

0,13; $p = 0,553$), ЛГ и тестостероном ($r = -0,39$; $p = 0,005$).

При осложненной гестозом беременности не установлено корреляции между ФСГ и эстрадиолом ($r = 0,11$; $p = 0,538$), между ФСГ и прогестероном ($r = -0,18$; $p = 0,406$), между ФСГ и тестостероном ($r = -0,36$; $p = 0,035$). Не установлено корреляции между ЛГ и эстрадиолом ($r = -0,21$; $p = 0,229$), ЛГ и прогестероном ($r = 0,13$; $p = 0,553$), ЛГ и тестостероном ($r = -0,05$; $p = 0,781$).

Таким образом, исследование гормональных показателей и нейроэндокринных взаимоотношений системы репродукции новорожденных дают основание считать, что к моменту рождения ребенок имеет свои собственные гормоны, отличающиеся от материнских по величине. Это позволяет использовать их как стандарты при характеристике тиреотропно-тиреоидной и гонадотропно-гонадной системы новорожденных.

При гестозе имеет место сочетание неблагоприятных факторов, влияющих на течение беременности и внутриутробное развитие плода. Практически у всех детей в той или иной степени имеют место гормональные нарушения, дисбаланс тиреотропно-тиреоидной и гопизароно-гонадной систем.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Приоритетные направления развития науки, технологий и техники», 22-29 октября 2005г., Хургада (Египет). Поступила в редакцию 12.09.2005г.

ОСОБЕННОСТИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ВЕНЕЧНОГО СИНУСА СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В ВОЗРАСТЕ ОТ 61 ДО 70 ЛЕТ

Иванов В.А., Косоуров А.К.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им.акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

В доступной отечественной и зарубежной литературе уделяется пристальное внимание гистологическому строению вен сердца и венечному синусу (Козаев К.С., 1951; Шидловский В.А., 1966; Архангельский А.В., 1962; Бисенков Н.П., 1956, 1969; Кульчицкий К.И., Роменский О.Ю., 1985; Лопанов А.А., 1987, 1994; Тютенникова Н.Н., 1995; Коробкеев А.А., 1990, 1999; Piffer C.R. et al., 1990; Racker D.K., 1999; Clavin M., Shah D.C., Haissaguerre M. et al., 2000; Tritto M., Zardini M., De-Ponti R., 2001; Vigmond E.J., Ruckdeschel K., Trajanova N., 2001; Sun Y., Arruda M., Oxtomo K., Nakagawa H., 2002). Изучение гистотопографии венечного синуса сердца человека Н.П.Бисенковым (1956) показало, что в деталях строения он в значительной степени отличается от других вен сердца и от всех типичных вен вообще. Проведенный информационный поиск показал, что практически отсутствуют сведения о гистологическом строении синуса у лиц старших возрастных групп. В связи с этим нами было исследовано 10 из 57 препаратов на гистологическом уровне у лиц в возрасте от 61 до 70 лет, с целью изучения особенностей морфо-

метрического строения стенок венечного синуса сердца и его основных венозных притоков. С этой целью при помощи микротома были приготовлены тонкие срезы передней и задней стенок венечного синуса, взятых на расстоянии не более 1,5 см от места впадения синуса в правое предсердие, а также изготовлены препараты места впадения СВС в ВС. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван-Гизону на коллагеновые волокна и орсеином по Харту на эластические волокна. В каждом конкретном случае при помощи микроскопа МБИ-6 измерялись толщина передней и задней стенок венечного синуса в трех точках в стандартных полях зрения: 1) в крайней левой точке препарата; 2) в крайней правой точке препарата; 3) в середине расстояния между этими двумя крайними точками. Для определения толщины срезов стенок препаратов использовался окуляр-микрометр МОП-15. Исследовались: 1) толщина внутренней оболочки венечного синуса; 2) толщина средней оболочки синуса, представленной в основном гладкомышечными клетками (ГМК); 3) размер наружной оболочки синуса, состоящей из коллагеновых и эластических волокон. Кроме этого, определялась толщина подлежащих под синусом слоев миокарда и эпикарда предсердий. В препаратах области перехода средней вены сердца в венечный синус исследовались максимальная и минимальная толщина синуса и вены. Описывалось их общее строение, изучалось наличие или отсутствие клапана в месте перехода. При наличии клапана измерялись его минимальные и максимальные размеры. В результате исследования были получены следующие результаты. Передняя стенка ВС в данной возрастной группе не имела особенностей в строении. Однако в одном случае (кровоизлияние в мозг) стенка ВС была истончена и представлена хорошо выраженной внутренней оболочкой, в средней оболочке определялось до 3 слоев ГМК. Наружная оболочка, была отечной, содержала 2-3 слоя эластических волокон. Подлежащий миокард и эпикард предсердий не имели особенностей в строении. Средняя толщина стенки ВС в данной возрастной группе была равна $163,73 \pm 25,19$ мкм. Задняя стенка ВС в данной возрастной группе была явно истончена. В одном случае (отек мозга) стенка ВС была представлена тонкой внутренней оболочкой, в средней оболочке присутствовали либо единичные ГМК, либо цепочка данных клеток, хотя зачастую они отсутствовали. В наружной оболочке было до 4 слоев эластических волокон и выраженная наружная эластическая мембрана. В препарате определялась заклонка, представленная в основном коллагеновыми волокнами, покрытыми тонким слоем эндотелия. Под наружной оболочкой определялся один слой подлежащего миокарда, который был представлен местами циркулярными, местами продольными волокнами. Эпикард предсердий был фибронизирован, с лимфоцитарной инфильтрацией. Истончение стенки ВС наблюдалось так же и в препарате с патанатомическим диагнозом "отек мозга, атеросклероз сосудов головного мозга". В препарате отмечался один слой ГМК или их полное отсутствие, а в наружной оболочке – до 5 слоев эластических волокон. Миокард и эпи-

