

*«Стратегия естественнонаучного образования»,
Испания-Франция (Барселона – Ницца – Монако – Монте-Карло – Сан Ремо – Канны),
1–8 августа 2015 г.*

Медицинские науки

**КО-ИНФЕКЦИЯ ВИЧ/ ТУБЕРКУЛЕЗ
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ
ИЗУЧЕНИЯ ПАТОМОРФОЛОГИИ
ИНФЕКЦИОННЫХ
И СОЦИАЛЬНО-ЗАВИСИМЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Быхалов Л.С.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный
медицинский университет министерства
здравоохранения России», ГБУ «Волгоградский
медицинский научный центр», Волгоград,
e-mail: leonby-vgd@yandex.ru;*

ВИЧ-инфекция и туберкулёз, являются социально зависимыми заболеваниями и в большей своей части поражают дезадаптированные слои населения РФ [1,2]. До 50% ВИЧ-инфицированных умирают от сочетанной ко-инфекции ВИЧ/туберкулёз [1, 2]. Период существования больного с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ захватывает достаточно «короткий» временной промежуток, в который учёный-исследователь может изучить как медико-социальные, психологические аспекты двойного заболевания, так и морфологические, у одного и того же больного [1, 2]. Применение биопсихосоциального подхода в изучении морфологии ко-инфекционного процесса ВИЧ-туберкулёз представляет уточнённые данные и дополняет уже имеющиеся сведения о заболеваниях. Кроме того, туберкулёз на фоне ВИЧ-инфекции имеет иную частоту встречаемости клинико-анатомических форм с локализациями в различных органах по сравнению с моно-инфекцией [1, 2]. Учитывая, что до 70%

умерших лиц имеют прижизненные девианты [1] в виде хронического употребления алкоголя [1] и/или наркотических средств [1, 2], возникает необходимость выявления новых морфологических особенностей повреждения, воспалительного ответа и клеточных реакций гиперчувствительности замедленного типа [2] при ко-инфекции ВИЧ/ТБ. При исследовании ко-инфекции ВИЧ/ТБ наблюдаются различные клинико-анатомические формы туберкулёза с морфологией первичного, вторичного и гематогенного туберкулёза с полиморфизмом гранулём с изменением клеточного состава и зон казеозного некроза, что зависит от медико-социальных параметров больных, таких как уровень иммуносупрессии, наличие антиретровирусной или противотуберкулёзной терапии в анамнезе [2]. Таким образом, туберкулёз на фоне ВИЧ-инфекции имеет множество клинико-морфологических вариантов развивающихся за «короткий» промежуток времени, что с учетом биопсихосоциального подхода позволяет использовать его в виде модели для изучения патоморфоза социально-зависимых заболеваний.

Список литературы

1. Быхалов Л.С., Деларю В.В., Быхалова Ю.А., Ибраимова Д.И. Эпидемиологические, медико-социальные и психологические аспекты ко-инфекции ВИЧ/туберкулёз в Волгоградской области по материалам социологического исследования // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5; URL: www.science-education.ru/119-14956 (дата обращения: 19.06.2015).

2. Быхалов Л.С. Характеристика патоморфологических изменений в легких у умерших лиц при ко-инфекции ВИЧ/Туберкулёз на фоне инъекционной наркомании // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7–5. – С. 916-920.

*«Фундаментальные исследования»,
Хорватия (Истрия), 23 июля – 30 июля 2015 г.*

Биологические науки

**ЭВОЛЮЦИЯ ЧРЕВНОГО СТВОЛА
У ГРЫЗУНОВ**

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

У рыб, амфибий и рептилий чревной ствол не дифференцируется, от брюшной аорты отходят 2 группы ветвей: передняя – для желудка, средней кишки, печени, поджелудочной железы и селезенки, задняя – для задней кишки; ветви каждой из этих групп могут соединяться в общий начальный ствол, который вскоре распадается на пучок ветвей. У узконосых обезьян определяются селезеночно-желудочная арте-

рия и тотчас под ней ствол для печени, тонкой кишки и правой ½ толстой кишки. У антропоморфных обезьян появляется чревная артерия. У орангутанга она распадается на печеночную и селезеночную артерии, от последней отходит тонкая ветвь к желудку. Только у гориллы чревная артерия разделяется на 3 обособленные ветви как у человека (Тихомиров М.А., 1900). А. Ромер и Т. Парсонос (1992) показали на схеме основные кровеносные сосуды млекопитающих на примере крысы, у которой чревная артерия разделяется на 3 ветви как у человека.

