

они в 1–1,5 раза меньше чем выжившие, их ядра пикнотизированы, цитоплазма хромофобна, в вокругядерном пространстве обнаруживаются эритроциты. Клетки 2-й формы по площади сечения в 4–5 раз больше чем выжившие, шарообразные, ядра пикнотизированы, цитоплазма окрашена неравномерно. Соотношение указанных форм — 25:1. Внешний вид погибших клеток свидетельствует, что в первом случае произошел разрыв плазмолеммы, утечка цитоплазмы и попадание внутрь содержимого из прилегающих капилляров. Во втором случае произошло нарушение проницаемости плазмолеммы на фоне высвобождения в цитоплазме компонентов, делающих её гипертонической по отношению к окружению, что вызвало переполнение клетки жидкостью. Очевидно, что далее должен последовать разрыв плазмолеммы. Тенденция к расположению погибших клеток парами, очевидно, связана с прохождением ими митоза незадолго до лазерного облучения, что и стало основной причиной снижения устойчивости к повреждающим факторам, сопутствующим воздействию.

Кемоклидзе К.Г., Тюмина Н.А. (г. Ярославль, Россия)

АКТИВНОСТЬ ТУЧНЫХ КЛЕТОК В НАДПОЧЕЧНИКЕ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛАЗЕРОМ

Kemoklidze K.G., Tumina N.A. (Yaroslavl', Russia)

THE ACTIVITY OF MAST CELLS IN THE ADRENAL GLAND AFTER LASER DAMAGE

На 46 крысах-самцах линии Вистар массой 358±44 г изучали активность тучных клеток (ТК) в надпочечнике после повреждения лазером (аппарат «Лами», суммарная энергия воздействия 71,25 Дж). Срезы окрашивали толудиновым синим. Определяли индекс дегрануляции (ИД) и количество ТК на 1 мм² площади среза — плотность расположения (ПР) ТК. ИД ТК на 0-е сутки (сразу после повреждения) составил 2,78±0,08, снижаясь до 2,26±0,30 на 1-е сутки, 2,17±0,32 на 7-е сутки, 2,12±0,16 на 14-е сутки, 2,04±0,3 на 21-е сутки, 2,11±0,17 на 56-е сутки. ИД уже на 7-е сутки значительно отличается от такового на 0-е сут ($P=0,01$), а начиная с 14-х суток — с высоким уровнем значимости ($P<0,01$). Между 14-ми сутками и последующими сроками значимого отличия ИД нет. ПР ТК на 0-е сутки составила 3,75±1,23. С 1-х суток наметилась тенденция к плавному увеличению этого показателя: 5,84±1,34 на 1-е сутки, 4,37±0,76 — на 7-е, 7,70±2,67 на 14-е сутки ($P=0,05$ по сравнению с 0-ми сутками), 9,43±4,04 на 21-е сутки ($P<0,05$ по сравнению с 0-ми сутками). На 28-е сутки ПР ТК достигла 11,97±3,92 и стабилизировалась на этом уровне, составив на 56-е сутки 12,05±1,78 ($P<0,01$ по сравнению с 0-, 1-ми и 7-ми сутками). Таким образом, лазерное повреждение надпочечника вызывает всплеск активности ТК, выражающийся в выбросе секреторных гранул и росте относительной численности клеток. После прекращения действия повреждающего фактора секреторная активность ТК падает, но их численность продолжает расти, очевидно, в связи с развивающимися в органе

воспалительными и восстановительными процессами. К концу 1–2-го месяца после воздействия активность ТК стабилизируется.

Кернесюк М.Н. (г. Екатеринбург, Россия)

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ПРОСТАТЫ, ПУЗЫРНО-УРЕТРАЛЬНОГО СОЕДИНЕНИЯ И УРЕТРЫ

Kernesyuk M.N. (Yekaterinburg, Russia)

CLINICAL ANATOMY OF THE PROSTATE, VESICO-URETHRAL JUNCTION AND URETHRA

На трупах 33 людей среднего и пожилого возраста проведено количественное исследование топографии и гистотопографии простаты (П), пузырно-уретрального соединения и уретры. Изученные показатели: размеры П, лонно-предстательный угол, отношение к ориентирам — лонный угол, копчик, лонно-копчиковая линия, сухожильные дуги таза, мочеполая диафрагма, прямая кишка; соотношение мышечно-соединительнотканых пучков тела и дна мочевого пузыря, предстательной железы, уретры, мочеполой диафрагмы и слоев промежности. Морфометрические показатели явились основанием разделения обследованных на 3 группы: 1) показатели не имели значимых отклонений (16 случаев); 2) умеренные изменения морфометрических показателей (9 случаев); 3) выраженные изменения (8 случаев). Размеры П в 3 группах выраженных различий не имели. Положение заметно отличалось: а) увеличен лонно-предстательный угол; б) увеличено расстояние между лоном и верхушкой П; в) смещена верхушка П ниже лонно-копчиковой линии; г) основание П смещено в сторону крестца, прилежит к ампуле прямой кишки сверху при укороченном анальном канале; д) длина и диаметр предстательного отдела уретры выраженных отличий не имели, отмечено сужение мембранозного отдела в результате смещения верхушки П и мочеполой диафрагмы с образованием позадилоного изгиба. Мочевой пузырь имел овоидную форму, его дно и пузырно-уретральное соединение смещены кзади, заметно снижено содержание эластических волокон, сглажены границы между отделами. В связи с изложенным следует признать наличие патологии — опущение П (простатоптоз), а отмеченные признаки изменения ее положения — причина нарушения микционной функции мочевыводящих путей.

Кернесюк Н.Л., Гвоздевич В.Д., Сыроева Л.Ф., Лернер Ж.А., Гетманова А.В., Козлов А.С., Кернесюк М.Н., Шаныгин А.А., Алиев Р.Ш., Кязимов В.А. (г. Екатеринбург, Россия)

ТВОРЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ПО ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Kernesyuk N.L., Gvozdevich V.D., Sysoyeva L.F., Lerner Zh.A., Getmanova A.V., Kozlov A.S., Kernesyuk M.N., Chanygin A.A., Aliyev R.Sh., Kyazimov V.A. (Yekaterinburg, Russia)

CREATIVE LEVEL OF KNOWLEDGE OF OPERATIVE SURGERY AND TOPOGRAPHIC ANATOMY

В Уральском медицинском университете как фундаментально-прикладную дисциплину — оператив-