

Таблица 2.

Критерии	Железистый полип эндометрия, n = 20 (29,4%)		Железисто-фиброзный полип эндометрия, n = 48 (70,6%)	
	Функционально активный	Функционально неактивный	Функционально активный	Функционально неактивный
Количество пациенток	13 (19,1%)	7 (10,3%)	14 (20,6%)	34 (50%)
Репродуктивный период	10 (14,7%)	4 (5,9%)	13 (19,1%)	14 (20,7%)
Период пременопаузы	1 (1,5%)	3 (4,4%)	-	3 (4,4%)
Период менопаузы	1 (1,5%)	-	1 (1,5%)	7 (10,2%)
Период постменопаузы	1 (1,5%)	-	-	10 (14,7%)

Выводы: 1. Ведущее место в структуре внутриматочной патологии занимают гиперпластические процессы эндометрия, такие как полип и гиперплазия. 2. Гистероскопические вмешательства характеризуются низкой частотой интра – и послеоперационных осложнений, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре и послеоперационной реабилитации. 3. Гистероскопия при бесплодии может использоваться как для уточнения характера патологии матки, приведшей к бесплодию, так и для выбора метода лечения.

Таким образом, в настоящее время гистероскопия признана золотым стандартом изучения патологии полости матки и используется как для уточнения характера, так и для лечения патологии матки. Этот метод значительно расширяет диагностические возможности при выявлении внутриматочной патологии (гиперплазия эндометрия, субмукозный узел и др.), позволяет быстро скорректировать тактику ведения больных, выбрать метод лечения (консервативный, хирургический), позволяет проводить контроль эффективности лечения и выполнять оперативные манипуляции. Данные операции являются органосохраняющими, что очень важно для больных в детородном возрасте.

АНАТОМИЯ ПОЯСНИЧНЫХ СТВОЛОВ БЕЛОЙ КРЫСЫ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Строение поясничного лимфатического русла (ПЛР) белой крысы описано в единичных работах и противоречиво (Жданов Д.А., 1942; Иосифов И.М., 1944; Рахимов Я.А., 1968). Принято считать, что у крысы пояснич-

ные стволы (ПС) начинаются от подвздошных или каудальных поясничных лимфоузлов (ЛУ). Мной проведено исследование строения ПЛР у 100 белых крыс обоего пола 3-8 мес после инъекции синей массы Герота.

У крысы ЛУ гораздо меньше, чем у человека. Подвздошные ЛУ обнаружены у 63% крыс, чаще справа (50%), обычно один, редко два. Напротив, каудальные левые поясничные ЛУ более постоянны (100%) и многочисленны, чем правые (60%). Они находятся около бифуркации аорты. Краниальные поясничные ЛУ (левые – 94%, правые – 90%) размещаются около почечных ножек. По синтопии левые поясничные ЛУ являются латероаортальными, каудальные правые – латерокавальными, краниальные правые – чаще ретрокавальными, реже – интераортокавальными. Поясничные ЛУ – чаще одиночные, особенно каудальные, среди краниальных левых 2-3 ЛУ встречаются чаще, чем среди правых. Общее количество поясничных ЛУ крысы колеблется в пределах от 3 до 11 ($5,9 \pm 0,4$), наиболее постоянными и многочисленными оказываются левые латероаортальные ЛУ. Средние поясничные ЛУ редко встречаются: прекаральные – у 4% крыс, започечные – у 6% (у самцов). Между каудальными (а в их отсутствие – подвздошными) и краниальными поясничными ЛУ протягиваются крупные лимфатические сосуды, которые я назвал межузловыми поясничными стволами (МУПС) – правый и левый, иногда – средний ($16,6 \pm 6,8\%$ крыс). Между МУПС образуются непостоянные ($40,0 \pm 8,9\%$) полиморфные анастомозы, вдвое реже, чем между правыми и левыми поясничными ЛУ человека. Поэтому сплетениевидная конструкция ПЛР у крысы встречается в 8,2 раза реже, чем у человека, а комбинированная (с элементами сплетений) – в 1,9 раза реже. Сплетения обычно находятся в краниальной (на уровне ПС – $16,6 \pm 6,8\%$ крыс)

и каудальной частях ПЛР (около бифуркации аорты – $20,0 \pm 7,3\%$ крыс).

