

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ГИСТОГЕНЕЗ ЖЕЛУДКА У ПОТОМСТВА, РОЖДЕННЫХ ОТКРЫС С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТЕГЕНЕЗЕ

Рузикулов Озодбек Илхом Уғли

*Студентка педиатрия факультета Ташкентской медицинской академии,
Ташкент Узбекистан*

Вопрос о влиянии заболеваний печени на беременность давно привлекает себе медиков, тем более что патология печени широко распространена среди женщин. В литературе имеются многочисленные сведения о течении беременности, родов и послеродового периода у женщин, страдающих инфекционным гепатитом. Однако, влияние патологии печени матери на постнатальное развитие и становление внутренних органов потомства изучено недостаточно.

Поэтому мы поставили перед собою цель изучить влияние хронического токсического гепатита матери на процессы постнатального развития и становления сосудисто-тканевых структур желудка потомства.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводили на 20 половозрелых самках белых беспородных крыс массой 170 – 190 г. Модель гелиотринового гепатита у подопытных животных получали путем еженедельного введения гелиотрина с расчетом 0,5 мг/100г массы животного в течение 6 недель. Через 10 дней после последней инъекции к самкам подсаживали самцов. Подопытным животным служили крысята (30 шт) в возрасте от 3,7,21 сутки жизни, рожденные от матерей с хроническим гелиотриновым гепатитом. Контрольную группу составили крысята (30 шт) рожденные от здоровых самок.

Полученные материал фиксировали в жидкости Карнуа, 10% растворе нейтрального формалина и заливали в парафин. Срезы толщиной 4-6 мкм окрашивали гематоксилином – эозином и по Ван-Гизону. Для изучения внутриорганных сосудов внутрисердечно вводили раствор черного туша. После инъекции комплекс органов фиксировали в 10% нейтральном формалине и готовили поперечные срезы толщиной 20-30 мкм. Просветление сосудов производилось по методу А.М.Малигина(1956).

Результаты и обсуждение. У крысят, родившихся от матерей с хроническим токсическим гепатитом в первые 3-7 сутки постнатальной жизни наблюдалось: поверхностные и ямочные клетки слизистой желудка призматической формы. Желудочные ямки относительно неглубокие, длина железистой трубки так же короче, чем у животных контрольной группы (таб.1) метами в строме слизистой оболочки выявляется инфильтрированность монокулярными клетками. За счет короче и ямок, несмотря на инфильтрированность общая толщина слизистой оболочки меньше, чем у контрольных животных.

Электронномикроскопическое исследование животных в указанные сроки показали, что в апикальной части цитоплазмы поверхностно-ямочных клеток

выявляются большое число секреторных гранул, вакуолизированный комплекс Гольджи. Митохондрии полиморфные, с плотно упакованными кристами. Морфологическое исследование числа клеток в ямках и железах показывали, что имеет место снижение общего числа клеток в эпителиальном пласте желудка у крысят подопытной группы что обусловлено главным образом, снижением числа клеток желез. В внутриорганных сосудах гемомикроциркуляторного русла всех слоев желудка наблюдались заметные воспалительно-реактивные изменения. Диаметры просвета сосудов заметно превышали контрольные цифры. Стенка от дельных сосудов были отечными, со стертыми контурами. Местами выявлялись микроэкстровазаты и плазморрагин. Коллекторные вены местами были расширенными, кровенаполненными.

Исследование животных на 21 сутки постнатальной жизни показали, что общая архитектура всех слоев стенки желудка практически приближаются к таковым контрольных животных. Слизистая оболочка имеет сформированные складки и желудочные ямки. В межямочной створе определяется инфильтрированность монокулярными клетками неравномерного расширен просвет желудочных ямок. Все морфометрические показатели слизистой оболочки несколько отстают от таковых контрольных животных. Отмечалось некоторое отставание формирования мышечной пластинки слизистой оболочки желудка.

Электронномикроскопическое исследование в это срок выявили дифференцирование париетальные и главные клетки. Выявлялись много микроорганизмов в просвете желез и расправляется. После того, как пружина расправилась, проходимость этого участка восстанавливается, катетер удаляется, и пациент помещается под наблюдение. Как правило, такая операция не занимает более 40-60 минут, и больной может быть выписан домой на следующие сутки для амбулаторного наблюдения.

2. Наложение нефростомы (создание искусственного пути для оттока мочи) применяется в случаях, когда проходимость мочевыводящих путей нельзя восстановить в экстренном порядке (например, при сдавлении опухолью, для удаления которой требуется длительное предварительное обследование).

Существует множество модификаций такой операции, которые отличаются местом и типом доступа, а также объемом проводимого вмешательства, но основной смысл хирургических манипуляций следующий: посредством разреза или прокола кожи над почкой в лоханку вводится катетер, другой конец которого закрепляется специальным приспособлением на коже. Таким образом, моча по катетеру начинает вытекать наружу, где собирается в стерильную емкость – мочеприемник. По продолжительности операция занимает до 1 часа, и после проведения контрольного УЗИ-исследования и получения рекомендаций по уходу за нефростомой пациент может быть выписан домой. Такая нефростома может функционировать достаточно

длительное время, которое необходимо для выявления и устранения основной причины непроходимости мочевыводящих путей⁵.

Осложнения и прогноз

Как и при любом остром заболевании внутренних органов, прогноз при гидронефрозе зависит от того, насколько своевременно и правильно пациенту была оказана помощь.

Так, при раннем выявлении заболевания и адекватном лечении большинство пациентов сохраняют функцию почки. При несвоевременном обращении за помощью гидронефроз приводит к массивным и необратимым изменениям ткани почки: формируется почечная недостаточность – серьезное и сложно поддающееся лечению заболевание.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянова Н.И. с соавт., 2004
2. Пугачев А.Г. с соавт., 1996
3. Лопанкин Н.А., 1969,01978
4. Остропольская Е.А., 1969;
5. <https://review.uz/uz/>
6. Баньковский Н.С., Левковский Н.С., Матросов Н.К., 1978
7. Баблюян А.С., 1986, Босин В.Ю., Филипкин М.А., 1988