

Таблицы показывают, что у мышей при экспериментальном трихоцефалезе развивается умеренная гипохромная анемия, наблюдается понижение количества гемоглобина и эритроцитов. Степень анемизации находится в прямой зависимости от длительности заболевания. У контрольных мышей отклонений в морфологическом составе периферической крови не отмечено.

Таким образом, характер изменений морфологического состава периферической крови у животных при трихоцефалезе такой же, как и при других гельминтозах.

Леонтьев С. В., Тарасенко Е. Б.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССА ОКОСТЕНЕНИЯ СКЕЛЕТА КИСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ РОССИИ

*Кафедра анатомии человека (заведующий — проф. Н. Р. Карелина)
Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии*

Одной из наиболее важных задач морфологии в настоящее время является описание тех изменений, которые происходят в организме человека в процессе его роста и развития в различные возрастные периоды. Такие исследования имеют большое значение в практической медицине и организации физической подготовки детей. Одним из важнейших показателей биологического возраста является костный возраст, для определения которого делают рентгенографию кисти, так как она наиболее доступна и безопасна для рентгенологического исследования и вместе с тем четко отражает изменения, происходящие во всем скелете. Следует отметить, что дети, проживающие в различных климатогеографических зонах, могут различаться по биологическому возрасту, так же как дети, принадлежащие к разным этническим группам.

Целью настоящего исследования было изучить процесс окостенения костей кисти и дистального отдела предплечья у детей раннего детского возраста, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе России — Великом Новгороде. Нами было обследовано 168 детей (93 мальчика и 75 девочек) в возрасте от 2 до 6 лет. Все обследованные дети были клинически здоровы и этнически однородны (восточные славяне). Русские среди них составляли 60 %, а белорусы — 40 %. Для исключения попадания в исследуемую группу детей с явным отклонением от нормы производили опрос родителей на предмет исключения хронических и наследственных заболеваний. После этого детям производили измерение соматометрических показателей и подкожного жирового слоя с последующим определением биологического возраста по этим показателям. Всем детям проводилась рентгенография костей кисти и дистального отдела предплечья. Для получения рентгеновского изображения использовалась рентгеновская установка РУМ-20. Рентгенография производилась при следующих условиях: 40–45 киловольт, 1–25 миллиампер, экспозиция Т — 0,06 с, фильтры алюминиевые толщиной 1; 1,5; 2 мм. Во всех случаях рентгенографии расстояние от аппарата до пленки составляло 60 см, так как при этих условиях размеры костей на рентгеновском снимке совпадают с истинными размерами костей (Д. К. Рохлин, 1936; А. И. Кураченков, 1950; П. А. Астанин, 1951). Для исключения вредного воздействия на организм детей при рентгенографии

строго соблюдались правила противолучевой защиты обследуемого. Результаты тщательно анализировались и статистически обрабатывались.

Было установлено, что процесс окостенения костей кисти и дистального отдела костей предплечья у детей раннего детского возраста, проживающих в Северо-Западном регионе России, занимает более значительный интервал времени в сравнении с имеющимися литературными данными. Появление некоторых точек окостенения в костях запястья начинается значительно раньше (на один-два года) и заканчивается много позже (на один-три года), чем принято считать. Например, по нашим данным, ядро окостенения в трехгранной кости как у мальчиков, так и у девочек начинает появляться уже на втором году жизни (8,5 % и 25,3 % случаев соответственно). В полулунной кости точка окостенения появляется на втором году жизни в 8,3 % случаев у мальчиков, а у девочек — на третьем году жизни в 81 % случаев. Частота встречаемости ядра окостенения в этих костях достигает 100 % у девочек пяти лет и у мальчиков шести лет, тогда как, по данным литературы, точки окостенения в трехгранной кости имеются у всех детей на третьем, а полулунной — на четвертом году жизни.

