

Разрыв чаще происходил в забрюшинное пространство (23), несколько реже в забрюшинное пространство и в свободную брюшинную полость (13), внутрибрюшинное кровоизлияние установлено у 3 пациентов. Размеры аневризм колебались от «малых» (до 3 см) до значительных по размерам (14 см). В подавляющем большинстве случаев имела место мешковидная аневризма аорты. Наиболее часто разрыв произошел по левой и правой полуокружности аорты, несколько реже по передней и задней стенкам. Предрасполагающими факторами нарушения целостности аневризм можно отметить гипертоническую болезнь (26), выраженный атероматоз – (35), а у большинства больных (32) изменения в стенке аорты протекали по типу атероматоза аорты или изъязвления и фенестрации бляшек, что часто сочеталось с атеросклерозом сосудов таза (6), и атеросклерозом сосудов нижних конечностей (10). ИБС выявлена у 32 больных, а выраженные нарушения функции почек - у 13 больных. Оперативные вмешательства в экстренном и отсроченном порядке выполнены 16 больным. Объем оперативных вмешательств сводился к аорто-бедренному протезированию - (8), аорто-подвздошному протезированию – (2), диагностические лапаротомия и лапароскопия произведены у 7 пациентов, завершившиеся в одном наблюдении перевязкой аорты. Отказом от резекции аневризм послужили крайняя тяжесть состояния. Среди радикально оперированных послеоперационные осложнения имели место у 4 больных. Летальность среди больных с разрывами составила 85%. Предрасполагающими факторами для развития разрыва АБА помимо вышеизложенных были как некротическое расплавление тромботических масс, так и стенки аорты. При гистологическом исследовании характерными изменениями были расслоение, истончение и деструкция стенки аневризмы. Изменения со стороны эластических волокон проявлялись истончением, фрагментацией и разрывами эластических волокон. Кроме того, нередко обнаруживались очаговые и интрамуральные кровоизлияния.

Из вышеизложенного можно сделать вывод, что диагноз «аневризма брюшного отдела аорты» в подавляющем большинстве случаев установлен только в стационаре после развития осложнений, что сказалось на показателях летальности. Склонность к разрыву имеют не только «большие» и «средние» аневризмы, но и «малые» диаметром до 3 см. Следует считать аневризмы размером меньше 3 см показанием для оперативного лечения в плановом порядке. Разрыв по передней стенке аневризмы приводит, как правило, к образованию внутрибрюшинной гематомы, что является менее благоприятным фактором, чем забрюшинная гематома.

#### **Морфология лимфоидной ткани дыхательной и пищеварительной систем человека в онтогенезе**

Бархина Т.Г., Аминова Г.Г., Русина А.К.

*Научно-исследовательский институт морфологии человека РАН, Москва*

Одной из главных задач данного исследования была попытка установить основные моменты возрож-

дения и развития лимфоидной ткани в пренатальном и постнатальном онтогенезе. На наш взгляд, эта проблема наименее изучена в исследовании диффузной лимфоидной ткани.

Лимфоидные образования дыхательной и пищеварительной систем имеют целый ряд общих закономерностей развития, строения и функций. В эмбриогенезе сначала появляются зачатки правой и левой небных миндалин (З.С.Хлыстова, 1987; М.Р.Сапин, 1987).

Это соответствует концу раннефетального и началу среднефетального периода внутриутробной жизни.

Лимфоидная ткань трахеи и диффузная лимфоидная ткань пищеварительной системы появляется значительно позже, хотя закладка элементов диффузной лимфоидной ткани происходит также в раннефетальном периоде, а появление отдельных лимфоидных узелков мы относим к среднефетальному, и даже к позднефетальному периодам. Нами продемонстрированы электронномикроскопические доказательства наличия клеток лимфоидного ряда в собственной пластинке (СПСО) слизистой оболочки в органах пищеварительной системы. Эти находки подтверждены нами с помощью электроноцитохимического выявления основного метаболического фермента – аденилатциклазы, активность которого свидетельствует в пользу интенсивных механизмов дифференцировки клеток.

Лимфоидная ткань после рождения ребенка в стенках разных органов развивается с неодинаковой интенсивностью. В стенках трахеи в первые дни после рождения лимфоидные узелки отсутствуют. На 2-ом месяце появляются первые признаки возникновения пред узелков. Они характеризуются примерно равным содержанием средних и малых лимфоцитов (15-16%) и большим числом эозинофилов (до 10%). Через 3 месяца после рождения в слизистой оболочке трахеи ребенка появляются первые плазматические клетки, которые в СПСО тонкой и толстой кишки обнаруживаются еще в позднефетальном периоде. В раннем детстве число плазматических клеток увеличивается до 10%, а в соединительнотканых промежутках желез трахеи – до 40%. Полного развития лимфоидные структуры трахеи достигают к 5 годам. Аналогичная картина наблюдается и в лимфоидной ткани червеобразного отростка. После рождения ребенка лимфоидная ткань в стенке органа представлена единичными малодифференцированными клетками. Затем она начинает интенсивно дифференцироваться. В узелках обнаруживаются в большом количестве малодифференцированные и делящиеся клетки, которые в сумме у 4-х месячного ребенка составляют около 10%. В это же время в узелках аппендикса обнаруживаются и плазматические клетки.

