

ЛУ принимают на себя центральные ЛУ крысы: например, межкишечные и околоободочные ЛУ находятся рядом со средним отрезком восходящей ободочной кишки (ОбК), недалеко от короткой (особенно в левой части) поперечной ОбК. Динамические координаты в эволюции (крыса → человек) этого генерального сегмента ЛСи состоят в:

1) удлинении, искривлении и удалении ОбК от корня брыжейки тонкой кишки, где находятся центральные брыжеечные ЛУ;

2) растяжении и сращении с дорсальной брюшной стенкой брыжейки ОбК, где образуются истинные околоободочные ЛУ, в т.ч. правые и средние (их «отделение» от центральных брыжеечных ЛУ).

Топографические координаты в эволюции данного генерального сегмента ЛСи: более быстрое и значительное уменьшение печени относительно брюшной полости – более быстрое вправление в нее физиологической пупочной грыжи – более обширные вторичные сращения брюшины с расширением забрюшинного пространства – расширение границ размещения более многочисленных ЛУ. Иначе говоря, интенсификация органогенеза в брюшной полости сопровождается «кишечным» сдвигом в системе анатомо-топографических взаимоотношений [печень ← (тонкая кишка ↔ ОбК)], возрастанием давления органов на дорсальную брюшную стенку, брыжейки и их сосуды, расширением территории развития вторичных сращений брюшины и закладки ЛУ, особенно периферических висцеральных ЛУ.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА: КРАТКИЙ ОЧЕРК ЭМБРИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ С ЭЛЕМЕНТАМИ КАУЗАЛЬНОЙ МЕХАНИКИ. СООБЩЕНИЕ I

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Первичные лимфатические сосуды образуются из первичных вен, которые всегда сопровождают артерии у ранних эмбрионов человека (3-4 нед.). Позднее интенсивный и неравномерный рост крупных органов, местоположение которых на протяжении эмбриона ограничено частью его тела, приводит к:

1) деформации тела (образование головы и конечностей, сердечного и печеночного «горбов»);

2) утрате сегментарности в строении тела и его частей;

3) адекватным изменениям в строении сердечно-сосудистой системы (сосуды «обслуживают» органы и следуют за ними в их перемещениях).

Около закладок крупных органов, дестабилизирующих эмбриональную систему, образуются лимфатические мешки (ЛМ). Первыми (6-я нед.) начинают формироваться яремные

ЛМ – между головой и сердцем, около верхних конечностей, в области намечающейся шеи, где начинается интенсивный каудальный рост закладок тимуса, происходит редукция аортальных и жаберных дуг, наблюдается быстрое и неравномерное расширение элементов венозного сплетения, часть из них выключается из кровотока. В начале 7-й нед. определяются закладки подмышечных ЛМ в связи с разгибанием вычленивающейся шеи, продолжающимися ростом и дифференциацией верхних конечностей. Закладка забрюшинного ЛМ происходит с середины 7-й нед. между печенью и почками, на основе крупного субкардинального синуса: его деформация вызвана, в частности, давлением крупных надпочечников и бурно «восходящих» почек. Интенсивный краниальный рост почек сопровождается также выключением из кровотока левой мезокардинальной вены и ее гомологов дорсальнее брюшной аорты и нижней полой вены – закладка эмбриональных поясничных стволов, латероаортального, ретроаортального и ретрокавального. Между яремными и забрюшинным ЛМ проходят грудные протоки (краниальные супракардинальные и грудные субкардинальные вены), они «растягиваются» в связи с ростом легких. На 8-й нед. определяется закладка подвздошных ЛМ у основания нижних конечностей и разгибающегося хвоста. В эти сроки происходят краниокаудальная дегенерация первичных почек в связи «опущением» гонад, относительное уменьшение печени и образование первых петель тонкой (тощей) кишки в брюшной полости.

СТРУКТУРНЫЕ ОСНОВЫ КРОВОТОКА В ФИЛООНТОГЕНЕЗЕ

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Сосудистая система всех животных устроена по одному плану и функционирует по одному принципу. С увеличением интенсивности тканевого метаболизма и кровяного давления (наличие и мощность сердца) увеличиваются толщина эндотелия и плотность межклеточных контактов в нем на всем протяжении сосудистого русла, степень его разобщения с тканевыми каналами и наоборот. В фило- и онтогенезе такая направленность в развитии сосудистой системы коррелирует со следующими особенностями органогенеза:

1) увеличение числа, размеров и плотности (сложности строения) внутренних органов;

2) удаление оболочки внутренностей (собственно тело как общая наружная манжетка, включая соматические мышцы) от сосудов с падением ее роли в регуляции кровотока.

