Вопрос развития скелета и суставных соединений в эмбриональном периоде у человека до настоящего времени является важнейшей темой для споров и обсуждений.

К вопросу о топографо-анатомических корреляциях печени со смежными органами брюшной полости в эмбриогенезе

А.А. Молдавская, Н.Н. Касаткина

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Задача исследования – изучить сроки формирования и топографо-анатомические взаимоотношения закладки печени со смежными органами в зародышевом и предплодном периодах онтогенеза.

Материалом для выполнения работы служили серии срезов 15, 21, 27, 30, 32 и 38 мм теменно-копчиковой длины.

Методы – эмбриологические, гистологические, морфометрии и математического анализа.

По данным исследования, на протяжении зародышевого и предплодного периодов изменяются форма и размеры закладки печени от округлой, овальной до куполообразной. В паренхиме печени выявлены разрезы артериальных и венозных сосудов, часть из которых выполнена гемоцитобластами.

Прослежена динамика корреляций закладки печени с зачатками желудка, фиксированным на мезогастриум, левым надпочечником, левой половой железой и первичной почкой, петлями тонкой кишки.

Выявлены соотношения желудка с закладкой поджелудочной железы, расположенной в толще мезогастриум.

Получены морфометрические показатели основных параметров закладок смежных органов, артериальных и венозных ветвей, локализирующихся в паренхиме печени на ранних стадиях эмбриогенеза.

Морфометрические показатели стенки желудка (предплоды 32 – 33 мм ТКД) составляют: толщина стенки – 333-650 мкм; ширина просвета – 650 – 1190 мкм; толщина стенки тонкой кишки находится в пределах 325 – 490 мкм; ширина просвета варьирует (433 – 860 мкм).

Параметры артериальных сосудов, расположенных в паренхиме печени, составляют: длина – 424 – 5860 мкм; диаметр – 65 – 150 мкм.

У предплодов 38 мкм ТКД средние показатели длины и диаметра сосудов закладки печени соответственно составляют: 1085 – 3250 мкм; 320 – 542 мкм.

Таким образом, изучение динамики топографо-анатомических взаимоотношений печени с органами брюшной полости в эмбриогенезе приобретает актуальность в плане интерпретации патологии печени у детей раннего возраста.

Топографические взаимоотношения желудка с окружающими органами в эмбриогенезе

А.А. Молдавская, А.А. Калаев

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В задачу нашего исследования входило изучить топографо-анатомические корреляции желудка с окружающими органами в эмбриональном и предплодном периодах онтогенеза. В качестве материала были использованы серии срезов зародышей человека 6, 9, 15, 21, 27, 30, 32, 38 мм ТКД.

Применялись методы: эмбриологические, гистологические, морфометрии и математического анализа. Полученные результаты обрабатывались методами вариационной статистики, определялись коэффициент вариабельности, корреляционная связь по методу рангов и достоверность.

В результате исследования была выявлена прямая корреляционная связь между площадью топографо-анатомических корреляций желудка к висцеральной поверхности печени и сроками эмбрионального развития, а также были определены сроки дифференциации мышечных слоев желудка, тонкой и толстой кишки.

У эмбрионов 6, 9 мм ТКД площадь топографо-анатомической корреляции желудка к висцеральной поверхности печени составляет 25%. У эмбрионов 15 мм ТКД изучаемый параметр составляет 75%.

У предплодов 21, 27 мм ТКД площадь корреляций равна 100%. У предплодов 30, 32 мм ТКД площадь корреляций варьирует от 75% до 100%. У предплодов 38 мм ТКД площадь корреляций составляет 100%. В отношении дифференциации мышечных слоев стенок желудка, тонкой и толстой кишок наиболее существенные изменения в формировании данных слоев происходят в конце зародышевого – в начале предплодного периодов. У эмбрионов 6, 9, 15 мм ТКД в мезенхиме, составляющей стенки желудка, тонкой и толстой кишки, отчетливо контурирует закладка тонкого мышечного слоя, ориентированного в циркулярном направлении. Толщина данного слоя у эмбрионов 9 мм ТКД составляет 7,7 мкм, 15 мм ТКД – 15,4 мкм, 46,2 мкм. Закладка наружного продольного слоя и первые элементы *fibrae obliquae* появляются сначала в желудке у предплодов 27 мм ТКД. Толщина наружного продольного мышечного слоя составляет 15,4 мкм; 30,8 мкм. У предплодов 30, 32, 38 мм ТКД закладка наружного продольного мышечного слоя определяется уже в тонкой и толстой кишке. Толщина продольного слоя:

в тонкой кишке у предплодов 30 мм ТКД составляет 30,8 мкм; 32 мм ТКД – 46,2 мкм; 38 мм ТКД – 30,8 мкм, 46,2 мкм, 77 мкм;

в толстой кишке у предплодов 30 мм ТКД составляет 15,4 мкм; 32 мм ТКД – 15,4 мкм, 30,8 мкм; 38 мм ТКД – 30,8 мкм, 46,2 мкм;

в стенке желудка у предплодов 30 мм ТКД составляет 30,8 мкм; 32 мм ТКД – 46,2 мкм, 77 мкм; 38 мм ТКД – 46,2 мкм, 77 мкм.

