

лейкоцитов и клеток ПЭ увеличивалось к 4-м суткам по сравнению с исходным уровнем и становилось максимальным с 4-х по 14-е сутки, что соответствовало манифестации воспалительных изменений, регистрируемых рентгенологически и эндоскопически. К 30-м суткам на фоне улучшения клинического состояния отмечалось уменьшение содержания СЯ лейкоцитов, которое приближалось к исходному уровню. У 2 пациентов с существующим эндобронхитом (10 препаратов) уже в период с 1-х по 4-е сутки отмечался высокий уровень ПЯ и СЯ лейкоцитов, а также клеток ПЭ. Таким образом, морфологическими критериями оценки воспалительных изменений являются ПЯ, СЯ лейкоциты и клетки ПЭ, изменения состава которых коррелируют со степенью воспалительных изменений, определяемых рентгенологически и эндоскопически.

*Урбанский А.К., Пилипенко Д.В. (г. Оренбург)*

#### **АНГИОАРХИТЕКТОНИКА ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В НОРМЕ И ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ**

Позвоночные артерии (ПА) имеют первостепенное значение в кровоснабжении структур продолговатого мозга и задне-базальных участков полушарий. При нарушении в них кровотока только своевременная операция позволяет избежать множества осложнений. Целью работы было уточнение имеющихся и получение новых данных об интракраниальном отделе ПА в норме и при атеросклерозе применительно к возможности использования внутрисосудистых вмешательств. Исследовали 30 препаратов мозга людей и 25 фрагментов основания черепа с большим затылочным отверстием. Установлено, что место входа правой ПА в полость черепа (далее устье) располагалось выше, чем устье левой на 3,0–5,0 мм. Диаметр ПА в устье справа составил в среднем 3,8 мм, варьируя от 3,0 до 4,0 мм, слева — 3,9 мм, варьируя от 3,0 до 5,0 мм. Исследование показало, что диаметр артерий постепенно уменьшался, но левая ПА всегда была шире правой. Интактные ПА имели прямой ход, в то время как при возникновении атеросклероза они в различной степени изгибались (до 85,0°). Обнаружено до 4 поворотов ПА. С учетом различий диаметра ПА выделено 3 варианта формирования базилярной артерии: 1) преимущественно из левой ПА; 2) преимущественно из правой ПА; 3) равнозначное. Базилярная артерия формировалась: на поверхности моста (56,7%), на нижнем крае моста (26,7%) и на поверхности продолговатого мозга (16,1%). Таким образом, при возникновении атеросклероза ПА проведение интравазальных вмешательств целесообразно лишь на ранних стадиях патологического процесса при незначительной извитости артерий.

*Урусбамбетов А.Х., Ахриев Х.Р., Емкужев А.Т. (г. Нальчик)*

#### **НЕРВНЫЕ ВОЛОКНА ПРОСТАТЫ ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ**

Вопросу изучения иннервации простаты человека посвящено небольшое число работ. До настоящего времени мало изученным остается вопрос о состо-

янии нервных волокон в ткани простаты человека. Изучение нервных проводников простаты, терминальных нервных волокон, их интраорганного распределения и морфологического их состояния проведено на простате 5 практически здоровых людей, умерших скоропостижно, и 20 изолированных органах. В соответствии с поставленной задачей использовали метод импрегнации азотнокислым серебром. Иннервация простаты осуществляется ветвями вегетативного отдела нервной системы. Нервы, подходящие к ней исходят из тазового нерва, а также из узлов и межузловых ветвей симпатического ствола. Количество и топография нервов как симпатической, так и парасимпатической системы варьируют. Нервные волокна, проникающие в железу, располагаются пучками и одиночно. Они постепенно подразделяются на волокна, окружающие железки, различной толщины и обособленно следуют не прямолинейно, а, как правило, волнообразно изгибаясь. Встречаются волокна, образующие различной сложности петли, а также нервные волокна, заканчивающиеся утолщениями, и волокна с утолщениями по протяжению, местами выявляются ядра швановских клеток. Нервные волокна имеют толщину 1–3 мкм и, как правило, ровные контуры. Таким образом, следует констатировать, что простата интенсивно иннервирована как симпатическими, так и парасимпатическими нервными волокнами.

