

*Успехи современного естествознания**Медико-биологические науки***СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА ЯИЧНИКОВ ПЛОДОВ,
НОВОРОЖДЕННЫХ И ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН**

Аверьянов П.Ф., Медведева А.В.
*Саратовский медицинский университет,
Саратов*

Яичники относятся к числу наиболее сложно построенных органов человека. Это связано с тем, что в формировании яичников принимают участие все три основные тканевые закладки: энтодерма, эктодерма, мезодерма. Дифференцировка яичников начинается у эмбрионов длиной всего 17 мм (на 30-40 день внутриутробной жизни) и в течение внутриутробной жизни проходит ряд стадий, в результате которых морфологическое строение яичников претерпевает значительные изменения. Существует мнение, что яичник доношенного плода представляет собой морфологически законченное образование, сходное по структуре с гонадой половозрелой женщины.

Нами были исследованы яичники 45 плодов и новорожденных от 26 недель внутриутробной жизни до 10 дней внеутробной жизни в сравнении с яичниками 10 взрослых женщин возрастом от 18 до 60 лет. Причиной смерти плодов и новорожденных чаще всего была патология беременности матери и только в 2 случаях насильственная смерть. Причиной смерти взрослых женщин в 9 случаев из 10 явилась насильственная смерть. Были отмечены явные различия в гистологическом строении яичников плодов и взрослых, однако строение яичников плодов и взрослых имеет и некоторые сходные черты.

Непосредственно под оболочкой яичника располагается корковое вещество, глубже которого находится мозговое вещество. Было обнаружено, что мозговое вещество имеет значительное сходство в яичниках как плодов и новорожденных, так и взрослых женщин любого возраста. Мозговое вещество состоит из соединительной ткани, содержит магистральные кровеносные сосуды и нервы. Таким образом, мозговое вещество для яичника выполняет питательную функцию.

Корковое вещество, в противоположность мозговому, сильно отличается у плодов женского пола и взрослых женщин. В корковом веществе плодов и новорожденных основную массу составляют примордиальные фолликулы, состоящие из овоцита первого порядка, окруженного одним слоем плоского эпителия. Число примордиальных фолликулов у новорожденного составляет приблизительно 300.000-400.000. Однако процессы развития овоцитов начинаются уже во внутриутробном периоде, поэтому, помимо примордиальных в корковом веществе яичника плодов встречаются единичные растущие, зрелые и даже атретические фолликулы. Они располагаются преимущественно на границе между корковым и мозговым веществом, и их общее количество колеблется от 3 до 7 в одном яичнике. В постэмбриональном периоде количество примордиальных фолликулов в корковом веществе быстро сокращается и к периоду половозре-

лого возраста (16-18 лет) их остается примерно 500-1000. Растущих же фолликулов различной степени зрелости становится намного больше, а также появляется большое количество атретических фолликулов. Кроме того, в корковом веществе яичника зрелой женщины находятся желтые тела, возникающие из фолликулов, претерпевших процесс овуляции. Приблизительно с 30-35-летнего возраста в корковом веществе яичника начинает разрастаться соединительная ткань, а количество зрелых фолликулов сокращается. В климактерическом и менопаузальном периодах (50-60 лет) количество фолликулов настолько мало, а соединительная ткань довольно значительно разрастается в корковом веществе, что иногда практически невозможно отличить микроскопически корковое вещество яичника от мозгового.

Таким образом, строение яичника в течение всей жизни женщины значительно изменяется, что связано с различной функциональной активностью, но также может быть вызвано всевозможными патогенными факторами как внешней, так и внутренней среды организма.

**АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ВОЛЧАНОЧНОГО
НЕФРИТА**

Бажина О.В., Баранов А.А.,
Василевская О.А., Чмырь В.В.
*Ярославская Государственная
Медицинская Академия*

Целью настоящего исследования явилось уточнение факторов, участвующих в поражении почек у больных системной красной волчанкой.

Материал и методы: проведено комплексное клиничко-иммунологическое обследование 34 пациентов с системной красной волчанкой (4 мужчины и 30 женщин, средний возраст $36,5 \pm 12,4$ лет). У 11 (32,4%) из них был выявлен антифосфолипидный синдром (АФС). Поражение почек встретилось у 28 (82,4%) больных. Определение антител к кардиолипину (аКЛ) изотипов IgG и IgM, антител к нативной ДНК (а-нДНК) и IgM и IgA ревматоидных факторов (РФ) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. При статистической обработке результатов использовались корреляционный, интеркорреляционный и факторный анализы.

Результаты исследования: поражение почек при СКВ было достоверно связано с активностью болезни, оцениваемой по шкале SLEDAI ($r=0,61$; $p<0,001$) и SLAM ($r=0,38$; $p<0,05$). При этом показатели активности также положительно коррелировали между собой ($r=0,72$; $p<0,00001$).

Обратные взаимосвязи выявлены с минимальной степенью клинической активности заболевания ($r=-0,39$; $p<0,05$), а также наличием IgG аКЛ в среднем титре ($r=-0,40$; $p<0,05$). При этом последний показатель имел обратную зависимость с индексом SLAM ($r=-0,35$; $p<0,05$), а первая степень клинической активности с индексом SLEDAI ($r=-0,57$; $p<0,01$).

