

менов, что может быть компенсировано применением иммуномодуляторов.

Кожухарь В.Г., Валькович Э.И., Скворцова М.Ю.
(Санкт-Петербург, Россия)

ИЗМЕНЕНИЯ ХРОМАТИНА В ЯДРАХ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОЛОВОЙ ЛИНИИ РАННИХ СТАДИЙ У ЗАРОДЫШЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Kozhukhar' V.G., Valkovitch E.I., Skvortsova M.Yu.
(St.Petersburg, Russia)

CHROMATIN CHANGES IN THE NUCLEI OF THE EMBRYONIC GERM LINE CELLS IN HUMAN EMBRYOS OF THE EARLY STAGES

До момента контакта с клетками полового валика первичные половые клетки имеют крупное округлое ядрышко и мелкогранулярный хроматин, равномерно распределенный по ядру. С 33-х суток начинается заселение полового валика гоноцитами, и с 35-х суток у некоторых из них появляются околядрышковые хромоцентры, образованные структурным гетерохроматином, ядрышко приобретает неправильную форму. К началу 7-й недели происходит разрыхление хромоцентров и уменьшение степени конденсации хроматина. Мелкодисперсный гетерохроматин локализован в основном по периферии ядра. Такая структура ядер сохраняется в клетках у мужского пола и в дальнейшем. В половых клетках в женской гонаде к 9-й неделе происходит уменьшение объема ядрышка и укрупнение скоплений гетерохроматина, расположенных главным образом около ядерной оболочки. К 10-й неделе ядрышко снова увеличивается в размерах, а гранулы хроматина становятся более мелкими. Описанные изменения соответствуют морфологической картине прелептотены. Предположительно, эти процессы запускаются сигналом из соматических клеток после контакта гоноцитов с целомическим эпителием полового валика. Восприимчивость половых клеток к действию ретиноевой кислоты (главный мейозиндуцирующий фактор), вероятно, связана с особой конформацией хроматина, которая названа доступной или открытой (Niwa, 2007).

Козлов А.С., Гвоздевич В.Д., Козлова В.В., Килунова М.Л., Шаныгин А.А. (г. Екатеринбург, Россия)

АРТЕРИИ НАДПОЧЕЧНИКА ЧЕЛОВЕКА

Kozlov A.S., Gvozdevich V.D., Kozlova V.V., Kilunova M.L., Shanygin A.A. (Yekaterinburg, Russia)

HUMAN ADRENAL ARTERIES

На основании анализа 116 препаратов надпочечника (НП), полученных в плодном и постнатальном периодах онтогенеза человека установлено, что существует полная прямая связь между параметрами НП и типом телосложения. При этом, наибольшую длину имеет левый НП у мужчин нормостенической и астенической конституции. Наименьшая длина чаще встречается у женщин-гиперстеников и характерна для правого НП. У крайних типов телосложения — астеников и гиперстеников — правый НП располагается соответственно

на уровне XI и XII грудных позвонков, а у нормостеников возможны варианты. Для левого НП связи не выявлено. В кровоснабжении НП главную роль играют ветви брюшной аорты. В кровоснабжении доминирует верхняя артерия НП, её бассейн занимает не менее 1/2 поверхности органа, средняя артерия НП питает задне-нижний отдел, нижняя артерия НП — передне-нижний отдел. Выявлена связь между числом основных артерий НП и формой органа. Для НП треугольной формы свойственно большое число верхних артерий и меньшее — средних. Отмечено, что добавочные артерии НП встречались в 66% случаев, чаще слева (41%). Частота находилась в обратной зависимости от количества одноимённых основных сосудов: нижние добавочные артерии — в 44% случаев, средние артерии — в 15%, верхние артерии — в 6%. Число всех добавочных артерий, подходящих к НП, равно 1–5. Наиболее вариабельны добавочные нижние артерии. Выявлены 3 формы кровоснабжения НП: аортальная, почечная, смешанная. В среднем, число основных надпочечниковых артерий составляло 5. Число добавочных артерий у астеников было равно 2–4, у гиперстеников и нормостеников — 1–2. У женщин среднее число этих артерий больше (7), чем у мужчин (5).

Козлов В.И., Азизов Г.А., Гурова О.А. (Москва, Россия)

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ

Kozlov V.I., Azizov G.A., Gurova O.A. (Moscow, Russia)

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE STUDY BLOOD MICROCIRCULATION DITURBANCES

Расстройства микроциркуляции (МЦ) крови играют важную роль в патогенезе различных заболеваний; их диагностика позволяет определить факторы риска на разных стадиях заболевания. Мы располагаем многочисленными клиническими наблюдениями за состоянием МЦ крови у пациентов с диабетом, гипертонией, венозной недостаточностью, хроническим пародонтитом, которые были получены с помощью современной биомикроскопической техники (компьютерная ТВ-микроскопия) и лазерной доплеровской флоуметрии. Наш алгоритм оценки нарушений МЦ крови (Козлов и др., Патент РФ № 2269288) включает в себя количественный и полуколичественный учет 4 групп признаков, характеризующих гемодинамику в микрососудах, их структурные изменения, реологию и состояние проницаемости микрососудов. Патофизиологические механизмы нарушений МЦ могут развиваться по типу: а) нарушения притока крови; б) нарушений оттока, сопровождающегося, как правило, венозным застоем; в) первичной патологии капилляров. При различных типах гемодинамических расстройств в патофизиологический механизм вовлекаются дисфункция эндотелия, нарушения проницаемости стенки микрососудов и гемореологические сдвиги, приводя к нарастающей гипоксии и ишемии тканей.