

ЯИЧНИКИ: СТАРЕНИЕ В ПОСТРЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Былдина А.А., Горбанева Е.С., Лесовая А.А., Мамадиев Е.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.
Кафедра анатомии человека
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: морфология инволюции женских половых органов по сравнению с другими системами организма человека, по данным литературы, представлена крайне скудно. Большая часть работ, рассматривающих изменения яичников в пострепродуктивном периоде представлена лишь с клинических позиций.

Основная часть: для анализа литературы были использованы методические пособия, клинические рекомендации и современные научные исследования в области геронтологии, возрастной гинекологии и анатомии. В ходе изучения научной и методологической литературы было установлено, что даже при утрате основной — генеративной — функции яичников, они продолжают функционировать, но претерпевают ряд морфологических изменений. В первую очередь происходит гормональная перестройка и изменение метаболизма тканей органа. Наблюдается снижение секреции суммарных эстрогенов, которые синтезируются яичниками. Это находит своё отражение в микроскопических изменениях, которые, главным образом, происходят в фолликулярном аппарате яичников [1]. Кроме того в процессе инволюции гонада претерпевает ряд макроскопических преобразований: поверхность яичника становится крупнобугристая, происходит утолщение белочной оболочки и склероз стромы. В результате инволюционных изменений артерии яичников страдают от склероза, который инициирует компенсаторное расширение вен [2]. В пожилом возрасте в результате полной атрофии возможно превращение гонад в плоские фиброзные пластинки [3].

Заключение: знание морфологических особенностей яичников, возникающих в процессе старения женской репродуктивной системы, позволяет понять механизмы патологических процессов инволюционного характера в этом органе и применить эти знания в клинической практике.

Литература

1. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. «Постменопауза. Физиология и патология» — Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов № 2, 1998.
2. Обухова Ю.Д. «Морфология яичников в различные периоды онтогенеза. Обзор литературы» — Вестник новых медицинских технологий — 2010 0 Е. XVII, № 2. С. 301.
3. Алексеев Ю.Д., Ивахина С.А., Ефимов А.А., Савенкова Е.Н., Райкова К.А. «Возрастные морфологические изменения органов женской половой системы».

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК: УДВОЕНИЕ ПОЧКИ

Гончаров С.С., Клименко Е.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.
Кафедра анатомии человека
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: удвоение почки — часто встречающийся порок развития мочевыводящей системы. Аномалия имеет существенное клиническое значение, так как является фактором риска развития различных заболеваний, нередко приводящих к инвалидности.

Основная часть: пренатальное развитие почки происходит поэтапно, с последовательным замещением структур морфологически различных, но со сходной функцией: пронефрос, мезонефрос, метанефрос. Канальцы пронефроса, сливаясь, впадают в Вольфов проток. На хвостовом конце протока образуется выпячивание, врастающее в скопление мезодермальных

клеток, которое образует метанефрогенную бластему. В дальнейшем, разделяясь, этот вырост дает начало всем элементам чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Если расщепление выпячивания Вольфова протока происходит до его вставания в метанефрогенную ткань, возникает удвоение почки — врожденная аномалия, характеризующаяся наличием дополнительных почечных структур. Расщепленные концы достигают метанефрогенной бластемы, и вокруг них начинают формироваться самостоятельные почечные структуры. При особо высоком темпе дифференцировки возможно полное анатомическое разделение метанефрогенной ткани и образование добавочной почки, имеющей собственные фиброзную капсулу, систему кровоснабжения, ЧЛС и мочеточник. В большинстве случаев полного анатомического разделения не происходит, удвоенная почка покрывается общей фиброзной капсулой, но каждая из её половин имеет самостоятельную систему кровоснабжения, и мочеточник. В целом удвоенная почка нормально выполняет свою функцию, но способность образования и выведения мочи у одной из половин значительно снижена, что существенно повышает риск развития гидронефроза, мочекаменной болезни и пиелонефрита.

Заключение: причиной развития удвоенной почки является несвоевременное разделение каудального выпячивания Вольфова протока — до вставания в скопление мезодермальных клеток. Понимание механизма развития и ранняя диагностика данного порока позволят избежать осложнений и серьезных патологий, связанных со сниженной функциональной активностью одной из половин аномальной почки.

Литература

1. Айвазян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек и мочеточников. Москва: Наука, 1988.
2. Игнатова М.С. Дизэмбриогенез органов мочевой системы и нефропатии. В кн.: Детская нефрология: Руководство для врачей. 3-е изд. Под ред. М.С. Игнатовой. М.: МИА, 2011: 10–15.
3. Мария Пас Виор, Фернандо Сантос. Нормальное и патологическое развитие почек. В кн.: Детская нефрология. Под ред. Э. Лойманна, А.Н. Цыгина, Саркисяна А.А. М.: Литтера, 2010: 23–27.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ

Елова А.С.

Научный руководитель: д. м. н., доцент Павлов А.В., к. м. н., доцент Лазутина Г.С.

Кафедра анатомии

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность исследования: в учебных пособиях по анатомии приводится классическое строение подмышечной ямки. В работе врача нередко встречаются случаи наличия аномальных арок Лангера, знание топографии которых позволит избежать ошибок в диагностике и лечении заболеваний подмышечной ямки и смежных областей.

Цель исследования: на основании изучения классического строения мышечных стенок подмышечной ямки смоделировать возможные изменения топографических взаимоотношений данной области при различных вариантах арки Лангера.

Материалы и методы: препарировали подмышечную впадину на фиксированном трупном материале из коллекции кафедры анатомии РязГМУ с окрашиванием ее сосудисто-нервных пучков, фотографировали. Цифровое изображение переносили в компьютер. Моделировали изменение топографии подмышечной впадины при разных вариантах арки Лангера.

Результаты: на основании проведенного исследования получили данные о двух типах расположения арки Лангера: поверхностном и глубоком. Поверхностный тип арки, идущей от *m. latissimus dorsi* к сухожилию *m. pectoralis major* в области плечевой кости, более благоприятен, реже дает осложнения в виде компрессии сосудисто-нервного пучка. Глубокий тип — когда прикрепление мышечных пучков происходит к короткой головке *m. biceps brachii*, *m. coracobrachialis*, нижнему краю *m. pectoralis minor* или клювовидному отростку лопатки, что часто оказывается причиной обструкции сосудов и нервов данной области.