

к задней брюшной стенке предложил топографо-анатомическую классификацию 8 основных вариантов толстой кишки. При этом он использовал материал, начиная с новорожденных, а генетическое обоснование проводил гипотетически, на основании литературных данных. Морфогенез ОбК и ее брыжейки я изучил на трупах 120 эмбрионов и плодов человека 4-36 нед., а полученные данные оценил с позиций классификации П.А. Романова.

До начала вторичных сращений брюшины (10-я нед. внутриутробной жизни человека) состояние ОбК можно оценить как тотальный долихомегаколон: прогрессивное удлинение, смещения и деформации подвижной кишечной трубки происходят при наличии собственной брыжейки на всем ее протяжении. На 10-11-й нед. она сохраняется, хотя укорачивается в результате частичного сращения с задней брюшной стенкой и внутренними органами. У плодов 12-й нед. только слепая кишка, поперечная и сигмовидная ОбК всегда имеют брыжейки разной длины. Иначе говоря, начинается переход ОбК от состояния тотального долихомегаколону к состоянию с фиксированными флангами – микстоколону: брыжейка подвижной нисходящей ОбК (почти) сращена с задней брюшной стенкой, левыми почкой и надпочечником, а восходящая ОбК еще только вычленяется и коротка. У большинства (98,9%) плодов 13-15 нед. определяются уже все дефинитивные отделы ОбК, ее состояние с одинаковой частотой (45,5%) может быть расценено как микстоколон (короткие брыжейки на флангах) и нормоколон (мезоперитонеальное положение флангов), долихомегаколон встречается редко. У плодов 16-18 нед. вторичные сращения ОбК завершаются, хотя и в разной мере. У 65,5% плодов 17-29 нед. ОбК достигала максимальной фиксации на своем протяжении, особенно на флангах (нормоколон), гораздо реже (20%) сохраняла различную подвижность флангов (микстоколон), еще реже (14,5%) встречался долихомегаколон, чаще всего (9,1%) – левосторонний. Только однажды встретился тотальный долихомегаколон. У плодов мне не удалось наблюдать колоноптоз.

ВАРИАНТЫ ВТОРИЧНЫХ СРАЩЕНИЙ БРЮШИНЫ МЕЖДУ ПЕЧЕНЬЮ, ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ И ОБОДОЧНОЙ КИШКОЙ У ПЛОДОВ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

*Международный Морфологический Центр,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Связки толстой кишки рассматриваются как возможная причина многочисленных страданий у больных (Романов П.А., 1987). Они могут также служить «проводниками» новых, вторичных путей лимфооттока из толстой киш-

ки или смежных органов (Спиров М.С., 1949). П.А. Романов находил желчнопузырно-ободочную связку (ЖПОС) у 20,6% новорожденных, печеночно-ободочная связка (ПОС), по его данным, у новорожденных чаще всего отсутствовала. В Международной анатомической терминологии (Нью-Йорк, 1998) ПОС упоминается как непостоянная. Я изучал развитие вторичных сращений брюшины у плодов человека 9-36 нед. и установил, что они начинаются в области двенадцатиперстной кишки (ДК), с корня ее брыжейки, позади ДК они протекают раньше и быстрее, чем впереди ДК; при значительном нарушении такого соотношения возникают различные отклонения в морфогенезе ДК (Петренко В.М., 1987). При этом возникают дополнительные брюшинные связки. Среди подобных новообразований передних сращений брюшины у 22 (19,6%) плодов 14-36 нед. я обнаружил брюшинные связки в области верхнего изгиба ДК – ПОС (2), ЖПОС (5), желчнопузырно-дуоденальную (ЖПДС-2) и желчнопузырно-дуоденальноободочную (ЖПДОС-14). Обычно связка от желчного пузыря (чаще всего от его шейки, реже – от его тела и шейки, совсем редко – только от тела) идет к верхнему изгибу ДК и правому изгибу ободочной кишки (ОбК). ЖПОС встречалась либо при высоком положении поперечной ОбК, когда она срасталась с верхней частью ДК, либо при такой деформации поперечной ОбК, как ее «воротник» вокруг нисходящей части ДК. ЖПДС сочеталась с ДК V-образной или U-образной формы (×1 случаю), поперечная ОбК имела при этом выраженную брыжейку, ее корень пересекал нисходящую часть ДК, т.е. поперечная ОбК находилась на удалении от верхнего изгиба ДК. ПОС была обнаружена в комбинации с другими связками – печеночно-почечной или ЖПДОС. В первом случае отмечались необычно обширные, избыточные сращения брюшины в области печени и желудка, зигзагообразная восходящая ОбК была сжата между правой долей печени и правосторонней сигмовидной ОбК. Во втором случае ПОС служила продолжением серповидной связки печени на поперечную ОбК. У плодов 11-14 нед. наблюдается фиксация правого фланга ОбК, который вместе с верхним изгибом ДК и правой почкой находится под правой долей печени. Я обнаружил определенную корреляцию между формой ДК и частотой образования брюшинных связок между указанными органами. Основными формами ДК, хотя и в разных вариантах, у плодов 14-36 нед. являются кольцевидная (10-17 нед.) и подковообразная (18-36 нед.). Я находил такие связки только у 5% плодов с кольцевидной ДК, у половины из них ДК имела вид вертикально растянутого кольца (U-образная форма), такая деформация составляла 10% от всех кольцевидных ДК. Только у 10,7% плодов с подковообразной ДК я обнаружил такие связки, в т.ч.