Факторный анализ позволил определить основные группы показателей, оказывающих влияние на поражение почек у больных с СКВ

В группе пациентов с СКВ выделено пять факторов, принимающих участие в поражении почек, с общей силой влияния 50,4%. Практически все они были связаны с АФС и аКЛ.

Первый фактор ("Фактор активности и АФС" сила воздействия - 17,9%) зависел от высокой степени активности заболевания ($r=0,77$), наличия определенного АФС ($r=0,71$) и связанных с ним острых нарушений мозгового кровообращения ($r=0,85$) и эпилепсии ($r=0,84$).

Второй фактор ("АФС-фактор", 11,3%) включал в себя АФС ($r=0,74$) и различные его проявления, а, именно, тромбозы ($r=0,87$), венозные тромбозы ($r=0,87$), в частности тромбозы поверхностных вен ($r=0,75$).

Третий фактор ("Фактор течения заболевания", 8,6%) носил прямую зависимость с острым течением ($r=0,70$) и высокой активностью заболевания (SLAM - $r=0,79$).

Четвертый фактор ("Фактор аФЛ", 6,6%) объединил присутствие аКЛ ($r=0,70$), IgG аКЛ ($r=0,87$) и IgG аКЛ в среднем титре ($r=0,63$), тем самым дополняя предыдущие клинические факторы иммунными признаками АФС.

Пятый фактор ("Фактор иммуновоспалительной активности, 5,8%) носил прямую зависимость с наличием а-нДНК ($r=0,49$) и обратную с IgM и IgA РФ ($r=0,-61$ и $r=-0,63$). Этот факт подтверждает данные литературы об участии а-нДНК в патогенезе нефрита при СКВ и о более редком его развитии у больных, имеющих РФ.

Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о сложности и многообразии патогенетических механизмов, участвующих в развитии поражения почек при СКВ.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИГЕНА ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ И ПОКАЗАТЕЛЯ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Бажина О.В., Баранов А.А.,
Василевская О.А., Чмырь В.В.
*Ярославская Государственная
Медицинская Академия*

Цель исследования: определить клиническое значение ФВ:Аг у больных хроническим гломерулонефритом и узелковым полиартериитом.

Материал и методы: обследовано 18 пациентов с узелковым полиартериитом (9 мужчин и 9 женщин, средний возраст $35,4 \pm 10,6$ лет) и 44 – с хроническим гломерулонефритом (34 мужчины и 10 женщин, средний возраст $31,6 \pm 12,9$ лет). Поражение почек отмечалось у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом. У 5 человек имел место мочевого синдром, представленный умеренной протеинурией и микрогематурией. У одного пациента был выявлен нефротический син-

дром. У пациентов с хроническим гломерулонефритом наиболее часто встречался мочевого синдром - у 23 (52,3%), реже наблюдались нефротический - у 13 (29,5%) и острый нефритический синдромы - у 8 (18,2%) человек. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 25 (56,8%) больных. У 39 больных хроническим гломерулонефритом диагноз был подтвержден при биопсии почек. Среди морфологических вариантов хронического гломерулонефрита встречались следующие: мезангиопролиферативный у 29 (74,4%) человек, мезангиокапиллярный и липоидный нефроз у 4 (10,2%), мембранозный и фибропластический у 1 (2,6%) пациента. ФВ:Аг определяли в сыворотке крови твердофазным иммуноферментным методом.

Результаты исследования: повышение концентрации ФВ:Аг в сыворотке крови обнаружено у 6 (33,3%) больных узелковым полиартериитом и у 21 (47,7%) пациента с хроническим гломерулонефритом. При этом, нами выявлена достоверная прямая зависимость между наличием почечной патологии и повышением уровня ФВ:Аг ($r=0,45$; $p<0,05$) при узелковом полиартериите. При хроническом гломерулонефрите получены достоверные положительные взаимосвязи между наличием артериальной гипертензии, нефротическим и острым нефритическим синдромами и повышением уровня ФВ:Аг (соответственно $r=0,37$, $p<0,05$; $r=0,38$, $p<0,05$; $r=0,49$, $p<0,001$), напротив, обратная взаимосвязь выявлена между мочевого синдромом и данным показателем ($r=-0,68$, $p<0,0001$).

Закключение: таким образом, проведенное нами исследование показывает необходимость определения ФВ:Аг в сыворотке крови в качестве маркера почечного поражения при узелковом полиартериите и показателя более тяжелого течения заболевания при хроническом гломерулонефрите.

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ КАК ПРОБЛЕМА ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Базлов С.Б., Марченко Н.В.
*Кубанская государственная
медицинская академия,
Краснодар*

Хирургическая тактика лечения гнойно-некротических поражений нижних конечностей при сахарном диабете за последнее время претерпела значительную эволюцию. Стремление максимально сохранить длину конечности привело к необходимости применения, наряду с классическими методами хирургической обработки, различных методов восстановления кожного покрова. Наличие макро-, микроангиопатии, небольшая подвижность тканей и слабо выраженная сосудистая сеть дистальных отделов нижних конечностей усложняет выполнение пластических операций. Наблюдали 54 пациента с гнойно-некротическими осложнениями диабетической стопы, требующими проведения в процессе лечения пластических методов восстановления кожного покрова нижних конечностей. Пластика островковыми лоску-