

го в начале болезни лечения, применением большого количества различных антибиотиков и сульфаниламидов без учета чувствительности к последним. Оперативное вмешательство, предпринятое в терминальном периоде, не принесло лечебного эффекта.

УДК 616.617—089.844—092.9

Доктор мед. наук Н. Я. Назаркин, В. З. Маркелов, доктор мед. наук Н. М. Иванов (Саранск). Пластика мочеточника демукозированным отрезком тонкого кишечника

Методика демукозации трансплантата и весь ход операции пластики мочеточника заключается в следующем. Под наркозом брюшную полость собаки вскрывали правым параректальным разрезом и в рану выводили илеоцекальный угол на протяжении 35—50 см. Выбранный участок кишки ограничивали салфетками от брюшной полости и резецировали отрезок длиной 10—15 см с сохраненной брыжейкой. Трансплантат заворачивали в салфетки, смоченные физиологическим раствором. Непрерывность тонкого кишечника восстанавливали анастомозом конец в конец с помощью трехрядного шва. Демукозацию выключенного отрезка кишки осуществляли путем введения новокаина в толщу подслизистого слоя ее стенки.

Производили резекцию мочеточника длиной 10—15 см в области средней трети, тазового отдела или всего мочеточника. Через сформированную из демукозированного сегмента тонкого кишечника трубку вводили мочеточниковый катетер, который далее через дистальный конец мочеточника продвигали в мочевой пузырь и выводили на верхушке мочевого пузыря. После этого дистальный конец мочеточника и сегмента демукозированного тонкого кишечника сшивали тонким кетгутом. Другой конец мочеточникового катетера вводили в проксимальный конец мочеточника до лоханки и на нем производили швование проксимального конца мочеточника и сегмента тонкого кишечника. Вшитый отрезок демукозированного кишечника укладывали забрюшинно на место резецированного мочеточника. В брыжейку тонкого кишечника вводили до 200 мл 0,25% раствора новокаина, в брюшную полость — по 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина. Рану послойно ушивали. Мочеточниковый катетер, выведенный через мочевой пузырь, фиксировали к коже, и из него во время операции выделялась моча. В моче отсутствует слизь, постоянно наблюдавшаяся при сохранении слизистой оболочки на трансплантате.

У всех 46 оперированных животных исследованы морфологические изменения трансплантата. Через 2 месяца на слой рыхлой соединительной ткани надвигается эпителий с проксимального и дистального концов мочеточника. Эпителий вновь формирующейся слизистой оболочки кишечного трансплантата по своему характеру является типичным переходным, наблюдающимся в мочевых путях. Он состоит из слоя базальных клеток, лежащих в один слой, и покровных, расположенных в несколько рядов. Через 4—5 месяцев после уретероидеопластики вновь сформированная слизистая оболочка кишечного трансплантата образует многочисленные складки и по своему виду мало чем отличается от слизистой оболочки мочеточника. К концу 1-го месяца после операции в толще соединительной ткани рубца методом Бильшовского — Грос удается выявить тонкие нервные волокна, проникающие сюда, по всей вероятности, как со стороны мочеточника, так и со стороны кишечного трансплантата. Через 2 месяца во вновь сформированной слизистой оболочке тонкокишечного трансплантата обнаруживается значительное количество безмякотных и частично мякотных волокон. Некоторые из них снабжены варикозными расширениями, характерными для вновь формирующихся нервных волокон. Уже на 7—10-й день после операции в ткани рубца нами было найдено значительное количество капилляров, довольно густой сетью пронизывающих молодую рубцовую ткань. Через 15—20 дней при наливке сосудов швиваемых органов окрашенными растворами желатин или бариевой смесью с желатиной удается проследить, как инъецированная масса свободно проникает через сосуды спаек. Одновременно с регенерацией слизистой оболочки трансплантата происходит вращание сосудов в ее толщу. Первоначально сосуды развиваются в подслизистом слое, а затем постепенно прорастают и в толщу самой слизистой оболочки.

Следовательно, под влиянием вновь созданных условий демукозированный кишечный трансплантат приобретает качественно новые морфологические и функциональные свойства, приближающие его к замещенному мочеточнику. При исследовании мочи ни в одном случае в ней не обнаруживалось слизи, определялись только эритроциты и лейкоциты в первые две недели после операции.

УДК 616.28—002

Проф. А. И. Бикбаева, кандидаты мед. наук П. А. Егоров, Н. А. Арефьева (Уфа). Интерфероновая реакция лейкоцитов у больных с воспалительными процессами в среднем ухе

Исследованиями многих авторов показано, что способность лейкоцитов человека продуцировать интерферон может служить показателем реактивности организма при различных патологических состояниях.