кард подлежащих предсердий не имели особенностей. В одном случае (кровозлияние в мозг) стенка ВС была широкой за счет содержащихся в средней оболочке ВС до 5 слоев ГМК, а в наружной оболочке – до 10 слоев эластических и коллагеновых волокон, которые были рыхло расположены, прерывисты и редки. Подлежащий миокард имел обычное расположение сначала продольных и циркулярных мышечных волокон. Средняя толщина стенки ВС в данной возрастной группе составила $154,54 \pm 14,69$ мкм, что статистически достоверно не отличалось от средней толщины передней стенки. Место впадения СВС в ВС было описано в 5 случаях. Во всех описанных препаратах стенка вены и ВС соответствовали вышеизложенным описаниям. Стенка вены была толще стенки ВС, и в месте перехода всегда определялся клапан обычного строения, который либо принадлежал вене, либо ВС. В результате исследования было описано строение ВС в старшей возрастной группе, что вносит определенный вклад в изучение данного венозного сосуда.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Проблемы морфологии. Теоретические и клинические аспекты» 14-17 сентября 2005г. г. Астрахань. Поступила в редакцию 20.09.2005г.

АНАТОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧЕЛОВЕКА

Изатулин В.Г., Газаль А.С.,
Никаноров С.Г., Вязьмин А.Я.
*Иркутский государственный
медицинский университет*

В научной литературе отсутствуют сведения по морфометрии мягких тканей околоушно-жевательной области, а именно кожи и подкожно – жировой клетчатки. Однако, установление этих характеристик тканей указанной области представляет определенный интерес, так как здесь локализована околоушная железа. В клинической практике для получения достоверного результата цитологического исследования важно ввести пункционную иглу на определенную глубину в каждом конкретном случае. Достичь этого можно только с учетом толщины мягких тканей расположенных на наружной поверхности железы, т. е. кожи и подкожной жировой клетчатки.

Для исследования получали мягкие ткани (кожу и подкожно – жировую клетчатку) околоушно-жевательной области в проекции околоушной слюнной железы до околоушно-жевательной фасции и капсулы органа. Измерения проводили на не фиксированном материале. Всего исследовано 47 кожно-жировых лоскутов. Толщину кожи определяли по переднему и заднему краям и в области верхнего и нижнего полюсов железы. Толщину подкожной клетчатки определяли в тех же областях, а так же в центральном участке органа. По результатам измерений в 4-5 точках каждой области вычисляли средние показатели.

В результате исследования установлено, что толщина кожи по переднему краю железы составляет

$1,71 \pm 0,037$ мм, по заднему краю – $1,01 \pm 0,031$ мм, в области верхнего полюса – $1,63 \pm 0,035$ мм, в области нижнего полюса $1,51 \pm 0,034$ мм. Толщина подкожно-жировой клетчатки характеризуется следующими параметрами: по переднему краю – $1,69 \pm 0,031$ мм, в области верхнего полюса железы – $1,37 \pm 0,038$ мм, в области нижнего полюса – $2,08 \pm 0,039$ мм, в центральном участке – $2,48 \pm 0,072$ мм.

Анализируя полученные данные, можно заключить, что наибольшая толщина кожи определяется в области заднего края и верхнего полюса железы, наименьшая – по ее переднему краю. Подкожно-жировая клетчатка лучше развита в центральном участке и в области нижнего полюса, менее выражена в области верхнего полюса и переднего края.

Анализ суммарных данных изучаемых мягких тканей в указанных участках объективно отражает морфометрические параметры по коже и клетчатке в отдельности. Наибольшая толщина комплекса «кожа-подкожно-жировая клетчатка» установлена в области нижнего полюса и заднего края железы ($3,59 \pm 0,073$ мм и $3,67 \pm 0,062$ мм соответственно), наименьшая – по переднему краю и верхнему полюсу ($2,70 \pm 0,11$ мм и $3,0 \pm 0,073$ мм).

Таким образом, установленные различия толщины мягких тканей, следует учитывать при проведении диагностических пункции органа.

Работа представлена на научную конференцию с международным участием «Проблемы морфологии. Теоретические и клинические аспекты», 14-17 сентября 2005г. г. Астрахань. Поступила в редакцию 20.09.2005г.

АДАПТИВНО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ В ПРЕМОРБИДНЫЙ ПЕРИОД СУИЦИДАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Изатулин В.Г., Голуб И.Е.,
Изатулин А.В., Шашкова О.Н.
*Иркутский государственный
медицинский университет*

Организм реагирует на изменения гомеостаза, в том числе и на поступления яда в организм не только развитием специфической реакции на химическое вещество, но неспецифической реакцией как стресс, обеспечивающей адаптацию путем активации гипоталамогипофиз-адреналовой системы. Наиболее важным звеном в этой системе являются надпочечники. Они обладают большой лабильностью и способны к быстрой функционально-морфологической перестройке.

Многочисленные исследования показали, что существенное значение в развитии клинической картины отравления, степени тяжести и, несомненно, исхода патологического процесса имеет предшествующие перед приемом токсического вещества состояние организма. Клинические наблюдения также выявили, что летальная доза отравляющих веществ значительно отличается при случайных и суицидальных отравлениях.