

**«Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины»,
Таиланд (Бангкок, Паттайя), 20-30 декабря 2011 г.**

Биологические науки

**МЕХАНИКА РАЗВИТИЯ СЛЕПОЙ
КИШКИ У БЕЛОЙ КРЫСЫ**

Петренко В.М.

*Международный морфологический центр,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Механика развития слепой кишки (СК) белой крысы не описана в литературе. Я провел исследование на 40 эмбрионах и плодах белой крысы 12-21 сут, серийных гистологических срезах в трех основных плоскостях (графическая реконструкция), тотальных препаратах 10 новорожденных (1-е сут) белой крысы и 20 белых крыс 1-3-го мес. (препарирование).

Главными особенностями развития СК у белой крысы представляются следующие:

1) не образует червеобразный отросток, но приобретает гораздо большие относительные размеры, чем у человека, почти как у желудка;

2) высокое подпеченочное положение СК, чаще всего илеоцекальный угол находится около средней линии, справа от нее находятся верхушка и, возможно, тело СК (редукционный III поворот кишечной трубки, IV поворот вообще не происходит);

3) чаще всего СК лежит на петлях тонкой кишки поперечно, располагаясь во фронтальной или поперечной плоскости – петли тощей кишки, все или большей частью, находятся справа от средней линии, а подвздошной кишки – слева от нее (инверсионный морфогенез – II поворот кишечной трубки не происходит) или срединно;

4) иногда СК целиком или большей частью располагается влево от средней линии и от всех петель тонкой кишки, кососагиттально, верхушка спускается в левую подвздошную ямку (инверсионный IV поворот).

Отсутствие червеобразного отростка в сочетании с относительным увеличением СК, в первую очередь ее длины, можно объяснить особенностями ее функционирования у крысы (более длительное депонирование непереваренных остатков пищи): крыса всеядна, а относительная длина ее толстой кишки невелика. В пользу такого аргумента служит тот факт, что у новорожденных и крысят первой недели после рождения СК не выделяется по диаметру среди соседних отделов тонкой и толстой кишок, но к 2-3 нед. жизни крысы (переход с молочного питания на смешанное) относительная ширина СК больше в 2-3 раза. Особенности топографии СК крысы, как и других отделов кишечника, с моей точки зрения, обусловлены прежде всего влиянием печени, более крупной, чем у человека, с большим развитием ее дорсальных отделов, резким ограничением вторичных сращений брыжины, которые вообще отсутствуют в области СК крысы. Индивидуальные варианты строения и топографии СК у крысы можно объяснить особенностями органогенеза, роста печени и других внутренних органов брюшной полости крысы, соотношения темпов их роста, что и приводит к качественным изменениям их анатомо-топографических взаимоотношений.

Медицинские науки

**НОВЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ pH
ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ГЕПАТИТОМ С**

Донцов Д.В.

*Ростовский государственный медицинский
университет, Ростов-на-Дону,
e-mail: d_dontcov@mail.ru*

Как известно, по показателю кислотности печени можно судить о выраженности в ней воспалительных изменений. Для прямой pH-метрии печени требуется ее пункционная биопсия, которая, к сожалению, является инвазивной процедурой. Цель работы: разработка нового неинвазивного способа определения pH печени у больных хроническим гепатитом С (ХГС). Материалы и методы: был исследован 41 больной ХГС. Пациентам проводилась пункционная биопсия печени с последующим гистоморфоло-

гическим исследованием гепатопунктатов. Сразу же после проведения пункционной биопсии печени определяли уровень кислотности гепатопунктата по методу С.В. Федоровича. Одновременно у этих же больных ХГС, используя плоскую (1,0×1,0 см) измерительную поверхность электрода того же pH-метра исследовали и уровень pH кожи в области красной каймы губ (ККГ). Результаты: средний показатель кислотности полученных пунктатов печени составил у больных ХГС $6,96 \pm 0,05$ ед., на коже ККГ – $5,18 \pm 0,06$ ед. Проведя корреляционный анализ, мы установили наличие между исследованными показателями pH пунктатов печени и кожи ККГ прямой сильной связи ($r = 0,78$; $p < 0,01$). Выявленная зависимость позволила определить у наблюдавшихся пациентов четкое соответствие между количественными показателями кислотности печени и кожи ККГ. Это позволило при-