В ладьевидной кости процесс формирования ядра окостенения у девочек начинается уже на третьем году жизни (4,8 % случаев), а заканчивается на шестом. У мальчиков этот процесс начинается на пятом году (22,2 % случаев), а к шести годам завершается только у половины детей. Таким образом, время появления ядра окостенения в этой кости также занимает гораздо больший временной интервал. Что касается времени появления ядра окостенения в кости трапеции и трапециевидной кости, то, по нашим данным, оно появляется у девочек на третьем году жизни (19 % и 14 % случаев соответственно), а у мальчиков на пятом году жизни (27,8 % и 22 % случаев соответственно), но не на шестом, седьмом, как это принято считать. На шестом году жизни у девочек это ядро окостенения имеется в 92,4 % случаев, у мальчиков в кости трапеции — в 70,1 % случаев, а в трапециевидной кости — в 100 % случаев. Нам не удалось провести исследование детей более старшего возраста, поэтому мы не смогли проследить дальнейший ход процесса появления ядра окостенения в этих костях. Но из имеющихся данных уже видно, что он начинается значительно раньше общепринятых сроков.

В появлении точек окостенения в эпифизах пястных костей у девочек определенной последовательности не наблюдается, тогда как у мальчиков точка окостенения в эпифизах четвертой пястной кости появляется на год, а в первой и пятой — на 2 года позднее, чем во второй и третьей.

Во время нашего исследования в пястных костях у детей Северо-Западного региона России были обнаружены добавочные эпифизы (псевдоэпифизы), которые у мальчиков выявлялись в 1,5 раза чаще, чем у девочек, однако у тех и других встречаемость псевдоэпифизов была значительно реже в сравнении с имеющимися литературными данными.

У девочек период появления точек окостенения в эпифизах фаланг пальцев кисти значительно короче и ограничен вторым и третьим годами жизни. У мальчиков процесс окостенения занимает более значительный период времени — от второго до пятого года жизни. Он характеризуется определенной последовательностью в появлении точек окостенения. На втором году ядро окостенения появляется в эпифизах второй, третьей и четвертой проксимальных фаланг, на третьем — в пятой проксимальной, на четвертом году — в третьей средней и первой дистальной, на пятом году — в эпифизах всех остальных фаланг.

У всех обследованных нами детей к двум годам была обнаружена точка окостенения в дистальном эпифизе лучевой кости, что согласуется с данными литературы, тогда как появление точки окостенения в дистальном эпифизе локтевой кости занимает более значительный интервал времени и начинается много раньше срока, указанного в литературе, — на третьем году жизни у девочек и на четвертом — у мальчиков. В 1981 г. вышла монография И. Г. Лагуновой «Рентгенанатомия скелета», а в 1990 г. — В. И. Садофьевой «Рентгенанатомия костно-суставной системы детей». Данные о сроках появления ядер окостенения, приводимые в этих монографиях, во многом согласуется с результатами нашего исследования. Но в них ничего не говорилось о половом диморфизме. Как видно из нашего исследования, в появлении точек окостенения костей кисти и дистального отдела костей предплечья достаточно четко выражен половой диморфизм, и более правильно говорить не о сроках появления точек окостенения у детей, а отдельно — у мальчиков и девочек.

Результаты нашего исследования позволяют говорить, что в последние десятилетия процесс окостенения костей кисти у детей раннего возраста, постоянно проживающих в Северо-Западном регионе, сильно изменился и имеет существенные отличия от классических представлений о нем. Это нельзя не учитывать в клинической практике, в процессе организации физической подготовки детей и в учебно-педагогической работе.

*Логвинов С. В., Тихоновская О. А., Петров И. А.,
Петрова М. С., Окороков А. О., Кадесникова Ю. А.*

РАНДОМИЗИРОВАННОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии (заведующий — проф. С. В. Логвинов),
e-mail: S_Logvinov@mail. ru; кафедра акушерства и гинекологии (заведующий — проф.
И. Д. Евтушенко) Сибирского государственного медицинского университета, Томск*

«Золотым» стандартом лечения осложненного клинического течения функциональных кист яичников (Фнк) является лапароскопическая цистэктомия. Оперативное лечение также показано при размере ретенционного образования более 5–7 см или его персистенции [1, 2].

Гемостаз достигается использованием различных хирургических энергий. Чаще других применяется электрический ток вследствие доступности и экономичности, несмотря на его доказанный большой повреждающий потенциал при сравнении с ультразвуковой, аргонусиленной или лазерной коагуляцией тканей [2].

Важное клиническое значение с позиций сохранности гонад имеют ситуации неоднократных оперативных вмешательств при рецидивах Фнк [1]. Доказательной связи между электрохирургическим воздействием на яичник и последующим рецидивом ретенционного образования не установлено.

Цель исследования — оценить морфофункциональное состояние яичников крыс после коагуляции функциональных кист.

Материал, методы и дизайн исследования представлены в табл. 1.