

чи при позыве к мочеиспусканию отмечали 7 пациенток (21,2 %) оперированных по методике TVT и 4 пациентки (23,5 %) оперированные по методике Берча.

Выводы

При сравнительной оценке эффективности операции TVT и Берча отмечается меньшее число осложнений в послеоперационном периоде у пациенток, которым выполнялась операция TVT. В связи с этим срок пребывания пациенток в стационаре минимизирован и составил 2–3 дня. Также отмечается более высокая эффективность операции TVT в отдаленном периоде, при которой процент хороших результатов составил 97 %, в то время как при операции Берча — 88,2 %. Среди пациенток прооперированных по методике Берча, в 11,8 % случаев наблюдаются признаки недостаточного эффекта от операции, при аналогичном показателе в 3 % при операции TVT.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савицкий, Г. А. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин / Г. А. Савицкий, А. Г. Савицкий. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.
2. Симптом недержания мочи при напряжении: проблема патогенеза, дифференциального диагноза и терапии / Э. К. Айламыян [и др.] // Журнал женских и акушерских болезней. — 2004. — № 1.
3. Балан, В. Е. Современные подходы к ведению и лечению женщин с расстройствами мочеиспускания / В. Е. Балан // Акуш. и гин. — 2006. — № 5.

УДК 616.591:611.95]-053

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛЩИНЫ ЭПИДЕРМИСА КОЖИ В ОБЛАСТИ ЖИВОТА

Линков М. В.

**Научный руководитель: ассистент кафедры гистологии,
цитологии и эмбриологии И. В. Орлова**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Кожа является одним из самых крупных органов. Ее издавна считают внешним барьером организма. При всей своей «простоте» строения кожа содержит в своем составе большое количество разнообразных клеток и неклеточных структур. Кожа выполняет много различных защитных и метаболических функций, стабилизирующих организм. Кожный покров многослоен и состоит из эпидермиса, дермы и подкожно-жировой клетчатки. Эпидермис представлен многослойным плоским ороговевающим эпителием, в котором постоянно происходит обновление и кератинизация [3].

С возрастом эпидермис претерпевает ряд изменений:

- 1) истончение эпидермиса;
- 2) замедление процессов десквамации, кожа становится грубой, с жесткой текстурой;
- 3) снижение синтеза эпидермальных липидов;
- 4) интенсификация трансэпидермальной потери влаги, нарушение связывания жидкости в роговом слое, снижение способности кожи впитывать влагу из окружающей среды;
- 5) снижение скорости обновления клеток эпидермиса. В молодом возрасте клетки эпидермиса заменяются новыми за 26–27 дней. С возрастом процесс восстановления кожи замедляется, и скорость обновления клеток снижается почти в 2 раза [1].

Объектом нашего исследования стал эпидермис кожи людей разных возрастных групп. Данные исследования дают возможность с практической точки зрения изучать барьерные особенности кожи.

Цель исследования

Проследить основные возрастные изменения толщины эпидермиса кожи человека.

Материалы и методы исследования

Для проведения исследования были приготовлены препараты из кожных лоскутов области живота трупов разных возрастных групп (4 месяца, 12 лет, 34 года, 70 лет). Затем материалы в течение 24 часов фиксировали 10 % раствором формалина. Далее материалы промывались под проточной водой, а затем в течение суток обезживались и подготавливались к парафинизации в автопроцессоре спиртовой проводки биопсийного материала «LEICA TP 1020». Далее заливали парафиновые блоки, которые помещали на холодильную установку (температура $-5-10\text{ }^{\circ}\text{C}$). Из получившихся парафиновых блоков на микротоме были приготовлены срезы толщиной 4–8 мкм. Срезы расправляли на водяной бане (температура $+46\text{ }^{\circ}\text{C}$) и натягивали на предметное стекло. Далее подсушивали в термостате (температура $+37\text{ }^{\circ}\text{C}$) и окрашивали в автоматическом устройстве для окрашивания срезов тканей «Leica AUTOSTAINER XL» гематоксилин-эозином [2]. На предметное стекло наносили полистерол, накрывали покровным стеклом. Препараты микрофотографировали под увеличением $\times 40$ на поляризационно-интерференционном микроскопе «Biolar». При помощи микрометрической линейки (1 деление = 2 мкм) была измерена толщина эпидермиса в области выростов и в узких местах. Полученные результаты были обработаны при помощи пакета программ «Statistica» 6.0 и «Microsoft Excel» 2007.

Результаты и их обсуждение

Исследование показало, что средняя толщина эпидермиса кожи живота в возрасте 4 месяцев составляет 75,5 мкм, колебания в толщине от 42,6 до 108,4 мкм. Толщина эпидермиса кожи живота в возрасте 12 лет составляет 105,1 мкм, колебания в толщине от 47,8 до 162,4 мкм. Толщина эпидермиса кожи живота в возрасте 34 года составляет 103,8 мкм, колебания в толщине от 48,2 до 159,4 мкм. Толщина эпидермиса кожи живота в возрасте 70 лет составляет 39,1 мкм, колебания в толщине от 19 до 59,2 мкм. Результаты представлены на рисунке 1 и рисунке 2.