йти к заключению, что величина рН кожи ККГ у больных ХГС отражает уровень кислотности печени. Данная закономерность позволила разработать новый способ определения рН печени, который осуществляется следующим образом. Больным ХГС на кожу ККГ накладывают электрод рН-метра, измеряют рН кожи верхней и нижней губ и рассчитывают ее средний показатель. При рН кожи ККГ < 4,98 ед. констатируют рН печени < 6,76 ед.; рН кожи ККГ 4,98-5,76 ед. соответствует рН печени 6,76-7,25 ед. и рН кожи ККГ > 5,76 ед. свидетельствует о рН печени > 7,25 ед. Разработанный способ имеет по сравнению с прямой рН-метрией ряд преимуществ: во-первых, он не требует проведения инвазивной пункционной биопсии печени; во-вторых, технически более прост и менее трудоемок и, в-третьих, позволяет осуществлять постоянный мониторинг за эффективностью противовирусной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

¹Мурзина Р.Р., ¹Гагиятуллин Р.Ф., ²Карунас А.С., ²Федорова Ю.Ю., ³Нуриахметова А.Н.

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»,
Уфа, e-mail: Gigi08@yandex.ru;

²Институт биохимии и генетики Уфимского
научного центра Российской академии наук, Уфа;
³Республиканская клиническая детская
больница, Уфа

В статье представлены результаты анализа аллергологического анамнеза 60 детей с бронхиальной астмой. В ходе исследования получены данные о структуре аллергологических заболеваний детей, их семей, выявлено влияние наследственной отягощенности на спектр сенсибилизации респондентов. Полученные данные позволяют формировать группы риска детей по развитию аллергических заболеваний и заранее проводить первичную профилактику в семьях с отягощенным анамнезом.

В последние годы отмечается рост и более тяжелое течение аллергических заболеваний в детском возрасте, раннее возникновение, увеличение удельного веса сочетанных форм аллергической патологии [1]. Получены достоверные доказательства того, что при наличии астмы у одного из родителей риск заболеть у ребенка в три раза выше по сравнению со здоровыми семьями и в шесть раз выше, если оба родителя больны БА [5]. Важное значение в диагностике заболевания принадлежит анамнестическим сведениям, данным о наследственной отягощенности аллергическими заболеваниями. Актуальным остается вопрос первичной профилактики,

направленный на предотвращение развития аллергии у детей из группы риска по данной патологии.

Целью данного исследования явилось обоснование профилактических мероприятий аллергических заболеваний у детей из группы риска по данным аллергологического анамнеза.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 60 детей с бронхиальной астмой (БА) в возрасте от 4 до 17 лет (средний возраст детей $11,53 \pm 0,44$ г.), находившихся на стационарном лечении в аллергологическом отделении Республиканской клинической детской больницы г. Уфы.

Основным критерием включения в исследование явилось поставленный ранее диагноз БА (согласно критериям GINA).

Собран подробный аллергологический анамнез ребенка и его семьи путем опроса родителей, детей, анализа амбулаторных карт.

Статистическую обработку показателей осуществляли с помощью программы Statistica 7.0. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при значениях $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Основную группу исследуемых нами детей составили подростки 12-17 лет (58,3%), пациенты 7-11 лет – 33,3%, 4-6 лет – 8,3%,

Общее количество мальчиков составило 46 (76,67%) ребят, девочек 14 (23,33%). Преобладающее число пациентов (66,67%) родились в сельских районах Республики Башкортостан.

Отягощенный семейный аллергологический анамнез имел место у 51 ребенка (85%). Анализ аллергической отягощенности свидетельствует о наличии аллергии у 24 (40%) матерей и 20 отцов (33,33%). Из них БА встречалась в 53,33% случаев: у 3 (5%) матерей, 4 (6,67%) отцов, 12 (20%) родственников со стороны матери ребенка, 8 (13,33%) родственников со стороны отца ребенка и 5 (8,33%) родственников с обеих сторон.

Аллергический ринит (АР) встречался в 31,67% случаев: у 8 (13,33%) матерей, 2 (3,33%) отцов, 4 (6,67%) родственников со стороны матери ребенка, 5 (8,33%) родственников со стороны отца ребенка.

Поллинозом страдало 20% взрослых людей: 3 (5%) матерей, 1 (1,67%) отец, 3 (5%) родственников со стороны матери ребенка, 5 (8,33%) родственников со стороны отца ребенка.

Острые аллергические реакции (ОАР) в семьях встречались в 25% случаев: 2 (3,33%) матерей, 2 (3,33%) отцов, 5 (8,33%) родственников со стороны матери ребенка, 2 (3,33%) родственников со стороны отца ребенка и у родственников с обеих сторон в различных комбинациях (6,67%).