Таким образом, дифференциация мышечных слоев стенки некоторых отделов пищеварительной трубки и взаимоотношения желудка с печенью являются

генетически запрограммированными и имеют строгую закономерность, которая находится в зависимости от стадий внутриутробного развития.

К вопросу о развитии женского бесплодия по данным центра планирования семьи и репродукции Астраханской области

А.А. Молдавская, Д.С. Бондаренко
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Одной из главных задач нашего исследования явилось выявление больных с бесплодием за 2002 год. Число женщин, взятых на учет, первично составило 233. После проведенного лечения диагностировано 96 беременностей от числа женщин всей диспансерной группы. Таким образом, эффективность лечения, как соотношение числа первично обратившихся к числу наступивших беременностей, составила 41%. По данным отечественных и зарубежных авторов, различают первичное, вторичное бесплодие, абсолютное и относительное. Первичное бесплодие имеет место у женщин, у которых ни разу не было беременности при браке, продолжительность которого – более 2 лет. Вторичное бесплодие возникает после родов, аборт, внематочной беременности. Под абсолютным бесплодием подразумевают такое состояние, при котором в организме мужчины или женщины имеются нарушения, исключающие возможность зачатия (отсутствие половых желез, матки и т.д.).

Бесплодие считают относительным, если причина, вызвавшая его, может быть устранена при соответствующем лечении. К наиболее частым причинам бесплодия у женщин относятся воспалительные заболевания половых органов, непроходимость труб при гонорейном сальпингите. Бесплодие часто возникает после аборта или патологических родов. Туберкулезное поражение придатков матки имеет меньший удельный вес среди других инфекций. При сальпингитах бесплодие связано с образованием рубцов и спаек, нарушающих проходимость труб. Бесплодие эндокринного происхождения обычно сопутствует тяжелым формам заболеваний желез внутренней секреции. Причиной могут быть также так называемые первичные патологические процессы в яичниках. К первичному поражению яичников, ведущему к бесплодию, можно отнести такие патологические процессы, как дисгенезия гонад, аплазия и выраженное недоразвитие (гипоплазия) яичников, некоторые формы склерокистоза яичников, поражение фолликулярного аппарата в результате перенесенных инфекционных заболеваний и интоксикаций, особенно в детском возрасте.

Механизм возникновения бесплодия при поражении яичников сводится к отсутствию овуляции и снижению синтеза гормонов яичника, необходимых для нормального созревания яйцеклетки.

Изменения, вызывающие бесплодие, могут возникнуть вторично в связи с заболеваниями гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, гипоталамуса. Акромегалия, микседема, выраженный гипертиреоз, тяжелая форма сахарного диабета, нарушения опло-

дотворения являются факторами риска, ведущими к возникновению бесплодия.

Травмы и аномалии развития половых органов, нарушения иммунологического статуса могут служить причиной бесплодия.

Таким образом, изучение различных факторов риска, приводящих к возникновению бесплодия, необходимо в плане актуальности поставленных задач по эффективности лечения женщин, страдающих бесплодием. Поэтому эта проблема является не только медицинской, но и социальной.

Пародонтологический статус больных с системным остеопорозом, развившемся на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта

Мухамеджанова Л.Р., Галеев И.М.
Казанский государственный медицинский университет, Казань

В последние годы внимание клиницистов - стоматологов привлекают вопросы влияния системного остеопороза на течение хронических воспалительных заболеваний пародонта, в частности хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Известно, что системный (вторичный) остеопороз может быть вызван многими причинами (гормональные нарушения, заболевания почек, костного мозга), в том числе и заболеваниями желудочно – кишечного тракта (Б. Лоренс, Л. Джозеф Мелтон, 2000). Литературные данные свидетельствуют о влиянии мальабсорбции на костный метаболизм (Herber E. 1994). Риск развития остеопороза велик у пациентов, длительно страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (Shiomi K., 1992). Хроническое воспаление слизистой оболочки желудочно – кишечного тракта способствует снижению всасывание кальция и пищевого витамина Д с развитием стеатореи или без нее (Frame G., Parfitt A., 1978). Гипокальциемия ведет к активизации паращитовидных желез (Averette H.E., 1990). Результатом этих комплексных нарушений является остеомалация или остеопороз.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей пародонтологического статуса больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Было обследовано 78 больных (40 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 28 до 52 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение городской клинической больницы № 1 г. Казани с диагнозом язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Все обследуемые разделены на 3 группы в зависимости от длительности течения заболевания: 1 гр. (26 чел) – от 10 до 15 лет; 2 гр. (24 чел) – от 5 до 10 лет, 3 гр. (28 чел) - до 5 лет. Диагноз был верифицирован эндоскопически. Диагностику системного остеопороза проводили методом ультразвуковой эхоостеометрии на аппарате Sunlight Omnisenge TM 7000 S. О состоянии костной ткани челюстей судили по данным спиральной компьютерной томографии (Somatom spiral HP).

Результаты исследования плотности костной ткани середины тела большеберцовой кости выявили