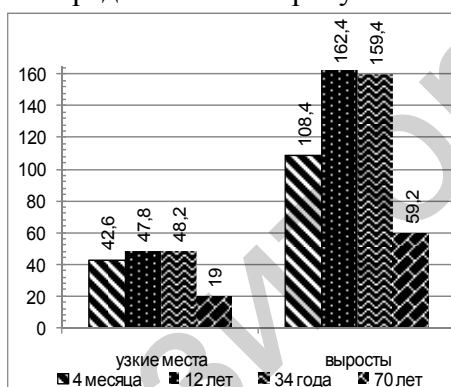


Рисунок 1 — Сравнение толщины эпидермиса кожи живота в различных местах

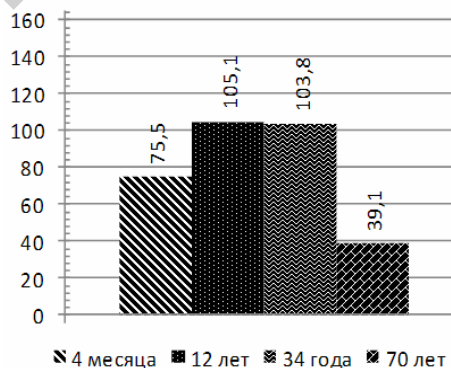


Рисунок 2 — Средняя толщина эпидермиса кожи живота

Выводы

1. Эпидермис грудных детей значительно тоньше, чем у взрослых (утолщается к году, роговой слой очень тонкий).
2. В период полового созревания происходит заметное утолщение эпидермиса (всех слоев и особенно его рогового слоя).
3. Эпидермис зрелого возраста существенно не отличается от эпидермиса детей в период полового созревания.
4. Эпидермис поздней возрастной группы существенно тоньше, чем в зрелом возрасте (шиповатый и зернистый слои резко истончаются, а роговой слой утолщается).
5. Наиболее выраженные изменения эпидермиса выявлены в постнатальном периоде, при половом созревании и старении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елисеев, Ю. Ю. Заболевания кожи. Полный справочник / Ю.Ю. Елисеев. — Эксмо, 2009. — 608 с.
2. Меркулов, Г. А. Курс патолого-гистологической техники / Г. А. Меркулов. — Л.: Изд-во «медицина», 1969. — 422 с.
3. Морфофункциональная дерматология / О. Д. Мяделец [и др.] — М: Медлит, 2006. — 752 с.

УДК 616.351-006.6-08

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Лисовская Д. Н., Михайлов И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Рак прямой кишки (РПК) занимает в мире в структуре онкологической заболеваемости и смертности одну из ведущих позиций [1]. Хирургический метод является ведущим в лечении РПК. При прорастании опухолью всех слоев кишки применяется комбинированное лечение, включающее предоперационную лучевую терапию (ЛТ), что приводит к снижению частоты местного рецидива и некоторому улучшению отдаленных результатов [1].

Цель исследования

Провести анализ клинико-морфологической структуры и непосредственных результатов лечения пациентов с РПК.

Материалом исследования явилась последовательная серия больных (85 человек), оперированных в абдоминальном хирургическом отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера в период с января по июнь 2005 г.

Методы исследования

Создана электронная база данных в среде MS Access, проведен статистический анализ клинико-морфологических факторов и непосредственных результатов лечения с использованием программы «Statistica» 6.0. Оценка проводилась с помощью точного критерия Фишера, с поправкой Бонферрони для множественных сравнений.

Результаты исследования

Средний возраст пациентов исследуемой группы составил $65,4 \pm 10,2$ года (от 36 до 88 лет). Мужчин было 43 (50,6 %), женщин — 42 (49,4 %). РПК I стадии наблюдался у 12 (14,1 %) пациентов, II — у 42 (49,4 %), III — у 17 (20 %) и IV — у 9 (10,5 %). Малигнизированная ворсинчатая опухоль выявлена в 2 (2,3 %) случаях, 2 (2,3 %) пациента оперированы по поводу местного рецидива РПК. Частота осложнений опухолевого процесса, в зависимости от локализации первичной опухоли представлена в таблице 1. Статистически значимых различий при этом не выявлено.

Таблица 1 — Частота осложнений в зависимости от локализации опухоли

Осложнения	Локализация опухоли*					P
	ректосигма (n = 6)	верхнеамп. (n = 26)	среднеамп. (n = 29)	нижнеамп. (n = 21)	вся ампула (n = 1)	
О. кишечная непроходимость	1 (16,67 %)	—	—	—	—	> 0,05
Хр. кишечная непроходимость	—	—	2 (6,9%)	—	—	> 0,05
Перфорация опухоли	1 (16,67 %)	1(3,8 %)	—	—	—	> 0,05
Перифокальный абсцесс	—	—	—	—	1 (100 %)	> 0,05
Анемия	1 (16,67 %)	1 (3,8 %)	1 (3,45 %)	1 (4,7 %)	—	> 0,05
Всего	3 (50 %)	2 (7,6 %)	3 (10,34 %)	1 (4,7 %)	1 (100 %)	0,27

* В таблицу не включены 2 случая рецидивной опухоли прямой кишки