимодействия в целостном организме, являющимся средой обитания его клеток и тканей, мы не можем не говорить о реципрокной биорецепции и связанных с этим понятием биоэкологических или биорецептивных рефлексах, которые не могут быть не реципрокными. Это положение позволило нам не только установить явление реципрокной биорецепции клеток и тканей, которое, на наш взгляд, имеет важное значение в иммунитете, онкологии, трансплантологии (1982-1995), но и сформулировать биоэкологический закон (Зозуля Г.Г., 1995), не менее важный, чем биогенетический, или закон сохранения энергии.

Возраст больных.

	До 30 лет	31-50 лет	Старше 50 лет
Мужчины	40% (40)	43% (43)	9% (9)
Женщины	3% (3)	4% (4)	1% (1)

Наиболее часто встречающимися жалобами были резкие боли по всему животу, тошнота, рвота, сухость во рту. Язвенный анамнез отмечался у 25% (25) пациентов. Проведенная нами оценка времени обращения за медицинской помощью от начала заболевания и до сроков операции показала, что подавляющее большинство больных 77% (77) поступили в первые 6 ча-

Состояние больных при поступлении в стационар.

	Тяжелое состояние	Состояние средней степени тяжести	Состояние ближе к удовлетворительному
Мужчины	83% (83)	7% (7)	1% (1)
Женщины	5% (5)	3% (3)	-----

Все больные поступившие в отделение оперированы. Клинический диагноз осложненная язвенная

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИТОНИТА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Турантаева Е.П., Ли Р.Л.

Якутский Государственный Университет Имени М.К. Аммосова; Медицинский институт

Актуальность: Среди многочисленных осложнений язвенной болезни перфорация

язвы, безусловно, стоит на первом месте как по непосредственной угрозе жизни, так и по скорости развития драматических ситуаций. Диагноз перфоративной дуоденальной язвы диктует необходимость экстренного оперативного вмешательства. Чем раньше выставлен диагноз и проведена операция, тем лучше прогноз для больного так как оттягивание сроков грозит возникновением разлитого перитонита.

Целью нашего исследования являлось 1. Изучение особенностей перитонита при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки. 2. Изучение методов хирургического лечения перитонита при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.

Задачи: Определение распространенности перитонита с момента перфорации, подбор оптимальной методики хирургического лечения перитонита и проведение исследования перитонеальной жидкости на выявление в ней бактериальной микрофлоры.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ результатов хирургического лечения 100 больных с клиническим диагнозом осложненная язвенная болезнь, перфорация язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, перитонит (местный, диффузный, распространенный), находившихся на лечении в Республиканской больнице, центре экстренной медицинской помощи города Якутска, 1 хирургическом отделении с 1999 по 2003 год.

Обсуждение результатов: Среди них мужчин было 92% (92) женщин 8% (8). Основной контингент больных составили пациенты трудоспособного возраста, то есть до 50 лет 90% (90).

сов от момента перфорации и соответственно 23% (23) больных позже 6 часов с выраженной картиной перитонита. Так же установлено, что 89% (89) больных поступили в стационар в тяжелом состоянии у 10% (10) отмечалось состояние средней степени тяжести и у 1% (1) состояние ближе к удовлетворительному.

болезнь, перфорация язвы двенадцатиперстной кишки местный серозный перитонит выставлен у 3% (3)