у 1/3 плодов с удлинением верхней части ДК, причем такая деформация приходилась почти на 1/3 всех подковообразных ДК. Я также находил такие связки у 44,5% плодов с V-образной ДК и у 23,6% плодов с полукольцевидной ДК. Эти формы ДК встречались у плодов 14-36 нед. с почти одинаковой частотой, но на них приходилось только 19% от всего изученного материала. Иначе говоря, описанные 23 брюшинные связки были мной обнаружены у 22 плодов человека со значительными деформациями ДК – у 8 плодов с удлинением верхней части ДК в виде подковы (и только у 2 плодов с типичной «подковой»), у 5 плодов с V-образной ДК, у 2 плодов с ромбовидной ДК (удлинение верхней части V-образной ДК), у 2 плодов с U-образной ДК, у 3 плодов с полукольцевидной ДК (персистенция эмбрионального состояния в связи с задержкой задних сращений корня брыжейки ДК). Представленные данные позволяют сделать следующие выводы:

1) отклонения в морфогенезе ДК у плодов, связанные с нарушением обычного хода вторичных сращений брюшины, сочетаются со значительным учащением образования перечисленных выше брюшинных связок;

2) указанные выше деформации ДК связаны с торможением (удлинение верхней ча-

сти) или запаздыванием ее задних сращений (V-образная и U-образная формы, а также полукольцевидная форма у плодов 10 нед и старше).

В 7 случаях с ЖПДС (2) и с ЖПОС (5) ДК имела U-образную форму (2 из 2 случаев ее обнаружения), полукольцевидную форму (2 из 3 случаев), V-образную форму (1 из 5 случаев), подковообразную форму с удлинением верхней части (2 из 8 случаев), в т.ч. в 1 случае – со складчатой деформацией ДК, которая возникает при нарушении (прерывистом образовании) ее задних сращений.

Заключение. Непостоянные брюшинные связки между печенью, желчным пузырем, ДК и ОбК возникают у плодов в процессе вторичных сращений брюшины, причем с нарушением их обычного хода (локальные задержка или отсутствие задних сращений с избыточным морфогенезом передних сращений). Отклонения в развитии вторичных сращений брюшины в сторону ускорения темпов и объема передних сращений отражаются на морфогенезе ДК, сопровождаются ее выраженными деформациями, что связано с изменениями обычных взаимодействий (анатомотографических взаимоотношений) органов брюшной полости.

Психологические науки

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПО ПРОГРАММЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Дроздикова – Зарипова А.Р.

Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет, Казань, e-mail: bina1976@rambler.ru

Проблема бесплодия является одной из самых актуальных проблем современных наук о человеке. В России проблема бесплодия приобретает особую актуальность в связи с резким падением рождаемости в последние годы. На данном этапе развития общественной мысли бесплодие уже не только медицинская, но и социально-психологическая проблема. Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, вызывая серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию.

Благодаря достижениям медицинской науки второй половины XX и начала XXI веков, в медицинской практике активно применяют методы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), дающую реальную возможность иметь детей многим супружеским парам, ранее обреченных на бездетность. Одним из наиболее перспективных методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального опло-

дотворения (ЭКО) и все ее модификации, к которым относятся ИКСИ (интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов), криоконсервация эмбрионов, донорские программы, суррогатное материнство, а также искусственная инсеминация спермой (внутриматочная инсеминация) мужа или донора (ВМИ). Выбор метода лечения зависит, во-первых, от причины бесплодия, а во-вторых, от возраста пациентки.

В настоящее время результативность ЭКО – достигает максимально 30-35%, а количество детей, родившихся в результате применения этого метода, исчисляется уже миллионами. Вместе с тем, по мнению ряда авторов (Domar, 1992; Matsubayashi, 2001; Fassino, 2002 и др.), большое влияние на фертильность и соответственно на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и в большей степени их психоэмоциональные особенности. В связи с этим, все большую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных реакций женщин с бесплодием, что обусловлено как широкой распространённостью этих особенностей в популяции, так и недостаточной изученностью особенностей психоэмоциональных нарушений у женщин в процессе лечения бесплодия с использованием методов ЭКО и ВМИ с учетом количества циклов лечения.

Отбор женщин для проведения исследования осуществлялся на базе Республиканского