*Устюжанцев Н.Е. (г. Пермь)*

#### **КЛИНИЧЕСКАЯ МИКРОАТОМИЯ ВЕРХНЕЙ КАМЕНИСТОЙ ВЕНЫ**

Детальное знание строения сосудистой сети в базальных цистернах головного мозга важна при планировании операций на основании черепа и головного мозга. Целью исследования было изучение вариантов строения верхней каменистой вены (ВКВ) в латеральной цистерне моста при впадении в верхний каменистый синус (ВКС). Материалом исследования являлись препараты основания черепа, полученные во время секционного исследования трупов 50 человек с раздельным, поэтапным препарированием левой и правой половин. Изучено 100 препаратов корешка тройничного нерва (ТН) и венозной сети ВКВ. Для визуализации прижизненных взаимоотношений на основании мозга применен оригинальный способ вскрытия полости черепа (патент №2306871 от 20.04.2006г). При изучении типов венозного оттока удалось выделить 3 основных его варианта. 1-й тип — ВКВ имела одно устье при впадении в одноименный синус. При этом вена клочка мозжечка (ВКМ), латеральная вена среднего мозга (ЛВСМ) и поперечная вена моста (ПВМ) сливались в единый ствол за 2–3 мм до впадения в указанный синус. Этот вариант венозного оттока был обнаружен в 56 препаратах венозной сети. 2-й тип венозного оттока, при котором ВКВ имела 2 устья. В этом варианте в латеральное устье впадали ВКМ и ПВМ, сливаясь за несколько миллиметров до впадения в один ствол; в медиальное устье ВКС впадала ЛВСМ. Данный вариант

обнаружен в 33 препаратах. 3-й тип венозного оттока — ВКВ имела 3 устья в ВКС: в латеральное впадала ВКМ, в среднее — ПВМ, а в медиальное — ЛВСМ. Этот вариант встретился в 11 препаратах. Таким образом, в хирургической микроанатомии венозной сети в латеральной цистерне ствола головного мозга в зависимости от количества устьев и основных венозных стволов следует выделять 3 типа венозного оттока, осуществляющегося по ВКВ в ВКС.

*Ушаков А.Л., Пантелеев С.М., Ярославцева О.Ф., Чившина Р.В. (г. Тюмень)*

**ВЛИЯНИЕ ВВЕДЕНИЯ ФРАКЦИЙ ГОМОГЕНАТА ПОЧКИ НА ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ АКТИВНОСТЬ ЭПИТЕЛИЯ НЕФРОНОВ ПОЧКИ, ОСТАВШЕЙСЯ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ НЕФРЭКТОМИИ**

Через 48 ч после левосторонней нефрэктомии 72 белым беспородным крысам внутрибрюшно вводили гомогенат почечной ткани, взвеси осадка и надосадочной жидкости (по 24 животных). Через 1, 2, 4, 8, 16 и 24 ч определяли митотическую активность (МА) эпителия нефронов. Отмеченное во всех сериях опыта подавление МА уже через 1 ч после введения компонентов гомогената ткани почки обусловлено быстрым действием не связанных с мембранными комплексами G2-кейлонов, а подъем МА уже через 2 ч эксперимента — с обратимостью и кратковременностью их действия. Более выраженное снижение МА через 4 ч после введения взвеси осадка определяется содержанием в ней наибольшего количества мембранных комплексов и периодом освобождения и диффузии в тканях органа-мишени связанных с ними G1-кейлонов. Также объяснимо и меньшее снижение МА в опыте с введением надосадочной жидкости. Выявленное подавление МА после 8 ч опыта связано с продолжительностью от 4 до 8 ч латентного периода действия G1-кейлонов. Длительность подавления МА до 24 ч обусловлена необратимостью действия G1-кейлонов. Таким образом, динамика МА в оставшейся почке после левосторонней нефрэктомии и введения фракций гомогената почки показывает, что ингибирующий фактор находится как в свободном (G2-кейлоны), так и связанном с мембранами состоянии (G1-кейлоны).

