

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.