Как мы уже отмечали, в стенках тонкой и толстой кишки лимфоидные структуры формируются еще во внутриутробном периоде, но по клеточному составу и его количественной характеристике они значительно отличаются от таковых у новорожденных и особенно у детей грудного возраста.

Эти данные могут быть использованными при изучении механизмов патогенеза внутриутробных и неонатальных инфекций и интоксикаций.

### **Верхние мочевые пути: сфинктерная анатомия и транспорт мочи**

Белый Л.Е.

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ульяновск*

Физиологическая уродинамика верхних мочевых путей (ВМП) не является пассивным процессом. Своеобразная мышечная архитектура чашечек и лоханки, спиральное расположение мышечных сфинктеров, богато снабженных нервными волокнами, обеспечивают гармоничную деятельность ВМП.

Целью исследования явилось определение типа нормального транспорта мочи ВМП, изучение особенностей пассажа мочи по ВМП в условиях их обструкции.

Методы исследования: для решения поставленных задач проведена интерпретация экскреторных урограмм у 30 здоровых и 95 больных с острой обструкцией ВМП.

Результаты исследования: На экскреторных урограммах здоровых обследуемых отмечен цистоидный тип пассажа мочи по ВМП. Изучив экскреторные урограммы 95 больных с признаками обструкции ВМП, мы отметили, что всех больных в зависимости от состояния мочеточника можно разделить на 3 группы. В 1-й группе определялась дилатация проксимального отдела мочеточника до уровня обструкции. Ниже места стояния конкремента мочеточник контрастировался цистоидами, но его расширения не наблюдалось. Группа состояла из 51 (53,7%) больного. Во 2-й группе - определялись расширение мочеточника проксимальнее уровня обструкции. Дистальнее конкремента мочеточник не определялся, т.е. имел место "симптом указующего перста". В группу вошли 24 (25,3%) пациента. При анализе урограмм 20 (21%) больных 3-й группы определялась дилатация мочеточника как проксимальнее, так и дистальнее уровня обструкции.

Полученные данные, по нашему мнению, имеют следующее объяснение. При возникновении обструкции появляется повышение гидравлического давления в почечной лоханке, а, следовательно, и в мочеточнике. По мере прогрессирования уродинамических нарушений мочеточник теряет свое цистоидное строение и наступает его гипокинезия и гипотензия, что демонстрируется на урограммах в виде заполнения мочеточника контрастным веществом до уровня обструкции. Отсутствие контрастирования мочеточника ниже уровня обструкции с наличием симптома "указующего перста" свидетельствует на сохраняющуюся гиперкинезию. В силу прогрессирования патологического процесса кинетические возможности проксимальных отделов мочеточника иссякают, но повышенный тонус еще сохраняется дистальнее уровня обструкции. Проникновение контрастного вещества дистальнее места стояния конкремента обу-

словлено гипокинезией мочеточника в месте стояния камня. На экскреторных урограммах это находит отражение в виде расширенного выше уровня обструкции и контрастирование нерасширенного дистального по отношению к месту стояния камня отдела мочеточника. При сохранении обструкции присоединяется дилатация мочеточника дистальнее уровня стояния камня.

Кроме нарушений уродинамики ВМП на стороне обструкции мы обращали внимание на особенности пассажа мочи из противоположной почки. У 14,7% больных с обструкцией было отмечено контрастирование мочеточника противоположной почки на всем его протяжении, а у 3,2% кроме того и дилатация лоханки. Вероятно, из-за функциональных перегрузок, обусловленных односторонней обструкцией верхних мочевых путей, контрастное вещество выделяется продолжительнее, что является защитной реакцией здоровой почки на повышенную нагрузку. В связи с последней развиваются дискинезия полостной системы и мочеточника, умеренная их дилатация и гипотония. Мочеточник теряет свое цистоидное строение.

Таким образом, в основе физиологической уродинамики ВМП лежит цистоидный тип сокращения, а перистальтика мочеточника возникает при нарушении оттока мочи или возложении на мочеточник повышенной функциональной нагрузки.

### **Межтканевые отношения в бульбоуретральных железах детей и подростков**

Боронихина Т.В.

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва*

Проведено морфометрическое исследование бульбоуретральных желез, полученных при судебно-медицинском вскрытии детей (от грудного возраста до 12 лет) и подростков (13 – 16 лет). На срезах органов, окрашенных по методу Маллори, оценивали относительные площади железистого эпителия, внутридольковой и междольковой соединительной ткани, гладкой и поперечнополосатой мышечных тканей.

В бульбоуретральных железах детей грудного возраста (11 дней – 12 месяцев) средние значения относительной площади паренхимы минимальны. Большая часть площади срезов занята стромой, в которой преобладает доля междольковой соединительной ткани, содержащей пучки гладких миоцитов и поперечнополосатых мышечных волокон. В период раннего детства (1 – 3 года) имеет место существенный прирост относительной площади железистого эпителия. Очередное статистически значимое увеличение данного показателя отмечено во втором периоде детства (8 – 12 лет). К концу пубертатного периода (16 лет) относительная площадь паренхимы желез характеризуется максимальными значениями.

Динамика изменений морфометрических параметров стромы, локализованной в различных участках бульбоуретральных желез, имеет разнонаправленный характер. В частности, площади, занятые на срезах желез междольковой соединительной тканью, а также гладкой и скелетной мышечными тканями, прогрес-