

МОРФОЛОГИЯ ИНВОЛЮЦИИ ВЛАГАЛИЩА И НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В ПОСТРЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ

Савина Т.В., Мамадиев Е.А., Лесовая А.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: в настоящее время средняя продолжительность жизни женщины составляет около 80 лет. Это указывает на то, что значительная часть жизни проходит после наступления менопаузы. Поэтому понимание морфологических изменений в репродуктивной системе является одним из наиболее актуальных вопросов в возрастной анатомии.

Основная часть: в качестве основных источников литературы использовались клинические исследования в области гинекологии и геронтологии. Изучались работы зарубежных и отечественных авторов, рассматривающих вопросы возрастной морфологии и физиологии. В ходе изучения литературных источников было установлено, что прекращение репродуктивной функции вызывает гормональную перестройку в организме женщины. Это находит свое отражение в функционировании гормон-чувствительных органов и тканей, что обуславливает характерную картину инволюции на макро- и микроскопическом уровне [1]. Нарушается архитектура тканей, соотношение эпителиального и соединительнотканного компонента стенки влагалища, развиваются дистрофические изменения слизистой оболочки и стромы [2]. Появляются девиации путей метаболизма, нарушается иннервация и васкуляризация тканей, что способствует развитию гиперпластических и атрофических процессов в вульве [3].

Заключение: понимание морфологических особенностей половой системы в постменопаузальный период, несомненно, будет способствовать разработке новых подходов к их коррекции, а значит, может позволить существенно улучшить качество жизни в пострепродуктивном периоде.

Литература

1. Беляева Л.Е. Гинекологическая эндокринология: патофизиологические основы / Л.Е. Беляева, В.И. Шебеко. М.: Мед. лит., 2009. 256 с.
2. Беженарь, В.Ф. Эффективность применения системы «Prolift Total» при хирургическом лечении декомпенсированных форм пролапса тазовых органов у женщин / В.Ф. Беженарь, Э.К. Айламазян, В.В. Рулев, Е.В. Богатырева и др. // Журнал акушерства и женских болезней, vol. LX, no. 1, 2011, pp. 21–30.
3. Шарпова, Л. Е. К вопросу об этиологии и патогенезе хронических дистрофических заболеваний вульвы / Л.Е. Шарпова // Российский вестник акушера-гинеколога. 2010;10(1): 29–34.

ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Смолина Д.М., Зуева В.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: заболеваниями тазобедренного сустава страдает большое число людей на нашей планете. В основном болезни суставов являются следствием перенесённых травм и инфекций. Однако есть такие патологии, как например дисплазия тазобедренных суставов, которые являются врождёнными. Заболевания нередко сопровождаются сильными болями, ограничивают подвижность в тазобедренном суставе, мешая, таким образом, свободному передвижению.

Основная часть: общими признаками патологии тазобедренного сустава являются диспластические изменения во всех элементах тазобедренного сустава: вертлужной впадине, головке бедренной кости с окружающими мышцами, связками, капсулой и заключаются в недоразвитии этих тканей. Поэтому недостаточно грамотным диагнозом является выражение «дисплазия тазобедренного сустава». Из врожденной патологии тазобедренного сустава различают четыре заболевания: рентгенологически незрелый тазобедренный сустав, врожденный предвывих, врожденный подвывих, врожденный вывих тазобедренного сустава. В рентгенологически незрелом тазобедренном суставе анатомические изменения отсутствуют, а процессы замещения хрящевой ткани костной запаздывают. При врожденном предвывихе бедра, за счет растянутой капсулы сустава происходит самопроизвольное вывихивание и вправление головки бедра. Врожденный подвывих бедра характеризуется увеличением ацетабулярного угла, крыша сустава не плотно облегает головку и имеет овальную форму. При врожденном вывихе бедра отмечается еще большее увеличение ацетабулярного угла, форма крыши сустава заметно деформируется.

Заключение: причинами развития диспластических явлений в тазобедренных суставах являются самые различные факторы. Это и внутриутробный порок первичной закладки тазобедренного сустава и окружающих тканей, и задержка развития нормального тазобедренного сустава во время беременности, и колебания витаминного баланса у матери, и гормональные расстройства, и наследственность.

Литература

1. Болезни суставов руководство для врачей / под ред. В.И. Мазурова. Б79 СПб.: СпецЛит, 2008. 397 с.
2. Доэрти М., Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов / Пер. с англ. А.Г. Матвейкова. Мн.: Тивали, 1993. 144 с.(Медицина XXI века).

КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА МАЛОГО ТАЗА ЖЕНЩИНЫ

Уварова А.С.

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

Введение: изучение топографо-анатомических соотношений клетчаточных пространств и фасций малого таза весьма значимо для определения своеобразия течения забрюшинных тазовых абсцессов и флегмон, распространения опухолевых процессов.

Основная часть: в подбрюшинном отделе малого таза расположены клетчаточные пространства, среди которых выделяют висцеральные и париетальные клетчаточные пространства. Висцеральные клетчаточные пространства представляют собой щели между стенкой органа и висцеральной фасцией, которые содержат более или менее выраженный слой жировой клетчатки и подходящие к органу сосуды и нервы. Соответственно органу, который окружает висцеральная фасция, выделяются околопузырное, околовлагалищное, околоматочное и околопрямокишечное висцеральные клетчаточные пространства. Органы малого таза занимают срединное положение и не соприкасаются непосредственно со стенками таза, от которых их отделяют слои клетчаточных париетальных пространств. Париетальные пространства располагаются между частями париетальной фасции и висцеральной фасцией органов. В подбрюшинном этаже малого таза женщины описаны следующие париетальные клетчаточные пространства: позадилобковое (предпузырное), два латеральных и предкрестцовое (позадипрямокишечное). Все они имеют практическое значение, как места возможного возникновения и локализации гнойно-воспалительных процессов. Возникающие флегмоны могут распространяться в забрюшинное пространство из позадипузырного, предкрестцового, латеральных, околоматочного и околопрямокишечного пространства; в клетчатку передней поверхности бедра — из позадилобкового и латеральных клетчаточных пространств; непосредственно в брюшную полость — из позадилобкового, латеральных, околоматочного и околопрямоки-