

Выводы:

1. Наиболее частым клиническим симптом в нашем ретроспективном анализе был приступообразный кашель разной интенсивности во всех возрастных группах.
2. При нахождении инородного тела в дыхательных путях более шести часов наблюдались признаки катарально-гнойного эндобронхита. Степень выраженности и частота встречаемости эндобронхита выше при органических инородных телах.
3. Оптимальное время удаления инородного тела из дыхательных путей – первые часы после аспирации.

ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ СТРОМЫ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ НА ФОНЕ ДСТ

Парамонова Н.С., Островская О.Б., Карчевский А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

Введение. Электронно-микроскопическое исследование служит для более глубокого изучения патоморфологической картины при хроническом гастрите (ХГ). Оно позволяет точно определять тип мононуклеарных клеток (т.е. четко дифференцировать плазмоциты, лимфоциты, макрофаги, фибробласты и гладкие миоциты), активность некоторых типов клеток (фибробласты, макрофаги, тучные клетки), наличие апоптозных телец (как терминальной стадии апоптоза); оценивать степень нарушения ультраструктуры всех типов клеток. При электронно-микроскопическом исследовании можно оценить нарушения структуры не только клеток, но и компонентов межклеточного вещества соединительной ткани собственной пластинки. Это является важным для выяснения наличия и степени нарушения строения соединительнотканной стромы слизистой желудка при ХГ, развивающихся на фоне дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей. Также с целью решения вышеуказанной задачи осуществлялась биопсия пилорического отдела слизистой, так как последний характеризуется большим относительным объемом соединительнотканной стромы по сравнению со слизистой фундального отдела.

Цель работы – провести электронно-микроскопический анализ соединительнотканной стромы слизистой оболочки пилорического отдела желудка у детей с ХГ на фоне ДСТ.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на базе гастроэнтерологического отделения «ГОДКБ» и НИЛ НИЧ УО «ГрГМУ» Республики Беларусь. Исследование включало анкетирование, сбор жалоб

и данных анамнеза, клинический осмотр, проведение лабораторно-инструментальных исследований. Для проведения электронной микроскопии образцы слизистой оболочки пилорического отдела желудка лезвием разделяли на кусочки со стороной не более 2 мм, фиксировали в 1% осмиевом фиксаторе на буфере Миллонига в течение 2 ч, обезвоживали и заливали в аралдит. Полутонкие и ультратонкие срезы получали на ультрамикротоме MT 7000 (RMC, Австрия), полутонкие срезы окрашивали метиленовым синим и просматривали на световом микроскопе, ультратонкие срезы контрастировали уранилацетатом и цитратом свинца по Рейнольдсу и изучали на электронном микроскопе JEOL-1011 (Япония). Верификацию ДСТ проводили согласно критериям Т.Милковска-Димитровой.

Результаты и их обсуждение. В исследованных нами биопсиях соединительная ткань собственной пластинки характеризовалась наличием относительно небольших коллагеновых пучков, ориентированных в разных плоскостях и обычно не имеющих строгой регулярности в упаковке волокон. Коллагеновые волокна имели диаметр около 30 нм и нечеткую поперечную исчерченность, что соответствует морфологическим особенностям коллагена III типа. Эластические волокна в собственной пластинке не были зарегистрированы. Рядом исследователей при иммуногистохимическом изучении человеческого биопсийного материала и в опыте на мартышках показано, что в собственной пластинке между железами преобладает коллаген III типа, тогда как коллаген типа I дает только слабоинтенсивную окраску. При этом экспрессия коллагена I и III одинаково интенсивна в подслизистой желудочной стенки. Коллаген IV типа, главный структурный компонент базальных мембран, интенсивно окрашивается не только вокруг желудочных желез и кровеносных сосудов, но и вокруг гладких миоцитов мышечного слоя слизистой и других мышечных пучков [1].

В большинстве исследованных нами биопсий не наблюдалось существенных нарушений строения стромы слизистой желудка. Однако в некоторых образцах зарегистрированы нарушения ультраструктуры различных элементов соединительной ткани собственной пластинки. Так, были отмечены снижение плотности размещения коллагеновых пучков, повышение количества, плотности залегания и размеров пучков, неравномерность и прерывистость базальной мембраны эпителия, отложение мелкодисперстного материала вдоль базальной мембраны эпителия или в толще собственной пластинки между железами, гиперплазия гладкомышечных клеток в собственной пластинке, иногда наблюдалась разволокненность отдельных коллагеновых фибрилл. Описанные специфические ультраструктурные нарушения, характерные для ЭДС (такие как цветок-подобные поперечные срезы коллагеновых волокон или депозиты гиалуроновой кислоты в межклеточном веществе), не были обнаружены в изученном материале.

Выводы. В целом полученные данные не позволяют сделать вывод о наличии каких-либо существенных специфических нарушений ультраструктуры соединительной ткани собственной пластинки у детей с ДСТ.

В первую очередь необходимо отметить, что структура волокнистого компонента собственной пластинки желудка значительно отличается от волокнистой структуры дермы, которая обычно используется для регистрации нарушений ультраструктуры соединительной ткани. По сравнению с дермой в собственной пластинке присутствуют значительно менее массивные коллагеновые пучки, их взаимное расположение неупорядочено, отмечается слабая регулярность упаковки коллагеновых волокон внутри пучков, отсутствуют эластические волокна, преобладает коллаген III типа, характеризующийся нечетким контуром и слабо выраженной поперечной исчерченностью. Все это затрудняет индикацию нарушений упорядоченности и регулярности коллагеновых пучков, а также повреждений отдельных волокон. Вместе с тем, многие из найденных нами нарушений ассоциированы с хроническим хеликобактерным гастритом. Так, например, фиброз собственной пластинки и гиперплазия гладких миоцитов часто наблюдаются при атрофическом гастрите [2], что требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. De Mello, M. Distribution of collagen types I, III, and IV in gastric tissue of marmosets (*Callithrix* spp., Callitrichidae: Primates) / M.deMello, A. Pissinatti, A.Ferreira // *Pesq. Vet. Bras.* – 2010. – Vol. 30, № 4. – P. 317–320.
2. Gastritis: The histology report / M.Rugge [et al.] // *Digestive and Liver Disease.* – 2011. – Vol. 43. – P. 373–384.

ГИДРОСТАТИЧЕСКАЯ КЛИЗМА ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ – ОСНОВНОЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Катько В.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Инвагинация кишечника – это один из наиболее частых видов кишечной непроходимости у детей. Причина заболевания во многих случаях неизвестна. В 1939 г. М. Ravitch применил бариевую клизму для дезинвагинации. С тех пор гидростатическая бариевая ирригоскопия нашла широкое применение в клинической практике и стала называться «золотым стандартом» в консервативном лечении инвагинации. Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации (по литературным данным) колеблется от 15 до 85,3% (А.П. Лебедев, 1969; М.К. Беляев, 2003 и др.)

Цель работы – провести сравнительную оценку «золотого стандарта» с новым методом консервативного лечения «гидростатической клизмой под сонографическим контролем».