*Фандеева О.М., Фандеев А.Л., Звягин В.Н., Алексина Л.А. (Санкт-Петербург)*

**ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ В СЕМЕЙНЫХ ГРУППАХ**

Исследованы дерматоглифические отпечатки пальцев рук и ног членов 320 семей (количество детей — 396). Определена частота встречаемости и асимметрия основных типов узоров, а также значимость различий в частоте встречаемости признаков на одноименных пальцах рук и ног в группах: отец–мать, отец–сын, мать–дочь, отец–дочь, мать–сын. Данные подвергали дескриптивному статистическому анализу, тесту Колмогорова-Смирнова, для групп наблюдений — тесту на гомогенность дисперсий, U-тесту по

методу Манна и Уитни или тесту Мозеса, в некоторых случаях применяли H-тест по методу Крускала и Уоллиса. Сопоставление групп признаков проведено с помощью дискриминантного канонического и дискриминантного анализа по Фишеру. Для контроля результатов использовали порядковую регрессию, T-тест для двух независимых выборок (пакет программ SPSS — 13.0). Установлено: что сохранение симметрии дерматоглифических признаков принадлежит женщинам (группы мать–дочь). Определены значимые различия частоты встречаемости дуг и сложных типов узоров на пальцах мужчин и женщин (признак, сцепленный с полом). Дерматоглифические признаки у женщин более повторяемы и симметричны, а следовательно, имеют большую популяционную значимость. Билатеральная асимметрия у мужчин и женщин выражена по-разному, она неодинакова на верхних и нижних конечностях. У мужчин пальцевые узоры более разнообразны и, следовательно, более информативны при сравнении внутри семейной группы.

*Фениксова Л.В., Богомилский М.Р., Гурина О.Ю., Илларионова Н.Г. (Москва)*

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ МИКРОСОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НЕКОТОРЫХ ЛОР-ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ**

С помощью метода конъюнктивальной биомикроскопии в клинике, а затем при ультраструктурном анализе операционного материала изучено состояние слизистой оболочки околоносовых пазух у детей с хроническим синуситом. Установлено, что одним из важнейших компонентов воспаления является сосудистая реакция, которая проявляется в основном в терминальных сосудах: артериолах, прекапиллярах, капиллярах и венах. Выявленные изменения микроциркуляции происходили фазно. В 1-ю фазу наблюдали либо преходящее сужение артериол, либо их расширение. Во 2-ю фазу выражена артериальная гиперемия, т.к. сосуды микроциркуляторного русла, прежде всего прекапилляры, достигнув максимального расширения, не реагируют на сосудистое раздражение. Наблюдаемые изменения в самой сосудистой стенке еще незначительные, поэтому экстравазкулярная потеря плазмы невелика. Затем наступает 3-я фаза сосудистой реакции — венозная, которая сопровождается замедлением тока крови, расширением сосудов и завершается престазом и стазом крови. В эту фазу преобладают вазодилататорные реакции, что доказывается резким угнетением реакции сосудов на катехоламины. При воспалительных заболеваниях у детей в слизистой оболочке околоносовых пазух мы наблюдали сосудистые реакции, свидетельствующие, с одной стороны, о закономерном разворачивании защитных механизмов. С другой стороны, при гиперэргической реакции замедление кровотока провоцирует микротромбозы, вызывающие рост местной тканевой гипоксии. Таким образом, создаются предпосылки перехода воспаления в подострое и даже хроническое течение. Проведено