В отличие от человека, у крысы цистерна грудного протока (ГП) встречается постоянно. Ее главным корнем служит левый ПС, дополнительными – правый ПС ($93,3 \pm 4,6\%$ крыс) или средний ПС ($6,7 \pm 4,6\%$), кишечный ствол (КС – $66,7 \pm 8,6\%$) – чревный, брыжеечный или смешанный. У 70% крыс КС, чаще брыжеечный, принимает участие в формировании левого ПС, который обычно огибает брюшную аорту с вентральной стороны. Они образуют сплетение или общий ствол. Д.А. Жданов (1945) обнаружил слияние КС с добавочным левым ПС в общий ствол у 6% людей. Когда левый ПС представлен 2-3 сосудами ($13,3 \pm 6,2\%$ крыс), хотя бы один из них огибает брюшную аорту с дорсальной стороны. Правый ПС крысы находится позади задней полой вены и / или в интераортокавальном промежутке. У $78,5 \pm 7,8\%$ крыс он представлен 1 сосудом – в 4 раза чаще, чем у человека, у которого он чаще одиночный. Левый ПС также одиночный у большинства крыс ($56,6 \pm 9,1\%$), но реже, чем правый ПС, и в 1,6 раза реже, чем у человека, часто бывает двойным ($30,0 \pm 8,4\%$ крыс) и тройным ($6,7 \pm 4,6\%$). ПС у крысы чаще всего начинаются от краниальных поясничных ЛУ, около почечных ножек, на уровне II-III поясничных позвонков, т.е. на позвонок каудальнее, чем у человека. ПС могут начинаться от каудальных поясничных и/или подвздошных ЛУ, около бифуркации аорты: левый – у $10,0 \pm 5,5\%$ крыс, средний – у 6,7%, правый – у 1%, обычно когда отсутствовали краниальные поясничные ЛУ определенной группы. ПС могут служить ветвями МУПС. У 12% крыс обнаружена продольная цистерна одного ПС или поперечная цистерна, совместная для 2-3 ПС при непостоянном участии КС, расположенная каудальнее цистерны ГП. У 33,6% крыс цистерна ГП, обычно конусовидная, длинная, деформирована в основании почечной артерией, образует каудальные дивертикулы, вентральные – это расширения устьевых отрезков корней цистерны (левого ПС и КС). Они подобны цистернам, переходящим с правого ПС на начало ГП у человека (Петренко В.М., 1995). У $16,6 \pm 6,8\%$ крыс обнаружено сплетение ПС – в 3,5 раза реже, чем у человека.

Закключение

ПЛР у белой крысы имеет, в отличие от человека, магистрализованное в разной степени строение, особенно при сравнении каудальных (нижних) отделов их ПЛР. Это связано с видовыми особенностями анатомии поясничных ЛУ: у крысы их в 4,35 раза меньше, размещаются они разрозненными, компактными, непостоянными группами – около бифуркации

аорты и почечных ножек, на позвонок каудальнее, чем у человека. В этой связи ПС крысы начинаются на позвонок каудальнее, чем у человека, а постоянный КС достигает ПС, обычно левого, что обеспечивает, вероятно, его постоянство и частое преобладание над непостоянным правым ПС по диаметру. Сплетения ПС встречаются у крысы гораздо реже, чем у человека. Если у человека поясничные ЛУ вместе с лимфатическими сосудами обычно составляют сплетениевидное или комбинированное со сплетениями ПЛР, то у белой крысы краниальные и каудальные поясничные (а в отсутствие последних – подвздошные) ЛУ соединяются посредством МУПС – образований, нехарактерных для ПЛР человека. Низкое начало ПС крысы от подвздошных или каудальных поясничных ЛУ, как это указывается в литературе, встречается редко, обычно когда отсутствуют краниальные поясничные ЛУ или ПС оказывается ветвью МУПС. В этой связи обнаружен непостоянный средний ПС крысы.

НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ МОРФОГЕНЕЗА ПОЯСНИЧНЫХ СТВОЛОВ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

В эмбриогенезе поясничное лимфатическое русло (ПЛР) представляют как систему лимфатических мешков (ЛМ) – ретроаортального (млечной цистерны), забрюшинного и подвздошных (поясничных и паховых). ЛМ трансформируются в сплетения лимфатических сосудов и узлов (ЛС, ЛУ) (Sabin F., 1909, 1914). S.Putte (1975) рассматривает ЛМ изначально как сплетение ЛС. Поясничные стволы (ПС) обнаруживают только у плодов 4-5 мес и старше в составе аортоабдоминального сплетения ЛС и ЛУ (Жданов Д.А., 1945; Спиров М.С., 1949; Филиппов А.И., 1975). Исследование морфогенеза ПС мной проведено на 400 эмбрионах и плодах человека 4-36 нед с использованием комплекса методов, в т.ч. изготовление серий окрашенных гистологических срезов и препарирование после инъекции синей массы Герота.

Интенсивный рост органов (печени, почек, надпочечников, нижних конечностей и др.) сопровождается образованием субкардинального синуса (СС) под верхней брыжеечной артерией (объединяет верхние/надпочечниковые и нижние/гонадные субкардинальные вены) и сакрокардинального анастомоза (СКА) около бифуркации аорты (объединяет тазовые