Изучая топографию висцеральных лимфоузлов брюшной полости у ряда грызунов с разными типом питания и подвижностью,

я (Петренко В.М., 2011-2014) обнаружил видо-вые особенности строения их чревной артерии: 1) у морской крысы – как у человека; 2) у белой крысы – как у орангутанга; 3) у дегу от брюшной аорты начинается чревобръжечная артерия, после отхождения обычных ветвей чревной артерии остается краниальная брыжеечная артерия, их разделяет тело поджелудочной железы. Видовая вариативность строения чревного ствола у грызунов коррелирует с размерами печени, наименьшими – у дегу, наибольшими – у крысы, дорсальные отделы печени у которой сильно разрастаются в области хвостатой доли и внедряются в дорсальный мезогастрий, где размещаются поджелудочная железа (хвост, тело), возможно способствуют слиянию левой желудочной и селезеночной артерий. Относительное уменьшение печени дегу при большой слепой кишке возможно способствует «восхождению» поджелудочной железы и слиянию начальных отрезков чревной и краниальной брыжеечной артерий. У морской свинки громадная слепая кишка может фиксировать краниальную брыжеечную артерию, вращая в брыжейку ободочной кишки и оказывая давление на поджелудочную железу – ее ветви многочисленнее и крупнее (рост в «тисках» между громадной слепой кишкой и печенью), чем у дегу (меньше и печень, и слепая кишка) и даже у крысы (печень крупнее, но небольшая слепая кишка).

ФОРМА И ТОПОГРАФИЯ ТИМУСА У ДЕГУ

Петренко В.М.

*Российская академия естествознания,
Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

Форма и топография лимфоидных органов отмечаются в литературе кратко либо вообще не упоминаются. Исследователи описывают в них главным образом клеточный состав и сосудистые реакции. В литературе можно прочитать, что тимус человека состоит из 2 асимметричных долей с очень вариабельной формой, они плотно прилегают друг к другу (Сапин М.Р., Этинген Л.Е., 1996). Между тем давно известно: тимус чело-

века состоит чаще из 2 долей, но разные авторы обнаруживают с разной частотой от 1 до 6 долей (Забродин В.А. 2004). У крысы также описывают обычно 2 доли тимуса (Ноздрачев А.Д., Поляков Е.Л., 2001). По моим данным, тимус белой крысы *in situ* имеет форму луковицы, которая легко расслаивается на правую и левую ложные доли, преобразуясь в «вилы» на трахее. Тимус крысы имеет многодолевое строение: его 2 классические доли (правый и левый тимусы) подразделяются на вторичные или истинные доли (до 8) разных размеров благодаря нервно-сосудистым пучкам (Петренко В.М., 2012). У дегу форма и топография тимуса не описана.

Я отпрепарировал тимус у 10 дегу 3 месяцев обоого пола после их фиксации в 10% формалине. Тимус дегу имеет форму четырехугольной отросчатой пластинки (выступают ее углы, особенно краниальные), расположенной косо (спускается справа налево и каудально). Тимус находится в основании сердца, между апикальными долями правого и левого легких, образует 2 краниальных выступа небольших размеров. Его правая верхушка прилежит к правой полуокружности трахеи, левая – к левой вентролатеральной поверхности передней полый вены, левосторонней у дегу. После удаления межточечной клетчатки тимус разделяется на 2 четырехугольные пластинки неправильной формы, частично смыкающихся по средней линии, в основании верхушек. Правый тимус лежит на правом предсердии и поднимается над ключицей краниальнее, чем левый тимус, основание которого находится каудальнее, на вентральной поверхности сердца, между предсердиями, правое из них гораздо крупнее левого. Сосудисто-нервные пучки шеи спускаются к медиальным краям верхушек тимуса, диафрагмальные нервы смещаются на латеральные поверхности органа, куда подходят ветви подключичных сосудов. К правой верхушке тимуса прилежат передние медиастинальные лимфоузлы. Вентральная поверхность тимуса покрыта плотной соединительнотканной капсулой, под которой определяются вторичные, истинные доли органа.

Медицинские науки

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРООБРАЗОВАНИЯ СЛЮННОЙ ЖИДКОСТИ ЗДОРОВЫХ МАЛЬЧИКОВ

¹Брилль Г.Е., ¹Раскина Е.Е., ²Постнов Д.Э.,
¹Львов Н.И.

*¹ГБОУ ВПО «Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского»
МЗ России, Саратов,
e-mail: elenaraskina@yandex.ru;*

*²Национальный исследовательский государственный
университет им. Н.Г. Чернышевского, Саратов*

В настоящее время одним из перспективных научных направлений в изучении патологиче-

ских процессов является исследование морфологии биологических жидкостей, как носителей информации о внутренней среде организма [1, 7]. В последние годы В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной [2, 3, 4] внедрён метод клиновидной дегидратации биологических жидкостей, который даёт возможность получения интегральной информации, заложенной в особенностях морфологической картины твердой фазы (фации). По данным Е.Е. Раскиной и Г.Е. Брилля [5, 6], использование анализа фаций слюнной жидкости при проведении диспансеризации детей после перенесённых гриппа и ОРВИ может яв-