У кольчатых червей длинное, узкое тело (к тому же сегментированное) компенсирует дефициты энергии кровотока на протяжении сосу-

дистого русла, которое не содержит типичного сердца. У некоторых высших беспозвоночных появляется примитивное сердце, в т.ч. с предсердием и желудочком. И у таких животных обнаруживаются указанные тенденции в их органогенезе в связи со слиянием части их сегментов. Уже у эмбрионов позвоночных сегментация тела в разной степени редуцирована и используется для «составления» общего плана строения дефинитивного организма. У низших беспозвоночных собственная клеточная выстилка появляется в стенках циркуляционных каналов с преобразованием их в типичные сосуды, вероятно, в связи с интенсификацией циркуляции тканевых жидкостей в многослойном теле политканевого животного. Первичная сеть протокапилляров пронизывает все тело и органы у эмбриона человека, затем дифференцируется на звенья различных уровней путем гетерохронного и неравномерного утолщения и уплотнения эндотелия и всей стенки в артериальной, венозной и лимфатической частях, а также истончения и разрежения эндотелия в синусоидах красного костного мозга, селезенки и эндокринных желез, синусах лимфоузлов. Существует даже представление о незамкнутом кровообращении в селезенке. Это напоминает «регрессивное» развитие сосудистой системы беспозвоночных: у аннелид кровообращение замкнутое, у членистоногих – незамкнутое, при том, что появляется примитивное сердце. Правда, оно часто напоминает лимфатический сосуд, а периферические сосуды имеют строение синусов лимфоузла, широко общающихся с тканевыми «щелями».

ДИНАМИКА АКТИВНОСТИ ЛИЗОЦИМА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ (ХГП) ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Семиниченко А.Г., Антонов А.Р.

ГАОУ ДПО НСО «Новосибирский центр повышения квалификации работников здравоохранения», Новосибирск;

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий институт повышения квалификации врачей МЗиСР РФ», Новокузнецк, e-mail: pathology@mail.ru

Эпидемиологические исследования указывают на распространенность воспалительных заболеваний пародонта у населения, и осо-

бенно на преобладание в структуре пародонтальных заболеваний пародонтита-гингивита и пародонтита. Считается, что распространенность хронического катарального гингивита и хронического генерализованного пародонтита в нашей стране очень велика и достигает 95-100%. Такая распространенность делает данную проблему общемедицинской и социально значимой. В настоящее время основным этиологическим фактором (первопричиной) гингивита и пародонтита считают бактериальную микрофлору зубной бляшки. Наряду с местными факторами возможно сочетанное действие и общих нарушений, таких как патология иммунной системы, гормональные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы. Другими словами микробный фактор может быть реализован в полной мере только при неадекватной защитной реакции иммунной системы организма на фоне воздействия негативных факторов внешней среды. Одним из факторов неспецифической защиты организма, связанной функцией моноцитарно-макрофагальной системы, является лизоцим, который обладает широким спектром биологической активности. Он стимулирует функциональную активность фагоцитов, синтез антител, повышает адгезивные свойства иммунокомпетентных клеток, розеткообразующие свойства Т-лимфоцитов, а также вызывает лизис и дезинтеграцию иммунных комплексов.

В связи с этим представляет интерес изучение эффективности применения в лечении заболеваний пародонта препарата, стимулирующего местный и общий иммунитет – циклоферон (в комплексе с традиционной терапией).

Однако механизмы действия циклоферона при ХГП остаются до конца не изученными. Исследовано только применение препарата в форме линимента 5% циклоферона местно. Вышесказанное послужило основанием для формирования цели данного исследования.

Цель исследования: оценить влияние циклоферона на содержание лизоцима в ротовой жидкости у больных с ХГП.

Материал и методы исследования. Клинические и лабораторные исследования были проведены у 68 человек с диагнозом ХГП средней степени тяжести.

Все пациенты были распределены следующим образом.

| Диагноз | Группы | Особенности лечения | Кол-во |
|---|------------|--|--------|
| Хронический генерализованный пародонтит | 1-я группа | Проф. гигиена полости рта, противовоспалительная терапия. Хирургическое лечение. | 20 |
| | 2-я группа | Проф. гигиена полости рта, хирургическое лечение, циклоферон | 18 |
| Контрольная Группа | | Интактный пародонт | 20 |